ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS TEISINIO REGULIAVIMO RAIDOS BRUOŽAI

Jonas Juškevičius

Sveikatos priežiūros srities teisiniai santykiai, kitaip dar vadinami sveikatinimo veikla[678], apima nemažą įvairių, skirtingo sudėtingumo visuomeninių santykių įvairovę. Šiems santykiams būdinga tai, kad jų objektas yra žmogaus prigimtinės, bet ne nuosavybės teise priklausančios, vertybės – gyvybė ir sveikata. Šių vertybių apsaugą turi užtikrinti sklandžiai veikiančios sveikatinimo sritys, kaip asmens sveikatos priežiūra[679], visuomenės sveikatos priežiūra[680] ar farmacinė veikla[681], ir iš pirmo žvilgsnio atrodytų, kad jos turėtų išimtinai priklausyti viešosios teisės kompetencijai. Tačiau praktikoje taisyklių, kurios reguliuoja sveikatos priežiūrą, prigimtis gali būti skirtinga: jos gali priklausyti skirtingoms teisės šakoms, kaip konstitucinei, civilinei, baudžiamajai, administracinei ar net tarptautinei teisei. Be to, dalis šių taisyklių kyla iš medikų profesinių etikos standartų, geros klinikinės ar įrodymais paremtos medicinos

[678] Sveikatinimo veikla – asmens sveikatos priežiūra, visuomenės sveikatos priežiūra, farmacinė ir kita sveikatinimo veikla, kurios rūšis ir reikalavimus ją vykdantiems subjektams nustato Sveikatos apsaugos ministerija (Sveikatos sistemos įstatymo 2.5 str.).

[679] Asmens sveikatos priežiūra – valstybės licencijuota fizinių ir juridinių asmenų veikla, kurios tikslas laiku nustatyti asmens sveikatos sutrikimus ir užkirsti jiems kelią, padėti atgauti ir sustiprinti sveikatą (Sveikatos sistemos įstatymo 2.6 str.).

[680] Visuomenės sveikatos priežiūra – organizacinių, teisinių, ekonominių, techninių, socialinių bei medicinos priemonių, padedančių įgyvendinti ligų ir traumų profilaktiką, išsaugoti visuomenės sveikatą bei ją stiprinti, visuma (Sveikatos sistemos įstatymo 2.7 str.).

[681] Farmacinė veikla – juridinių ir fizinių asmenų veikla, kurią numato Farmacinės veiklos įstatymas (Sveikatos sistemos įstatymo 2.8 str.), t. y. farmacinė ir kita veikla, susijusi su vaistiniais, tiriamaisiais vaistiniais preparatais, veterinariniais vaistais, veikliosiomis ir kitomis vaistinėmis medžiagomis, veterinarinės farmacijos veikla, taip pat šios veiklos valstybinis valdymas ir kontrolė (Farmacijos įstatymo 1.1 str.).

praktikos. Šiuo požiūriu sveikatos priežiūros srities teisinis reguliavimas per pastaruosius dešimtmečius gerokai keitėsi: sovietinis etatistinis sveikatos sistemos reguliavimas su savo įgimtomis ydomis nepriklausomybės metais neišvengiamai turėjo būti reformuojamas. Toks virsmas nebuvo paprastas, nes siekiant teisės efektyvumo, reikia pažinti tuos vykstančius socialinius procesus, kuriuose teisė turės funkcionuoti. Priešingu atveju mechanicistinis teisės normų taikymas situacijose su miglotais kontūrais gali gali sukelti nenumatytų praktinių problemų.[682] Sveikatos priežiūros srities reguliavimo raida ne visuomet atitinka sparčiai kintančius visuomeninius santykius šioje srityje – tai iliustruoja ir gausios specialiųjų įstatymų pataisos ar jų naujos redakcijos. Šiuo požiūriu Lietuvos situacija nėra išskirtinė, palyginti su kitomis postkomunistinėmis šalimis, o neretai savo sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo sistemingumu ji yra pranašesnė už daugelį jų. Iš istorinės perspektyvos šiandien jau galima būtų pabandyti apžvelgti ir pateikti vertinimą to, kas buvo padaryta. Šiame straipsnyje bus aptariami kai kurie vienos iš svarbiausios sveikatinimo veiklos sričių – asmens sveikatos priežiūros reguliavimo bruožai.

Asmens sveikatos priežiūros srities teisinis reguliavimas sovietiniu laikotarpiu

Norint įvertinti asmens sveikatos priežiūros reguliavimo pokyčius Nepriklausomybės laikotarpiu, būtina panagrinėti, kokia iki tol egzistavusi teisinė aplinka turėjo būti reformuota.

Reikia pažymėti, kad teoriniu lygmeniu nebuvo aiškios skirties tarp asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros. Sovietinio laikotarpio sveikatos priežiūros[683] srities organizavimas ir reguliavimas bei finansavimas buvo valstybės monopolizuotas, taigi ir pagal visus požymius sveikatos priežiūra pasižymėjo išimtine viešosios teisės įtaka[684]. Neatsitiktinai ir sovietinio piliečio teisių kataloge (1977 m. TSRS Konstitucijos 7 skyrius) sociali-

[682] Juškevičius, J. Teisės principų taikymas norminant sveikatos priežiūros sritį. *Jurisprudencija*. 2008, 12(114): 7–17.

[683] Sovietiniu laikotarpiu buvo vartojamas terminas „sveikatos apsauga“. Terminas „sveikatos priežiūra“ teisinėje apyvartoje įsigalėjo 1994 m. priėmus Sveikatos sistemos įstatymą.

[684] Стеценко, С. Г. *Медицинское право*. Санкт Петербург: Юридический центр Пресс, 2004, с. 122–135.

nės-ekonominės teisės akivaizdžiai vyrauja, o pilietinės ir politinės teisės bei laisvės užima žemesnę padėtį. Teisės į sveikatos apsaugą turinys konstituciniu lygmeniu buvo gana detalizuotas: „nemokama kvalifikuota medicinos pagalba, kurią teikia valstybinės sveikatos apsaugos įstaigos; piliečių gydymo ir sveikatos stiprinimo įstaigų tinklo plėtimas; saugumo technikos ir gamybinės sanitarijos vystymas bei tobulinimas; plačiai įgyvendinamos profilaktinės priemonės; aplinkos sanavimo priemonės; ypatingas rūpinimasis augančiosios kartos sveikata, įskaitant vaikų darbo, nesusijusio su mokymu ir darbiniu auklėjimu, uždraudimą; plėtojami moksliniai tyrimai, kuriais siekiama užkirsti kelią ligoms ir mažinti sergamumą, užtikrinti ilgą aktyvų piliečių gyvenimą“ (1977 m. TSRS Konstitucijos 42 str.). Be to, negalima pamiršti, kad darbas, poilsis ir sveikata buvo suvokiami kaip itin svarbūs veiksniai vykdant svarbiausius „socialistinės visaliaudinės valstybės“ uždavinius, kaip „komunizmo materialinės techninės bazės sukūrimas“, „socialistinių visuomeninių santykių tobulinimas“ ir pan.[685] Todėl nenuostabu, kad šių uždavinių svarba ir nulėmė atitinkamų ekonominių-socialinių teisių vertybinę hierarchiją sovietinėje konstitucijoje (žr. atitinkamai 40, 41 ir 42 str.), o tokios pilietinės teisės, kaip sąžinės laisvė, teisė į asmens ir jo būsto neliečiamumą ir pan., laikomos mažai reikšmingomis įgyvendinant minėtus valstybės uždavinius, atsidūrė šios hierarchijos apačioje.

