

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

Paulius Čelkis

VISUOMENĖS SVEIKATOS  
PRIEŽIŪROS TEISINIS REGULIAVIMAS  
ĮGYVENDINANT TEISĘ Į  
SVEIKATOS APSAUGĄ

Daktaro disertacijos santrauka  
Socialiniai mokslai, teisė (01 S)

Vilnius, 2011

Daktaro disertacija rengta 2002–2011 metais, ginama Mykolo Romerio universitete pagal Mykolo Romerio universitetui su Vytauto Didžiojo universitetu suteiktą teisės mokslo krypties doktorantūros teisę.

Daktaro disertacija ginama eksternu.

***Mokslinis konsultantas:***

prof. dr. Jonas Juškevičius (Mykolo Romerio universitetas, socialiniai mokslai, teisė, 01 S)

**Daktaro disertacija ginama Mykolo Romerio universiteto su Vytauto Didžiojo universitetu teisės mokslo krypties taryboje:**

***Pirmininkas:***

doc. dr. Linas Baublys (Mykolo Romerio universitetas, socialiniai mokslai, teisė, 01 S)

***Nariai:***

prof. dr. Darijus Beinoravičius (Mykolo Romerio universitetas, socialiniai mokslai, teisė, 01 S)

prof. dr. Jonas Prapiestis (Vilniaus universitetas, socialiniai mokslai, teisė, 01 S)

doc. dr. Genė Šurkienė (Vilniaus universitetas, biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata, 10 B)

prof. dr. Andrejs Vilks (Rygos Stradinio universitetas (Latvija), socialiniai mokslai, teisė, 01 S)

Daktaro disertacija bus ginama viešame teisės mokslo krypties tarybos posėdyje 2011 m. gruodžio 19 d. 10 val. Mykolo Romerio universiteto konferencijų salėje (I-414 aud.)

Adresas: Ateities g. 20, LT-08303 Vilnius, Lietuva.

Daktaro disertacijos santrauka išsiųsta 2011 m. lapkričio 18 d.

Daktaro disertaciją galima peržiūrėti Mykolo Romerio universiteto ir Vytauto Didžiojo universiteto bibliotekose.

## PUBLIC HEALTH LEGAL REGULATION IMPLEMENTING THE RIGHT TO HEALTH CARE

### Summary

**Research issue and its relevance.** The main goal of the state is to guarantee and implement human rights. Defining a humanist outlook as a widely accepted base for legal doctrine, the most important interest of a democratic society and goal of a legal state become the legal protection of human interests. The right to health care<sup>1</sup> is part of the so-called “second generation” human rights group-i.e. social rights, the implementation and protection of which in the theoretical and practical plane gains increasing relevance.

The right to health care includes deep-seated responsibilities that can be grouped into two branches-personal health care and public health. The state’s responsibility only in the field of personal health care (by guaranteeing the right conditions for sick people) would create preconditions for ineffective use of material and human resources-since getting rid of the roots of a disease, blocking any further diseases, is cheaper and more effective than healing. The importance of disease prevention and the nature of the social right to health care obligate the state to take action so that the individual would be guaranteed these rights, i.e. a legal mechanism would be created that could help an individual realize their inherent rights.

The standard formula for international human rights documents, which would consolidate the right to health care, show that public health as a definite right means quality accessible and acceptable health care guarantees, safe living, leisure, and health care conditions, health care and education, effective actions in battling communicable disease outbreaks, etc. However, in Lithuania’s legal doctrine until now the deeper commitments in this field haven’t been discussed: what concrete nations have to accept responsibilities in this field; does the state perform (are they able to perform) all of the obligations rising from and part of the discussed legal content; does the present public health legal regulation effectively (if at all) implement the right to health care; whether the public health legal regulations present in the socie-

---

<sup>1</sup> We should note that the term “right to health care” suitably reveals the aforementioned law’s content. Calling the “right to health care” the “right to health” would be to presume commitment to guarantee the individual’s health not taking into account, for example, their hereditary diseases, lifestyle and personal habits, which all influence a person’s health. Understanding “right to health care” only as “patient rights” would involve only the rights of the individual, most often a sick person, using the services of health care institutions.

ty can protect the individual and society (mutually) from dangers to their health, or if it creates a work, life, and leisure environment favourable to their health. From a theoretical perspective, theoretical discussion is very important, whether by taking into account society's wider understanding of health care it is possible to objectively define the borders of public health regulation possibilities and to evaluate the right to health care from the implementation perspective.

Not knowing the contents of the right to health care, the social commitment issues within as well as the specifics of implementing the concrete spheres (methods) of public health, the regulation of this legal sphere will not be effective, only chaotic, solving individual problems. It also wouldn't be possible to expect concrete health care functions from the state, which would guarantee these rights. Therefore, analysis of the right to health care becomes important.

Taking that into account, this dissertation analyzes public health legal regulation as a social mechanism, meant to guarantee the right to health care.

**The research object** is public health legal regulation and its evaluation in regards to the implementing the right to health care.

**The research goal** is to analyze and evaluate legal regulation of public health in Lithuania, in regards to the implementation of the right to health care, and to offer proposals for its improvement.

To reach the research goal, these **problems** are raised:

1. To analyze the content of public health, as methods of implementing the right to health care, and its theoretical aspects:
  - 1.1. To explore the understanding of public health and public health spheres, as well as their characteristic implementation methods;
  - 1.2. To explore the understanding of health and health protection, the content of the right to health care;
  - 1.3. To reveal the relativity of the right to health care and its relationship to other personal rights.
2. To analyze the legal regulation of public health in Lithuania, and its practical implementation via different public health spheres and to evaluate this from the position of regulating the implementation of the right to health care.

**The research hypothesis.** Public health legal regulation determines the understanding of public health and the singularity of the content of the right to health care.

**The scientific novelty of the research and its practical meaning.** Although health and the right to its care are underlying individual values, upon which both directly and indirectly depend the other rights of an individual, up until now attention to the legal regulation of public health in the academic community hasn't

been paid. This dissertation for the first time evaluates national public health legal regulation in the aspect of the right to health care implementation: does the present legal regulation create preconditions to implement the right to health care quantity and quality parameters and whether this determines if safe life, work and leisure conditions are provided for the individual, if the nation has functioning systems of health promotion and monitoring, if the nation-created mechanisms protect health in the case of a disease outbreak. These and other questions are analyzed systematically, aiming not only to reveal national public health legal regulation singularities, but also to provide proposals on how to improve it.

This dissertation evaluates public health legal regulation rights to health care implementation outlook, allowing to define the latter's possibilities and limits, to ascertain the legal regulation improvement guidelines. This dissertation presents conclusions and proposals that can be used in creating laws and law use principles, spreading the still-forming Lithuanian legal and forming health law doctrine. The research results can be used in teaching the discipline of health law at institutions of higher education.

**Defensive propositions of the dissertation:**

- The extent of health care legal regulation determines the quantitative (enveloping the main minimal obligations to the state) and qualitative (showing how the state has to implement legal content quantitative parameters) parameters of the right to health care;
- Public health legal regulation consolidates the classic “sanitary” public health conception (restrictive preventive and organizational means, meant to guarantee a healthy life, work, and leisure environment and rearing individuals to live healthy) do not involve modern “new” public health means (integrating also the personal's health care methods, meant to guarantee disease prevention and equal chances to use health care services for people on social support, as well as environment protection , social and economic means);
- Public health legal regulation in Lithuania should be improved, since the effective implementation of the right to health care is not guaranteed.

**Scientific research methodology.** Using various scientific methods, this dissertation analyses public health legal regulation in implementing the right to health care, constructing a theoretical model of the right to health care as a legal category. One of the main methods allowing us to analyze public health as a complex phenomenon, is *philosophical*. It helps us look at public health as one of the spheres of the implementation on the right to health care.

Based on the *historical method*, the right to health care is analyzed as a law in the making, the reasons for the shift and development of the right to health care and public health are also analyzed.

Using the *logical method*, the content of the rights to health care and public health are concretized, also generalizing the research material, formulating conclusions and proposals.

The *comparative method* is based on researching the various conceptions of the right to health care and public health by looking for common and different features. This method helped reveal the content of the right to health care. While analyzing public health conceptions, two public health “directions” are compared, which are presented in scientific literature-the classic “sanitary” understanding of public health and the modern “new” public health conception-by revealing their similarities and differences.

The comparative method is also used in evaluating different public health spheres and methods (for example, public health monitoring, quarantine), national legal regulation with the appropriate method legal regulation of other countries (Holland, Russia, U.S.A.), and by taking this into account, proposals for national legal regulation improvement are provided.