1969 m. TSRS Aukščiausioji Taryba priėmė pirmąjį susistemintą įstatymą, reguliuojantį TSRS ir sovietinių respublikų sveikatos apsaugos sistemą – TSRS ir sąjunginių respublikų leidybos įstatymų sveikatos apsaugos pagrindus[686] (toliau Pagrindai), kuriais numatė sveikatos apsaugos srities reguliavimą.[687] Iki tol pagrindiniai teisės aktai, reguliavę sveikatos apsaugą, buvo 1924

---

[685] Simptominiu pavyzdžiu, autoriaus nuomone, gali būti TSRS civilinės įstatymų leidybos pagrindų 95 str. nuostata, kuria remiantis žalą piliečiui, patirtą gelbėjant socialistinę nuosavybę nuo gresiančio sunaikinimo, atlygina organizacija, kurios turtas buvo gelbėjamas. Tačiau jei tokią žalą patirs pilietis, gelbėdamas kitų piliečių gyvybes ar jų sveikatą, tokia žala nėra atlygintina.

[686] Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении с изм. и доп., внесенными Указом Президиума ВС СССР от 22.05.1990. *Ведомости СНД и ВС СССР*. 1990, № 23, с. 422.

[687] Remiantis SSRS ir sąjunginių respublikų sveikatos apsaugos įstatymų leidybos pagrindais pagal nustatytą griežtai sovietinėms respublikoms kompetenciją 1971 m. įsigaliojo LTSR sveikatos apsaugos įstatymas (*Lietuvos TSR Aukščiausiosios Tarybos ir Vyriausybės žinios*. 1971, Nr. 35-286), kuris galiojo iki 1990 m. kovo 11 d., o nuo šios datos tik tiek, kiek ne-

m. Dekretas dėl medicinos darbuotojų profesinės veiklos ir teisių[688] ir 1937 m. Liaudies komisarų tarybos Nutarimas dėl medicininių operacijų atlikimo tvarkos[689]. Šis Nutarimas suteikė TSRS sveikatos apsaugos ministerijai teisę leisti privalomus visoms įstaigoms, organizacijoms ir asmenims potvarkius dėl gydomosios veiklos ir chirurginių operacijų atlikimo. Svarbiausias ir naujųjų Pagrindų tikslas buvo užtikrinti valstybės aparato veiklą, prižiūrint sveikatos priežiūros sritį, taigi pagrindiniai šios srities subjektai yra valstybės organai ir sveikatos apsaugos įstaigos. Sąjunginės ir respublikinių sveikatos apsaugos ministerijų kompetencijos sveikatos apsaugos organizavimo ir finansavimo srityse buvo atribotos, tačiau faktiškai išlaikė 1937 m. Nutarimo suteiktus plačius normų kuriamosios veiklos įgaliojimus. Nors rengiant Pagrindus buvo nedrąsių siūlymų sustiprinti ir kitą sveikatos apsaugos teisinių santykių subjektą – pilietį ir šalia konstituciniu lygmeniu įtvirtintos teisės į sveikatos apsaugą įtvirtinti kai kurias detalizuojančias teises, tokias kaip teisę gauti nemokamą medikamentinę pagalbą gydantis stacionare, į nemokamą sanatorinį-kurortinį gydymą ir pan.[690], tačiau galutinėje redakcijoje termino „piliečių teisės“ ar juolab „ligonių teisės“ buvo vengiama vartoti, išskyrus vienintelį atvejį, kai „moteriai suteikiama teisė pačiai apsispręsti dėl motinystės“ (Pagrindų 38 str.). Kita vertus, kai kurios pacientų teisės, kaip mes jas suprantame dabar, netiesiogiai gali būti atsekamos iš kitų nuostatų. Pvz., paciento teisė į privatų gyvenimą gali būti atsekama iš medicinos ir farmacijos darbuotojo pareigos saugoti „medicinos paslaptį“ (Pagrindų 16 str.), kuri buvo perimta iš hipokratinės tradicijos[691]. Taip pat Pagrinduose buvo išplėsta ligonio privalomo sutikimo gavimo sritis: šalia chirurginių operacijų[692] tapo būtina gauti ligonio su-

prieštaravo Lietuvos Respublikos Laikinanajam Pagrindiniam Įstatymui, nuo 1992 m. – jei neprieštaravo Lietuvos Respublikos Konstitucijai ir kitiems įstatymams.

[688] Декрет ВЦИК и СНК РСФСР от 1 декабря 1924 года «О профессиональной работе и правах медицинских работников» с изм. и доп., внесенными Указом Президиума ВС РСФСР от 29.12.1971. *Ведомости Верховного Совета РСФСР*. 1972, № 1, с. 1.

[689] Постановление СНК СССР от 15 сентября 1937 года «О порядке проведения медицинских операций». *Собрание законов СССР*. 1937, № 62, с. 274.

[690] Шабайлов, В. И. К разработке основ законодательства о здравоохранении. *Советское государство и право*. 1965, № 6, с. 45–51.

[691] Pasak šiuolaikinių rusų autorių, vis dėlto sovietinė medicina dažniausiai sekė šia tradicija, žr. Юдин, Б. Г. и др. Введение в биоэтику. М.: Прогресс-Традиция. 1998.

[692] Reikia pastebėti, kad 1924 m. Dekretas dėl medicinos darbuotojų profesinės veiklos ir teisių (pakeitęs iki tol galiojusį carinės Rusijos medicinos statutą) nustatė reikalavimą atlikti chirurgines operacijas ligoniui sutikus, o operacijas nepilnamečiams ir psichikos ligoniams –

tikimą ir taikant sudėtingas diagnostines procedūras, taip pat taikant ar skiriant naujus, moksliškai pagrįstus, bet dar neįteisintus diagnostikos, profilaktikos ir gydymo metodus bei vaistinius preparatus. Neatidėliotinas chirurgines intervencijas ir sudėtingas diagnostikos procedūras buvo galima atlikti ligoniams be jų ar jų atstovų sutikimo, jei uždelsus tokį sutikimą iškiltų grėsmė ligonio gyvybei. Tačiau tokį sutikimą vadinti informuotu šiuolaikine prasme būtų sudėtinga, nes teisės aktai nenumatė, kokia informacija ligoniui turi būti pateikiama, o praktikoje dažnai nebuvo varginamasi teikti išsamios informacijos.

Pagrindų 4 str. įtvirtino svarbią, nors iš pirmo žvilgsnio deklaratyvią nuostatą, kad „TSRS piliečiai privalo rūpintis savo ir kitų visuomenės narių sveikata“. Tačiau įsigilinus į visą Pagrindų tekstą bei TSRS Konstitucijos nuostatą, kad „teisių ir laisvių įgyvendinimas neatskiriamas nuo piliečio pareigų vykdymo“ (59 str.), tampa akivaizdu, jog ši piliečio pareiga anaiptol ne perteklinė: būtent šios nuostatos pagrindu buvo įteisinamos prievartinio pobūdžio priemonės vengiantiems gydytis priklausomybę nuo alkoholio ar narkotikų, venerines ligas, tuberkuliozę ir pan. (Pagrindų 36 str.). Remiantis šia nuostata, tipiniuose sovietinių respublikų sveikatos apsaugos įstatymuose buvo įtvirtintas sergančių priklausomybės ligomis, t. y. nuo alkoholizmo ir narkomanijos, ir vengiančių gydytis asmenų priverstinis gydymas vadinamuosiuose gydomuosiuose darbo profilaktoriumuose. Vis dėlto TSRS konstitucinės priežiūros komitetas 1990 m. turėjo pripažinti, kad šis teisinis pagrindas yra menkas, nes, pasak jo, „tokia pareiga nenumatyta nei TSRS Konstitucijoje, nei tarptautiniuose žmogaus teisių aktuose, ir negali būti įtvirtinama prievartinio pobūdžio priemonėmis“.[693]

Kiek kitaip atsititiko su kitų teisinių santykių sveikatos priežiūros srityje subjektų – medicinos ir farmacijos darbuotojų – profesinėmis teisėmis, kurioms buvo paskirtas atskiras 14 str. „Medicinos ir farmacijos darbuotojų profesinės teisės, pareigos ir lengvatos“. Šiame straipsnyje teisės ir pareigos skirstomos į pagrindines (priklausančias visiems medicinos ir farmacijos darbuo-

turint tėvų ar globėjų sutikimą. Tai buvo vienas pirmųjų atvejų pasaulio įstatymų leidybos praktikoje, įtvirtinantis reikalavimą gauti paciento sutikimą atlikti chirurginę operaciją. Palyginkime – JAV šis reikalavimas buvo įtvirtintas teismų praktika, doktriniškai apibendrinant byloje *Schloendorff v. Society of New York Hospital* (1914).

693 Заключение Комитета Конституционного надзора СССР от 25.10.1990, № 8(2-10) «О законодательстве по вопросу о принудительном лечении и трудовом перевоспитании лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией». *Известия*. 19.06.1991.

tojams) ir specialiąsias (priklausančias atskirų sričių darbuotojams): pirmųjų nustatymo kompetencija buvo priskirta Sąjungos ir respublikų įstatymų leidžiamajai valdžiai, antrųjų – sąjunginei vykdomajai valdžiai, t. y. TSRS sveikatos apsaugos ministerijai. Be to, minėtas Pagrindų straipsnis deklaravo, kad gydytojų ir kitų medicinos darbuotojų (farmacijos darbuotojai į šį sąrašą nebepateko) teises, garbę ir orumą gina įstatymas, to neatsitiko su kitais teisinių santykių sveikatos apsaugoje subjektais. Kaip tam tikra kompensacinė priemonė šioms medikų garantijoms Pagrinduose buvo nustatyta pareiga TSRS piliečiams, baigusiems TSRS aukštąsias medicinos mokyklas ir gavusiems gydytojo vardą, duoti Tarybų Sąjungos gydytojo priesaiką, kurios tekstas buvo patvirtintas TSRS Aukščiausios Tarybos Prezidiumo įsaku[694]. Priesaikos tekstas šalia lakonizuotų tradicinių gydytojo priesaikos nuostatų[695] (pvz., medi-ko rūpestis susiaurintas iki ligonio sveikatos, nutylint apie gyvybę) apėmė ir tokias ideologizuotas nuostatas, kaip pareiga kovoti už taiką, vadovautis savo veikloje komunistinės moralės principais ir pan.[696]

Nors TSRS Konstitucijos 57 str. (žr. atitinkamai LTSR Konstitucijos 55 str.) įtvirtino piliečių teisę teismo būdu gintis „nuo pasikėsinimų į asmens garbę ir orumą, gyvybę ir sveikatą, į jo laisvę ir turtą“, tačiau įstatymų lygmeniu gydytojo ar sveikatos apsaugos įstaigos civilinė atsakomybė už žalą, padarytą asmens gyvybei ir sveikatai, praktiškai liko neišspręsta, jau nekalbant apie tai, kad sovietinėje teisėje neturtinės žalos atlyginimo institutas buvo nenumatytas. Pagrindų 17 str. numatė, kad už profesinių pareigų pažeidimą medicinos ir farmacijos darbuotojai atsakė tik drausmine tvarka, tais atvejais, kai tokie pažeidimai nebuvo baudžiamosios atsakomybės objektas. Taigi kalbėti apie medicinos darbuotojų civilinę atsakomybę dėl teisėtais veiksmais, bet netinkamai suteiktos medicinos priežiūros nebuvo pagrindo. Sveikatos apsaugos įstaigų atžvilgiu padėtis buvo keblesnė: Pagrindų 8 str. nustatė, kad sąjunginė

---

[694] Указ Президиума Верховного Совета СССР от 26 марта 1971 г. с изм. и доп., внесенными Указом Президиума Верховного Совета СССР от 15.11.1983. *Ведомости Верховного Совета СССР*. 1983, № 47, с. 722.

[695] Šios nuostatos perimtos iš Ženevos gydytojo įžado, priimto Pasaulio medikų asociacijoje 1948 m.

[696] Reikia pastebėti, kad tradicija teisiškai supozityvinti gydytojo priesaiką buvo išlaikyta dabartiniuose Rusijos Federacijos įstatymų leidybos dėl piliečių sveikatos apsaugos pagrinduose, priimtuose 1993 m., kurie pakeitė iki tol galiojusius Pagrindus (60 str.). Tiesa, priesaikos tekste neliko ideologinio anstato, tačiau buvo papildyta pareiga gerbti žmogaus gyvybę ir eutanazijos draudimu.

ir respublikinės sveikatos apsaugos ministerijos ir jų organai „atsakingi už sveikatos apsaugos, medicinos mokslo būklę ir tolimesnį vystymą bei už gyventojams teikiamos medicinos pagalbos kokybę“. Vietos Liaudies deputatų taryboms ir jų vykdomiesiems komitetams nebuvo atitinkamai numatytos atsakomybės už jiems pavaldžių sveikatos apsaugos organų ir įstaigų veiklą. Nesigilinant į aptakios formuluotės „gyventojams teikiamos medicinos pagalbos kokybė“ turinio aiškinimo problematiką, praktiškai tai reiškia, kad už konkrečios sveikatos apsaugos įstaigos padarytą žalą asmens sveikatai ar gyvybei atsakinga būtų ministerija. Reikia atkreipti dėmesį į tai, kad nors valstybė ir garantavo nemokamą kvalifikuotą medicinos pagalbą, tačiau pagal Civilinės įstatymų leidybos pagrindų[697] 13 str. valstybė neatsakė už valstybinių organizacijų, teikiančių šią pagalbą, įsipareigojimus, kaip ir pastarosios neatsakė už valstybės įsipareigojimus. Galima būtų teigti, kad konstitucinė nuostata, įtvirtinanti piliečių teisę į teisminę gynybą nuo pasikėsinimų į asmens gyvybę ir sveikatą, būtent sveikatos priežiūros srityje įstatymų lygmeniu išimtinai liko konstruota ir interpretuota tik baudžiamosios ar administracinės atsakomybės[698] požiūriu.

Asmens sveikatos priežiūros srities reguliavimo pokyčiai Nepriklausomybės laikotarpiu

Sovietiniu laikotarpiu asmens sveikatos priežiūros santykiai buvo administracinio pobūdžio, įgyvendinami per hierarchinį planinį-biudžetinį sveikatos priežiūros organizavimo ir finansavimo modelį. Naujomis sąlygomis ankstesnio laikotarpio ideologijos nulemtas teisinių santykių prigimties aiškinimas, kai pateisinamas valstybės kišimasis į asmens privataus gyvenimo sritis, tapo nesuderinamas. Todėl iškilo būtinybė asmens sveikatos priežiūros santykiams suteikti dispozityvumo pobūdį, t. y. pripažinti šiuos santykius esant ir

[697] Закон Об утверждении Основ гражданского законодательства Союза ССР и союзных республик. *Ведомости Верховного Совета СССР.* 1961, № 50, с. 526.