The *philosophical method* is closely related to the *systemic analysis method*, which allows us to look at the right to health care as a part of the whole of human rights, revealing its place in the rights and freedoms system, its relationship with other human rights, efficiently defining its content. Using the systemic analysis method, public health is analyzed as a basic part (along with personal health care) of the health care system, responsible for the individual’s right to health care. Different spheres of public health (for example, health promotion, etc.) methods (for example, health education) are explored in this paper not as independent or quaint, but in the general context of public health goal implementation.

In aiming to define the extent of actual public health legal regulation implementation of the rights to health care the *sociological method* is used.

Using the *abstract method*, the main characteristics of the research phenomenon-the right to health care and public health-are abstracted away from, aiming to concentrate on the main features. Invoking this method, the bond and relationship between public health and the right to health care were defined.

**Research results.** This dissertation is made up of an introduction, two main parts, the conclusion and proposals. The end of this paper provides a list of the literature and the author’s scientific publications on the theme of the dissertation that were used.

The first part of the paper explores and defines **the understanding of public health as a tool of implementation of the right to health care**. Health is one of the core values that a society must protect, and, as the subject of social protection, guarantee every citizen. In realizing the right to health care protection, the government takes care of people’s health, which in essence is separated into two methods that even though are related, but at the same time are independent: per-

sonal health care and public health. The first part of the paper explores the understanding of public health, separating the goals and discussed spheres (methods) of public health, with which the goals are realized. It also reveals the understanding of the right to health care, allowing definition of the latter's content, which determines the extent of health care legal regulation.

Public health in scientific literature is defined in various ways. In Lithuanian scientific literature, C.E.A. Winslow's public health definition is most often presented. Although even now the "sanitary" understanding of public health is vital, in modern foreign scientific literature "new" public health is most often discussed. The latter expands not only on public health spheres and involves not only preventive and organizational methods, with which we aim the betterment of all public health, but also integrates personal health care services, as much as they help guarantee disease prevention and are necessary for people on social aid, it includes also social policy in other fields besides health care, such as environmental protection, social aid, which influence public health. Generalizing various definitions, this paper claims that public health can be explained as a social function (including society and individuals), the goal of which-to increase and strengthen the health of people, marked by organized preventive measures aimed towards observing health, education on a healthier lifestyle, creating a healthy environment, and fighting communicable diseases and traumas.

However, not only public health and its content determine the extent of public health as a field of health care, but also the clearly defined social responsibilities (functions), which lie within the right to health care. The analysis of the right to health care in this paper starts from the definition of health. Generalizing scientific literature in this paper, two dominant trends of the conceptions of health are defined: the medicinal direction, defining health from the point of an individual's body's welfare, and the social direction, relating health not only to the individual's body's welfare, but with the surrounding social environment and the individual's satisfaction with it. Most often in modern legal regulation the World Health Organization's (WHO) Constitution's concept of health is used. Although the WHO-presented concept of health as a completely physical, mental and social state of welfare has its drawbacks, despite that this paper states that the latter reflects the object of the rights to health care, and it is the basis for defining the right itself.

The right to health care process analysis reveals that in international treaties, declarations for careful claim health as the main human value (WHO Constitution, 1946), its implementation as a the right to life (The Universal Declaration of Human Rights, 1948), evolved to the level of an independent right, the implementation of which requires more concrete and more effective health-wise methods. On the European level, Europe's social charter (1961, corrected in 1996), as

in the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966), the right to health care is consolidated as an independent human right, and is implemented by defining concrete actions. At the same time, people's personal responsibility for their health is a delicate topic, the law is concentrated on the government's commitment to guarantee health care services, products, and resources, accenting as well that the government can't guarantee an individual's absolute right to health.

In order to define the legal limits of public health regulation, the content of the right to health care is studied. The latter is defined on the basis of international legal instruments and declarations, including the United Nations Economic and Social Council General Comment No 14 "The right to the highest attainable standard of health," which is prepared as an interpretation of the provision of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Article 12.