[698] Sovietinėje teisės doktrinoje vyravo nuomonė, kad santykiai sveikatos apsaugos srityje buvo administracinio teisinio pobūdžio, nes tokiu būdu buvo įgyvendinama viena iš valstybės funkcijų, o pacientai privalėjo laikytis gydymo įstaigų režimo, įtvirtinto administraciniu teisės aktu, žr. Малеина, М. Н. Гражданско-правовой договор на оказание медицинской помощи. *Правоведение*. 1989, № 2, с. 28–36.

civiliniais teisiniais santykiais, grindžiamais paslaugų teikėjo ir paslaugų gavėjo lygiateisiškumu, bei atitinkamai reformuoti sveikatos priežiūros srities organizavimą ir finansavimą, pagrįstą sveikatos draudimu.

Lietuvos sveikatos sistemos reformai buvo būtinas atitinkamas sveikatos politikos formavimo principus pagrindžiantis dokumentas. Toks teisės aktas buvo 1991 m. spalio 31 d. Atkuriamojo Seimo nutarimu Nr. 1-1939 patvirtinta Lietuvos Nacionalinė sveikatos koncepcija.[699] Ši koncepcija buvo parengta remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos strategija „Sveikata visiems". Joje buvo įvardyti pagrindiniai sveikatos sistemos plėtojimo tikslai, kaip teisinės aplinkos kūrimas, valdymo decentralizavimas, sveikatos draudimo įdiegimas, pirminės sveikatos priežiūros grandies stiprinimas. Sveikatos priežiūros sistemos finansavimo pokyčiai, tiek sistemos išskaidymas pagal valdymo formą (valstybinę, municipalinę ir privačią sveikatos priežiūrą) ir pagal teikiamų paslaugų apimtis (pirminė, antrinė ir tretinė asmens sveikatos priežiūra, visuomenės sveikatos priežiūra) pareikalavo kokybiškai naujo teisinio požiūrio ir reguliavimo. Per 1994–2000 m. laikotarpį buvo sukurta sveikatos santykius reguliuojanti įstatymų teisinė bazė: Sveikatos sistemos įstatymas[700] (toliau SSĮ), Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas[701], Gydytojo medicinos praktikos įstatymas[702], Sveikatos draudimo įstatymas[703] (toliau SDĮ), Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas[704] (toliau LR PTŽSAĮ), LR sveikatos priežiūros biudžetinių įstaigų reorganizavimo į valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros viešąsias įstaigas įstatymas[705]. 2000 m. buvo priimtas naujasis Civilinis kodeksas, kurio XXXV skyriaus „Atlygintinas paslaugų teikimas" antrajame skirsnyje „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas" reglamentuojami sutartiniai asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo santykiai. Taip pat nuo 1994 m. buvo priimti ir kiti specialieji įstatymai, kaip Farmacijos[706], pakeitęs Farmacinės veiklos[707], Psichikos sveikatos priežiū-

[699] *Valstybės žinios*. 1991, Nr. 33-893.
[700] *Ten pat.* 1994, Nr. 63-1231.
[701] *Ten pat.* 1996, Nr. 66-1572.
[702] *Ten pat.* Nr. 102-2313.
[703] *Ten pat.* Nr. 55-1287.
[704] *Ten pat.* Nr. 102-2317.
[705] *Ten pat.* 1997, Nr. 62-1463.
[706] *Ten pat*. 2006, Nr. 78-3056.
[707] *Ten pat*. 1991, Nr.6-161.

ros[708], Odontologijos praktikos[709], pakeitęs Stomatologinės priežiūros (pagalbos)[710], Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės[711], Žmogaus audinių, ląstelių ir organų donorystės ir transplantacijos[712], Kraujo donorystės[713], Žmogaus mirties registravimo ir kritinių būklių[714], Biomedicininių tyrimų etikos[715], Vaiko gimimo momento nustatymo[716], Visuomenės sveikatos priežiūros[717], Visuomenės sveikatos stebėsenos[718] bei kt.

Atkūrus Nepriklausomybę prasidėjo viešos diskusijos apie būtinybę keisti Semaškos modelio sveikatos priežiūros sistemą (kai sistema tiesiogiai ir centralizuotai finansuojama iš valstybės biudžeto). Tokio pobūdžio sveikatos priežiūros sistema buvo neefektyvi ir brangiai išlaikoma, todėl buvo priimtas politinis sprendimas pereiti prie finansavimo iš privalomųjų darbdavių ir darbuotojų sveikatos draudimo įmokų arba mokesčių (vadinamasis Bismarko modelis), t. y. prie principo, kad pinigai turi sekti paskui pacientą.[719] Sveikatos priežiūros sistemos finansavimo praktinius pokyčius menkino dvi svarbiausios priežastys. Pirmoji priežastis, tai pirmaisiais Nepriklausomybės metais nutrūkęs pigių energijos išteklių importas ir smarkiai padidėjusios sveikatos priežiūros įstaigų išlaidos, susijusios su energetikų teikiamomis paslaugomis[720]. Kita svarbi priežastis buvo tai, kad vietoj buvusioje Sovietų Sąjungoje gaminamų pigių vaistų buvo pradėti vartoti brangūs Vakarų šalyse gaminami vaistai, todėl nacionalinio biudžeto išlaidos vaistams akivaizdžiai padidėjo. Siekiant išvengti sveikatos priežiūros sistemos finansavimo nepastovumo,

[708] *Valstybės žinios*. 1995, Nr. 53-1290.
[709] *Ten pat*. 2004, Nr. 4-36.
[710] *Ten pat*. 1996, Nr.102-2316.
[711] *Ten pat*Nr. 104-2363.
[712] *Ten pat*Nr. 116-2696.
[713] *Ten pat*Nr. 115-2666.
[714] *Ten pat*. 1997, Nr.30-712.
[715] *Ten pat*. 2000, Nr. 44-1247.
[716] *Ten pat*. 2002, Nr. 43-1602.
[717] *Ten pat.* Nr. 56-2225.
[718] *Ten pat.* Nr. 72-3022.
[719] Murauskienė, L. Sveikatos priežiūros valdymas. Černiauskas, G. ir kt. (red.) *Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių-ekonominių pokyčių kontekste*, Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000, p. 151.
[720] Černiauskas, G., Jankauskienė, D., Murauskienė, L. Lietuvos sveikatos priežiūros reforma ir sveikatos draudimas. *Sveikatos priežiūros reforma: Estija, Latvija, Lietuva, Vokietija*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 1998, p. 25–26.

pereinamuoju į rinkos santykius periodu SSĮ 39 str. buvo įtvirtinta nuostata, kad išlaidos sveikatos priežiūrai „kiekvienais metais turi sudaryti ne mažiau kaip 5 procentus bendrojo vidinio produkto vertės." Vėliau ši įstatymo nuostata dėl bazinio finansavimo dydžio LR Konstitucinio Teismo buvo pripažinta kaip prieštaraujanti Konstitucijai.[721]

1996 m. priimtas SDĮ tapo pagrindiniu sveikatos priežiūros finansavimo reformos teisės aktu. Būtent šis teisės aktas nustatė, kad visi Lietuvos Respublikos gyventojai turi būti apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu, o sveikatos draudimo lėšos kaupiamos sveikatos draudimo įmokų ir valstybės įmokų pagrindu. Už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas apmokama pagal teritorinių ligonių kasų ir tokią pat pagalbą teikiančios įstaigos pasirašytas sutartis, vadovaujantis Valstybinių ligonių kasų nustatytais įkainiais. Tai reiškia, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų veiklos finansavimas yra susietas su jų suteiktomis paslaugomis. Dabar apie 84 proc. visuomeninės sveikatos priežiūros sistemos finansavimo išlaidas padengia privalomasis sveikatos draudimas[722]. Be to, šis įstatymas numato ir papildomą, asmens laisvai pasirenkamą sveikatos draudimą, apmokamą iš draudėjo asmeninių ar draudėjo darbdavio lėšų, kompensuojant išlaidas, kurių nepadengia ar nevisiškai padengia privalomasis sveikatos draudimas. Lietuvoje savanoriškas sveikatos draudimas rinkoje atsirado nuo 1999 metų, tačiau dėl įvairių priežasčių iki šiol nėra tokio draudimo nei didelės pasiūlos, nei paklausos.[723]

Kiti sveikatos priežiūros sistemos pokyčiai yra susiję su paslaugų teikimo restruktūrizavimu, t. y. atskiriamas pirminės[724], antrinės[725] ir tretinės[726] svei-

---

[721] Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas. 2002-07-11 nutarimas. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 72-3080.

[722] Žr. *Valstybinės ligonių kasos. Ligonių kasos: 2007 m. apžvalga*. Vilnius, 2008, p. 4.

[723] Plačiau apie savanoriško sveikatos draudimo aplinkybes Lietuvoje žr. Elzbergas, T. Europos Sąjungos teisės įtaka privataus sveikatos draudimo teisiniam reguliavimui. *Jurisprudencija*. 2008, 12(114): 92–100.

[724] Pirminė asmens sveikatos priežiūra apima ambulatorines paslaugas, t. y. nespecializuotą asmens sveikatos ir psichinės sveikatos priežiūra, teikiamą ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, bei stacionarines palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas pacientams, sergantiems lėtinėmis ligomis ar neįgaliesiems, kai yra netikslinga reabilitacija specializuotuose skyriuose.

[725] Gydytojai specialistai teikia kvalifikuotas ambulatorines paslaugas, taip pat stacionarines atstatomojo, palaikomojo gydymo, slaugos bei reabilitacijos paslaugas.

katos priežiūros paslaugų teikimas, ypatingą dėmesį skiriant pirminei sveikatos priežiūrai, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos Alma Atos pirminės sveikatos priežiūros deklaracijoje (1978 m.) išdėstytais principais[727]. Buvę apylinkių terapeutai ir pediatrai buvo perkvalifikuoti į bendrosios praktikos (šeimos) gydytojus, teikiančius pirminę ir tęstinę nespecializuotą asmenų ir šeimų sveikatos priežiūrą. Šeimos gydytojai turi atlikti itin svarbią funkciją visos sveikatos priežiūros sistemos požiūriu: reguliuoti pacientų srautus, kad į aukštesnio, kartu ir brangesnio lygio sveikatos priežiūros įstaigą patektų tik tie pacientai, kuriems atitinkama pagalba tikrai yra būtina.[728]

Atitinkamai su sveikatos priežiūros sistemoje teikiamų paslaugų restruktūrizavimu yra susijęs ir valstybinės sveikatos priežiūros sistemos išskaidymas pagal pavaldumą. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimas buvo perduotas savivaldybių pavaldumui (SSĮ 12 str. 3 d.); antrinės – apskričių pavaldumui (12 str. 5 d.), o tretinės – Sveikatos apsaugos ministerijos kartu su universitetais pavaldumui. Tretinio lygio sveikatos priežiūros įstaigos gali teikti tiek pirminės, tiek antrinės sveikatos priežiūros paslaugas, tačiau tik mokslo ir mokymo tikslais. Šalia visuomeninių sveikatos priežiūros įstaigų veikia ir privačios sveikatos priežiūros įstaigos, kurių dauguma teikia ambulatorines pirminės, taip pat ir ambulatorines antrinės sveikatos priežiūros paslaugas, visų pirma stomatologijos, ginekologijos, kosmetinės chirurgijos, psichoterapijos ir pan.

Paciento teisinio statuso įtvirtinimas asmens sveikatos priežiūros santykiuose

Vienas iš svarbiausių sveikatos priežiūros reformos tikslų buvo įtvirtinti teisinėje sveikatos sistemoje vieną iš pagrindinių santykių subjektą – pacientą ir sustiprinti jo teisinį statusą, kitaip tariant, pripažinti šiuos santykius esant

[726] Gydytojai konsultantai teikia specializuotas ambulatorines paslaugas, konsultuodami pacientus ir teikdami patarimus bei gydymo metodikas pirminio ar antrinio lygio sveikatos priežiūros įstaigų gydytojams, taip pat stacionarines tretinio lygio paslaugas.

[727] Alma Ata 1978: Primary health care. *Health for all series*. Geneva: WHO, 1978, vol. 1.

[728] Paprastai pagal savo apimtį pirminė sveikatos priežiūra yra didžiausia sveikatos priežiūros sistemos dalis – apie 80 proc., o antrinė sveikatos priežiūra sudaro apie 15 poc., tretinė – 5 proc.

civiliniams teisiniams santykiams, grindžiamiems paslaugų teikėjo ir paslaugų gavėjo lygiateisiškumu. Buvo du teoriniai tokio statuso įtvirtinimo modeliai: per sveikatos priežiūros santykių civilinį kodifikavimą arba priėmus specialius pacientų teisių įstatymus. Kalbant apie sveikatos priežiūros santykių kodifikavimą, tai čia galimos taip pat dvi galimybės. Pirma galimybė, kai jurisprudencija iš dalies ar visiškai formuoja sveikatos priežiūros santykių reglamentavimo doktriną, kaip, pvz., Italijoje teismų praktika didžiąja dalimi formuoja civilinės atsakomybės taikymo sveikatos priežiūros srityje doktriną, remiantis Civiliniame kodekse įtvirtintomis civilinės atsakomybės bendrosiomis sąlygomis[729]. Kita galimybė yra įstatymų leidėjui įtraukti tokius reglamentavimo klausimus į sutarčių teisę, kaip, pvz., 1994 m. priimtas Nyderlandų medicinos sutarčių įstatymas buvo įjungtas į šios šalies Civilinį kodeksą; arba 2001 m. liepos 1 d. įsigaliojusiame mūsų Civiliniame kodekse į Prievolių teisės knygą buvo įtrauktas atskiras skirsnis apie asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą (6.725–6.746 str.)[730].

Antrasis modelis, kai pasinaudojama specialių pacientų teisių įstatymų priėmimu, istoriškai yra naujas, taikomas nuo praėjusio amžiaus paskutinio dešimtmečio pradžios. Tuo laikotarpiu dalis teisės teoretikų ir praktikų per eksplicitinį pacientų teisių legitimavimą, gana glaudžiai susijusį su žmogaus teisių, visų pirma su teisės į sveikatos priežiūra, doktrina siekė sparčiau įtvirtinti paciento teisinį statusą. Šiuo atžvilgiu nemažą vaidmenį suvaidino Pasaulio sveikatos organizacijos 1994 m. priimta Europos šalių paciento teisių deklaracija. Iš pat pradžių šiuo modeliu imta sekti ir reformuojant Lietuvos sveikatos priežiūros sistemą – laikotarpiu nuo 1994 m., kai buvo priimtas pagrindinis SSĮ, iki naujojo Civilinio kodekso priėmimo, pacientų teisės buvo įtvirtinamos priėmus sveikatos priežiūros sistemą reguliuojančius įstatymus[731]. SSĮ 132–133 str. pirmą kartą buvo įtvirtintos pacientų, kurie yra Lietuvos Respublikos gyventojai, teisių ir pareigų katalogas. Taip pat ir SPĮĮ 67

[729] Juškevičius, J., Rudzinskas, A. Civilinės atsakomybės už netinkamą asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą taikymo Lietuvoje ir Italijoje ypatumai. *Jurisprudencija*. 2008, 12(114): 73–81.