Summing up the international law and European Union law provisions defines the main state obligations to ensure the right of a person to health care: to ensure the equal rights of individuals to access health care resources, goods and services, with special emphasis on children and women (especially during pregnancy, childbirth and after birth) health care, in relation to their specific physiology; allow access to the necessary minimum of food that is nutritionally adequate and safe; to ensure access to housing and sanitation, and an adequate supply of safe drinking water; improve hygiene in production; supply of essential drugs; to ensure fairness of all health care resources, the distribution of goods and services; effectively creating a functioning emergency system to deal with medical accidents, epidemics and similar health hazards.

The derived measure show the quantitative minimum required parameters to implement the right health care settings, but in order to fully disclose the content of the right to health protection, it is important to provide its content's qualitative parameters-i.e. how nations have to implement the aforementioned measures. Summarizing the provisions of international law, we can reach the conclusion that the latter includes the following elements: access (to health care resources, goods and services, and the program must be in sufficient quantity, as defined by the member states, as well as being accessible to anyone without discrimination; therefore there is a need to ensure non-discrimination, physical accessibility, economic accessibility and availability of information), acceptability (of health care resources, goods and services must be provided taking into account medical ethics and public culture), quality (health care resources, goods and services must be scientifically and medically suitable and of good quality). Accordingly, in the implementation of the right to health care in, the state assumes the obligation to protect, respect and implement, while all the state's obligations by nature are divided into positive and negative implementation aspects, which are detailed in this paper.



Taking into account that the implementation of the right to health care depends mainly on national legislation, this paper overviews the content of the right to health care, as consolidated in national law, by analyzing the Lithuanian Constitution's provisions and the jurisprudence of the Republic of Lithuania Constitutional Court. Article 53, Paragraph 1 of the Constitution of the Republic of Lithuania establishes the social right to health care with regard to the Republic of Lithuania's Constitutional Court's jurisprudence, *inter alia*, is one of the most important values of society and its protection is a constitutionally important goal and public interest. Health care, according to Lithuania's Constitutional Court, it is the state's duty to protect individuals from threats to their health (reducing health risks, and in some cases, when possible, to prevent it), to improve people's and society's ability to overcome the risks to health, and in the case of illness guaranteeing the availability of medical services. These obligations include the duty of the state to create a legal framework which would create preconditions for the functioning of accessible health care networks nationwide, and organize the development of a health care system that would create an efficiently functioning network of health care institutions (both personal health care and public health) in order to provide enough high-quality, efficient and safe health care services to allow for a healthy lifestyle, including a person's residence, work and leisure environments, limit legal regulation method actions and products that are harmful to health. All this the state must do for human health and in the interest of public health.

Defining the content of the right to health, a question is posed: what are the limits of the implementation of the objective, can a person require the state to provide him the best health, make him healthy, and to what extent the right to health care depends on the person's individual effort, i.e. completion of responsibilities. All of this gives raises the question of the relativity of the right to health. The relativity of the right to health not only reveals the inability to ensure a person absolute health, but also the state's available resources, *inter alia*, financial, human, medical instruments (devices, pharmaceuticals), the limit of the number of health care institutions and the extent of the services they provide. At the same time the paper states that the right to health is a social right, and is implemented at the level of legal capacity, and does not directly require the individual to perform legalizing duties.

Analysis of the right to health care is completed by disclosing its relation to other rights, showing the close relationship both with civil rights (right to life, right to private and family life) and social rights (right to work, the right to a healthy environment, etc.).

Analyzing the right to health, its content has quantitative parameters that include the areas of health care: personal health care and public health. Said health care spheres reveal and include the content of the right to health care and

are designed to implement the state's objective to take care of people's health. At the same time drawing attention to the fact that such health care activities are conditional, because health care, as a system, has to be developed *in corpore*, because only this way in general can properly be implemented the right to health care. Highlighted areas of health care-personal health care and public health-are closely related to each other and ensure viability, such as the fight against communicable diseases is a public health measure, but without the personal health care tools-vaccinations, treatment of affected individuals-this public health monitoring tool will not be effective.

The isolation of health care spheres is essential for the possibility of carrying out their legal regulatory analysis and for the "nature" of the different areas-personal health care is the struggle with the consequences (illness), while public health-disease prevention. Therefore, the legal regulation of each of the areas will have different approaches and goals. Personal health care legal regulation will be implemented mainly to ensure the safety of the patient's rights, while defining the patient's and the doctor's (health care institution's) rights and responsibilities, while public health will promote recommended health-supporting/enhancing behaviour, limiting appropriate economic activity in order to ensure a safe environment for health and so on.