[730] Birmontienė, T. Changes in Lithuanian Health Law and the Influence of Netherlands Civil Code. *European Journal of Health Law*. 2002, vol. 9, p. 381–395.

[731] Plačiau apie pacientų teisių raidą Lietuvoje žr. Kutkauskienė, J. Paciento teisių ir pareigų teisinio reglamentavimo Lietuvoje problematika ir raidos tendencijos. *Jurisprudencija*. 2008, 12(114): 82–91.

str. 2 d. 3 p. suteikė sveikatos priežiūros įstaigai teisę savo vidaus tvarkos taisyklėse nustatyti „pacientų teises ir pareigas įstaigoje“.

Galiausiai 1996 m. spalio 3 d. priimtas specialus įstatymas, reglamentuojantis pacientų teises – PTŽSAĮ. Lietuva buvo viena iš pirmųjų Europos šalių ir pirmoji pokomunistinė šalis, įtvirtinusi pacientų teises atskiru įstatymu. Įstatymas apibrėžė paciento sąvoką[732], susiejant paciento teisinio statuso įgijimą su dalyvavimu asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teisiniuose santykiuose tarp asmens (paciento) ir paslaugų teikėjo (sveikatos priežiūros įstaigos)[733]. Įstatymas įtvirtino paciento teisių sąrašą, kuris išoriškai beveik sutampa su kitų šalių panašiuose įstatymuose suteikiamomis pacientams teisėmis: teisė pasirinkti gydytoją, slaugos darbuotoją, asmens sveikatos priežiūros įstaigą (5 str.), teisė į informaciją (6 str.), teisė skųstis (9 str.), teisė atsisakyti gydymo (8 str.), teisė į žalos sveikatai atlyginimą (IV skyrius) ir teisė į privataus gyvenimo neliečiamumą (10 str.). Šis įstatymas iš dalies atkartojo, tiesa, jau detalizuodamas, SSĮ įtvirtintas tokias pacientų teises, kaip teisė turėti informaciją apie sveikatos priežiūros įstaigas ir tarnybas bei jų teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas (132 str. 3 d.), teisė gauti informaciją apie savo sveikatą ir garantijas dėl šios informacijos konfidencialumo (132 str. 4 d.), teisė turėti priimtiną, prieinamą ir tinkamą sveikatos priežiūrą (132 str. 5 d.), teisė pasirinkti nustatyta tvarka sveikatos priežiūros specialistą, sveikatos priežiūros įstaigą, sveikatos priežiūros rūšį arba jų atsisakyti (132 str. 6 d.), teisė į nuostolių, atsiradusių dėl žalos sveikatai, padarytos vykdant sveikatos priežiūrą, atlyginimą (138 str.). 2004 m. priimant PTŽSAĮ naują redakciją[734], SSĮ VI dalis su joje išvardytomis pacientų teisėmis ir pareigomis pripažinta netekusi galios[735].

Esant tam tikram, nors teismų praktikoje menkai patikrintam, įstatymų leidybos įdirbiui, naujajame Civiliniame kodekse įstatymų leidėjas žengė ino-

---

[732] „Pacientas – asmuo, kuris naudojasi asmens sveikatos priežiūra nepriklausomai nuo to, ar jis sveikas, ar ligonis“ (PTŽSAĮ 1 str. l d.).

[733] Lietuvos Aukščiausiasis Teismas patikslino asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teisinių santykių pradžios ir pabaigos momentą, atitinkamai susiejant su asmens kreipimosi į sveikatos priežiūros įstaigą momentu ir jam reikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų suteikimu, žr. LAT CBS išplėstinės teisėjų kolegijos 2004 m. sausio 13 d. nutartis byloje *VŠĮ Kauno centro poliklinika v. D. Baltrušytė*, Nr. 3K-7-24/2004.

[734] *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 115-4284.

[735] Sveikatos sistemos įstatymo 22 str. pakeitimo ir VI dalies pripažinimo netekusia galios įstatymas. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 115-4283.

vatyvų žingsnį ir įtraukė į Prievolių teisės knygą atskirą skirsnį apie asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą (6.725–6.746 str.). Tai vienas iš retų šios srities civilinės kodifikacijos atvejų pasaulinėje praktikoje. Ar pavyko sklandžiai ir sistemiškai kodifikuoti šią tokią svarbią sritį? Galima būtų paminėti kai kuriuos šios kodifikacijos ypatumus.

Reikia pažymėti, kad ne visi visuomeniniai santykiai, kylantys sveikatos priežiūros srityje, yra reguliuojami teisės normomis. Istoriškai susiklostė, kad mediko profesija buvo ir kol kas tėra suprantama kaip laisvoji profesija, teikianti intelektualaus pobūdžio abstrakčias paslaugas kliento ir visuomenės naudai[736], o ne kaip amatas. Todėl medikai savo veikloje šalia įrodymais paremtos medicinos praktikos standartų vadovaujasi bendrojo ir ligonio gėrio bei naudingumo nuostatomis, t. y. moralinėmis-etinėmis vertybėmis. Pozityvioji teisė kartais palieka tam tikrą erdvę profesiniams standartams taikyti: ne išimtis ir naujasis Lietuvos CK, kurio 6.38 str. 2 d. įtvirtina principą, kad jei prievolės vykdymas kartu yra ir profesinė veikla, tai tuomet turima laikytis ir „profesinei veiklai taikomų reikalavimų"; o 6.256 str. 3 d. įtvirtina profesinei veiklai taikomų reikalavimų laikymąsi kaip sutartinės atsakomybės atsiradimo pagrindą. Tačiau CK 6.743 str. įtvirtina klampią normą, kuria remiantis sveikatos priežiūros paslaugos gali būti teikiamos ir „vadovaujantis bendraisiais mediko profesijos reikalavimais ar medicinos etikos (deontologijos) principais, t. y. *ne pagal asmens sveikatos priežiūros paslaugų sutartį* (išskirta aut.)", bet joms vis dėlto taikant asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo pagal sutartį taisykles „tiek, kiek tai atitinka teisinio santykio prigimtį". Plačiau šis asmens sveikatos priežiūros paslaugų tipas nėra paaiškinamas, tačiau logiška būtų manyti, kad tai CK 6.725 str. 3 d. minimos paslaugos, „kurių išlaidos yra apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, valstybės arba savivaldybės biudžetų lėšų" ir kurioms yra netaikomas skirsnio „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas" taisyklės(!). Galima spėti, kad 6.743 str. yra išimtis 6.725 str. 3 d. nustatytai išimčiai. Kiltų keli teorinio ir praktinio pobūdžio klausimai.

Visų pirma abejonių kiltų dėl 6.38 str. 2 d. nustatyto bendrojo reikalavimo vadovautis profesinei veiklai taikomais reikalavimais, nes, pažodžiui in-

[736] Žr. Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos 2005/36/EB dėl profesinių kvalifikacijų pripažinimo Konstatuojamosios dalies 43 p. (OJ L 255/22, 2005) sąsajoje su Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos 2006/123/EB dėl paslaugų vidaus rinkoje Konstatuojamosios dalies 22 p. (OJ L 376, 2006).

terpretuojant, 6.743 str. formuluotė lyg ir eliminuotų vadovavimąsi profesiniais standartais ar deontologijos principais, teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas pagal sutartį. Juolab ši norma, remiantis 1.9 str. 2 d. aškinimu, būtų specialioji norma, įgyjanti viršenybę, konkuruojant su minėtomis bendrosiomis normomis, įtvirtintomis 6.38 str. 2 d. ir 6.256 str. 3 d. Vis dėlto reikia manyti, kad *mens legislatoris* nebuvo nukreiptas apriboti profesinių standartų vaidmenį sveikatos priežiūros srityje. Galima pritarti nuomonei, kad šis teisinis „galvosūkis" sietinas su 6.743 str. normos išorine kilme, t. y. su Nyderlandų civilinio kodekso 464 str. mechanišku perkėlimu į mūsų Kodeksą.[737] Laimei, šį nesusipratimą išsprendžia Europos Tarybos Konvencijos dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencijos)[738] 4 str. norma, kuria remiantis „kiekviena intervencija sveikatos srityje, įskaitant tyrimus, turi būti atliekama laikantis atitinkamų profesinių pareigų ir standartų"[739]. Remiantis Tarptautinių sutarčių įstatymo[740] 11 str. 2 d. nuostata, kolizija tarp įsigaliojusios ratifikuotos Lietuvos Respublikos tarptautinės sutarties ir minėtos CK normos išsisprendžia pirmosios naudai.

Antra, teoriniu ir praktiniu lygmenimis galima būtų diskutuoti, kiek iš viso yra tikslinga 6.725 str. 3 d. išimtis, t. y. diferencijuoti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teisinį režimą pagal jų apmokėjimo pobūdį. Paslaugų teikimas, apmokant už jas iš privalomojo sveikatos draudimo lėšų taip pat yra civilinio teisinio santykio (6.987 str. nustato bendrą draudimo sutarties sampratą), nors ir specifinio (6.988 str. „blanketizuoja" privalomojo draudimo sąlygas), prigimties, o teritorinių ligonių kasų sudaromos sutartys su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, kuriomis remiantis apmokamos asmeniui suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos, yra sudaromos vadovaujan-

---

[737] LR CK 6.725–6.746 str., reguliuojančių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, prototipu tapo 1994 m. priimtas ir į Nyderlandų civilinį kodeksą įtrauktas Nyderlandų gydymo sutarčių įstatymas. Išsamią šių teisės normų lyginamąją analizę pateikia Birmontienė, T. Changes in Lithuanian Health Law and the Influence of Netherlands Civil Code. *European Journal of Health Law*. 2002, vol. 9, p. 381–395.

[738] Konvencija ratifikuota 2002 m. rugsėjo 19 d., įsigaliojo 2002 m. vasario 1 d., žr. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 97-4258.

[739] Konvencijos aiškinamoji ataskaita (lietuvišką vertimą žr. Rogers A., Durand de Bousingen D. Bioetika Europoje. Vilnius: Kultūra. 2001, p. 226–262) sąvoką „intervencija" interpretuoja plačiąja prasme, kaip apimančią visus medicininius veiksmus, atliekamus profilaktikos, diagnostikos, gydymo, reabilitacijos ar mokslinių tyrimų tikslais.

[740] *Valstybės žinios*. 1999, Nr. 60-1948.

tis visų pirma Civiliniu kodeksu, taip pat ir kitais įstatymais (Sveikatos draudimo įstatymo 26.2 str.). Kita vertus, ši išimtis, kuria buvo bandoma atskirti privačių ir valstybinių bei municipalinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamas paslaugas ne tik pagal jų nuosavybės formą, bet ir pagal finansavimo šaltinį, rado praktinį pritaikymą jurisprudencijoje: Lietuvos Aukščiausiasis Teismas 2004 m. nustatė, jog sukurta valstybės laiduota nemokama sveikatos priežiūros sistema remiasi ne sutartiniais paciento ir sveikatos priežiūros įstaigos santykiais, bet iš įstatymų ir kitų teisės aktų kylančiomis tarpusavio teisėmis ir pareigomis. [741] Minėta nutarties nuostata sietina su to paties Teismo 2001 m. lapkričio 14 d. nutartimi[742], kuriame teismas pasisakė, jog sveikatos priežiūros įstaiga „atsako ne pagal sutartines, o pagal deliktines civilinės atsakomybės taisykles, t. y. pagal 1964 m. CK 484 straipsnį (dabartinio CK 6.264 str. – *aut. pastaba*), jeigu dėl žalos atsiradimo yra įstaigos darbuotojų kaltė“[743].

Ši taikymo nuostata yra diskutuotina, nors, atrodo, kad ji pradeda konsoliduotis ne tik praktikoje, bet ir teisinėje literatūroje[744]. Žvelgiant iš praktinės pusės, tai deliktinės atsakomybės atveju yra pagrindinė taisyklė, kad ieškovas privalo visiškai įrodyti jam padarytą žalą daugeliu aspektų: ne tik žalos padarymo faktą, bet ir žalą padariusio subjekto kaltę (tyčią ar neatsargumą) bei atitinkamą priežastinį ryšį (sutartinės atsakomybės atveju ieškovui pakanka įrodyti jo kaip kreditoriaus teisės egzistavimą). Tačiau dėl komplikuotos sveikatos priežiūros srities specifikos, susijusios su specialiomis žiniomis, daugeliu atvejų nukentėjusiam pacientui tampa sudėtinga ar net neįmanoma pateikti įrodymų, patvirtinančių savo pretenzijas. Šiuo atžvilgiu teisinio santykio subjektas pacientas patenka į nepalankiausią procesinę padėtį. Pavyzdžiui, dėl šios priežasties Italijos teismų praktika paciento ir sveikatos priežiūros įstaigų santykius, nepaisant įstaigų nuosavybės formos ar finansavimo, ilgai-

[741] LAT CBS išplėstinės teisėjų kolegijos 2004 m. sausio 13 d. nutartis byloje *VŠĮ Kauno centro poliklinika v. D. Baltrušytė*. Nr. 3K-7-24/2004.

[742] LAT CBS teisėjų kolegijos 2001 m. lapkričio 14 d. nutartis byloje *L. M. Sandienė v. Kauno Raudonojo kryžiaus ligoninė*. Nr. 3K-3-1140/2001.

[743] Tai leidžia daryti išvadą, kad sveikatos priežiūros įstaiga, nepaisanti to, ar jos teikiamos paslaugos yra finansuojamos iš privalomo sveikatos draudimo fondo, ar pagal asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sutartį, atsako ne pagal sutartines, o pagal deliktines civilinės atsakomybės taisykles, jeigu dėl žalos, padarytos pacientui, atsiradimo yra sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojų kaltė, žr. Juškevičius, J., Rudzinskas, A. Civilinės atsakomybės už netinkamą asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą taikymo Lietuvoje ir Italijoje ypatumai. *Jurisprudencija*. 2008, 12(114): 73–81.

[744] Šimonis, M. Gydytojų ir pacientų teisiniai santykiai. *Justitia*. 2005, 2(56): 60.

niui išdrįso prilyginti santykiams *ex contractu*, nors tokių santykių požymiai nebūtinai visiškai sutampa su sutartinių santykių tipiniais požymiais, nurodytais Civiliniame kodekse[745]. Teoriškai verta panagrinėti, ar asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo santykių skirtumas pagal jų apmokėjimą nėra perdėm formalaus pobūdžio ir ar neleidžia kilti papildomoms kliūtims pacientui įgyvendinant savo teises. Praktinių klausimų gali kilti nemažai. Tarkime, pagal kokias civilinės atsakomybės taisykles bus nagrinėjamas užsienio piliečio, gavusio Lietuvoje sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias jis iš pradžių pats susimokėjo, o vėliau jam kompensavo jo šalies sveikatos draudimo institucija, ieškinys dėl žalos, padarytos sveikatai, atlyginimo?[746] Kitas galimas CK taisyklių taikymo probleminis pavyzdys, kai asmuo pas tą patį asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėją gauna kompleksines paslaugas, kurių apmokėjimas gali būti atliekamas tiek iš asmens, tiek iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, arba gauna tos pačios ligos gydymo paslaugas, kurios tik iš dalies apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų. Galiausiai kol kas CK yra vienintelis teisės aktas, įtvirtinantis paciento pareigą bendradarbiauti su sveikatos priežiūros paslaugų teikėju: logiška būtų teigti, kad didžiosios pacientų dalies ši pareiga nesaisto, turint omeny, jog dauguma teikiamų paslaugų yra apmokama iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto.

CK sudarytojų užmojis kodifikuoti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą dar laukia įgyvendinimo, visų pirma derinant CK, PTŽSAĮ, kitų įstatymų nuostatas, o kartu išlyginant ir paties CK trūkumus. Kita vertus, 2004 m. PTŽSAĮ redakcija, įsigaliojusi 2005 metų sausio 1 d. ir kurios vienas iš tikslų buvo suderinti įstatymo nuostatas su įsigaliojusio CK nuostatomis, neišsprendė visų problemų, o kai kurios jų pasirodė netobulos, keliančios ar net aštrinančios konfliktines situacijas. Daugiausia praktinių problemų kyla dėl sveikatos priežiūros įmonių civilinės atsakomybės už žalą, padarytą pacientams gydytojų ar slaugos darbuotojų teisėtais veiksmais, privalomojo draudimo neveiksmingo funkcionavimo; ikiteisminės institucijos – Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos paralyžiuotos veiklos; dėl žalos atly-

[745] Juškevičius, J., Rudzinskas, A. Civilinės atsakomybės už netinkamą asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą taikymo Lietuvoje ir Italijoje ypatumai. *Jurisprudencija*. 2008, 12(114): 73–81.

[746] Tai būtų ypač aktualu piliečiams tų ES šalių, kuriose pagal įstatymus už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas asmenys susimoka patys, o nacionalinės privalomo sveikatos draudimo institucijos vėliau jas kompensuoja.

ginimo modelio pasirinkimo; pacientų atstovavimo ar galiausiai dėl perteklinio paciento valios reiškimo rašytine forma reikalavimo. Seimo valdybos 2006 m. birželio 7 d. sprendimu Nr. 962 buvo sudaryta darbo grupė Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymo projektui parengti. Įstatymo projektas buvo pateiktas 2008 m. pradžioje, ir sprendžiant pagal išsakytas kritines nuomones, tarp jų ir Vyriausybės 2008 m. lapkričio 24 d. nutarimą Nr. 1259, nauja įstatymo redakcija dar negreit išvys dienos šviesą.

Tobulinant sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir pacientų santykių reglamentavimą, reikia atkreipti dėmesį į akivaizdų faktą, kad sveikatos priežiūra jau kuris laikas tapo viena iš ekonominės veiklos sričių, ir jos, kaip ir visų kitų, neaplenkia vartotojiškumo tendencijos. Įtvirtinus paciento autonomijos principą, diagnostikos, gydymo ar profilaktikos galimybių praktinis taikymas palengva išstumiamas už gydytojo profesinės kompetencijos ribų, nes metodo parinkimas virsta paciento vertybinio pasirinkimo klausimu[747], kuris teismų praktikoje gali būti įvertintas pinigine išraiška. Gydytojo profesinius veiksmus pacientai linkę vertinti pagal pasiektą rezultatą, t. y. kiek jis atitinka jų lūkesčius[748], kartu klaidingai suvokdami teisinį gydytojo prievolės turinį: veikti rūpestingai ir apdairiai, kiek atitinkamomis sąlygomis yra įmanoma. PTŽSAĮ įtvirtinta teisė į žalos atlyginimą suteikia asmenims galimybes teismo būdu išsireikalauti kompensaciją už turtinę ir neturtinę žalą[749], tačiau kartu neatmestina galimybė, kad kai kuriais atvejais tuo bus siekiama ir pasipelnyti. Pacientų teisių užtikrinimo standarto paieškos turėtų taip pat remtis ir realiu sveikatos priežiūros sektoriaus finansavimu, nes priešingu atveju,

---

[747] Schultz, M. M. From Informed Consent to Patient Choice: A New Protected Interest. *Yale Law Journal*. 1985, vol. 95, p. 222.

[748] Sparti informacinių technologijų plėtra ir jų suteikiama galimybė surasti mokslinių duomenų, populiariai pateikiamos informacijos apie ligas bei jų gydymą leidžia pacientui pagal savo suvoktą, neretai nepamatuotą gydymo standartą vertinti gydytojo kompetenciją. Plačiau apie vartotojiškumo iššūkius sveikatos priežiūros sričiai žr. Kutkauskienė, J. Paciento teisių ir pareigų teisinio reglamentavimo Lietuvoje problematika ir raidos tendencijos. *Jurisprudencija*. 2008, 12(114): 82–91.

[749] CK jokių ribų neturtinės žalos atlyginimui nenumato, o LR Konstitucinis Teismas 2006 m. rugpjūčio 19 d. nutarimu (*Valstybės žinios.* 2006, Nr. 90-3529) konstatavo, kad moralinės žalos atlyginimo dydis negali būti ribojamas įstatymais, kartu pažymėdamas, kad nėra draudimo reguliuojant santykius, susijusius su žalos atlyginimu, įstatymu nustatyti protingus ir pagrįstus kriterijus, pagal kuriuos būtų galima įvertinti atlygintinos žalos dydį.

valstybei prisiėmus pernelyg didelius įsipareigojimus pacientų teisių garantijų srityje, visam sektoriui grėstų sumaištis.

Baigiant reikia pasakyti, kad šiame straipsnyje apžvelgti kai kurie asmens sveikatos priežiūros reguliavimo raidos bruožai ir su jais susiję teoriniai ir praktiniai probleminiai aspektai yra toli gražu ne vieninteliai ir nepretenduoja į sisteminį išsamumą. Be to, reikia turėti omenyje ir tai, jog šalia šios srities augančio kompleksiškumo ir nuolatinės jos kaitos, asmens sveikatos priežiūros santykis pacientas–gydytojas (sveikatos priežiūros įstaiga) plačiąja prasme nebėra dvišalis: į jį įsitraukia trečiasis, labai įtakingas ir kol kas mažai teisinėje literatūroje reflektuotas subjektas – sveikatos draudimas. Ribotas sveikatos priežiūros srities finansavimas, gyventojų senėjimo procesai, tarptautinės integracijos procesai – visi šie praktiniai iššūkiai reikalauja ir toliau pareikalaus iš įstatymų leidybos ir teisės doktrinos kūrybinio požiūrio reguliuojant socialinius santykius šioje srityje. Visa tai tam, kad Konstitucijos 53 str. įtvirtinta valstybės pareiga rūpintis žmonių sveikata, užtikrinant medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, netaptų iliuzorinė ar deklaratyvi.