The analysis in this paper shows that Lithuanian national legislation refers to public health areas that are not covered by the modern concept of public health, isolating public health areas such as: health (personal) care services for disadvantaged people, health care efficiency, access and quality assessment, leadership (of the public health structure) in state policy and community mobilization to implement public health goals. However, given the purpose of this paper (to evaluate public health national legal regulation), discussed in detail is only national law distinguishing between public health spheres: public health monitoring, public health promotion, assurance of safe to health environment (public health safety and control) and communicable disease prevention and control.

Public health monitoring in the state, seeking to exercise the right to health care, is the source of information that could help steer the policy priorities and managed resources. Effective implementation of public health monitoring allows for time to take the necessary measures to implement the right to health care. Public health promotion is one of the cornerstone functions of public health as a preventive action, a feature that helps the state implement the right to health care. This area includes, *inter alia*, individual education on living a healthy lifestyle, policy development for creating a healthy living environment, thus allowing for more effective public health condition. Public health safety and control is generally described in this paper with the term "assurance of safe environment for health," revealing more precisely the nature of the area of public health, while in-

tegrating the two related areas of public health (safety and control). Public health safety is the area of public health wherein the state, in implementing the right to health, ensures conditions for people to live, work and spend leisure time in an environment safe for their health, while public health control is the measure that ensures the maintenance requirements for their implementation. Given the specific nature of communicable diseases, the area of public health is isolated separately, although in it can be seen areas of both public health control and public health monitoring. A person has the right to reasonably expect that the state, in communicable disease prevention and control, would implement the functions that would allow control, elimination and eradication of infections.

This paper analyzes whether the state, without the individual's (society's) active participation, would be able to effectively implement public health measures, and states that public health implementation is determined not only by the work of an effective organizational and legal mechanism, but also by the efforts of individuals themselves. Therefore, in organizing the implementation of public health we have to deal with the dilemma of how to achieve the proper balance of state measures and the efforts of members of the public. The examination of public health implementation in Lithuania reveals the different roles of the state and society. So far, society's view that only the state (its institutions) is responsible for public health implementation is resilient. Since the state can and must develop the means (assumptions) to allow the promotion of public health, it should encourage the efforts of members of society to take care of their health, because, in the end, everything depends on society's and the individual's interests. It can be argued that too much state "concern" for public health protection may be ineffective if most people are not encouraged to take steps to develop a healthy environment for themselves, promote healthy lifestyles, etc. The activities of the community, NGOs, and groups of organized individuals in this field should be as developed to the maximum, while the state should encourage their initiatives, enabling them to settle and develop.

The second part of this paper analyzes **the public health legal regulation and its implementation in Lithuania**. The first part of the paper defined public health and uncovered the latter's areas and their goals, which in turn impacts the legal regulation of this area. Also emphasized is that the distinguished content of the legal regulation of public health is influenced by the qualitative and quantitative parameters of the right to health care. The quantitative content parameters of the right to health care, is discussed separately in the context of each of the areas of public health. Regulatory analysis of public health also assesses how state-created legal regulation provides a legal right to the content of health care quality parameters, i.e. public health availability, acceptability and quality (as a created mechanism it guarantees the goals raised by this area, whether the created institution implements

the measures defined in the legal deeds, of whether those measures reach the addressee-a person-and ensure a safe environment for their health).

Public health legal regulation and its practical implementation are analyzed separately, discussing each of the areas of public health: public health promotion, assurance of safe and healthy environment, monitoring of public health and communicable disease prevention and control.

Discussion of the legal regulation of public health promotion emphasizes that the state, in implementing the right to health care and carrying out public health, educates the public and separate the groups, shaping policy so as to promote the healthy lifestyles of individuals. Taking into account that the promotion of public health is a state function, legal regulation analysis starts from a review of the state's functions in this field, analyzing the means for public health improvement (health propaganda and public information), public health education, non-communicable disease prevention. This paper stresses that the promotion of public health legal regulation is fragmented and superficial, and provides concrete examples and suggestions on how to improve the aforementioned regulation. Analysis of public health information legal regulation reveals not only the latter's "active side," related to the dissemination of positive information (healthy lifestyle promotion), but also the "passive side," associated with the ban of spreading information that could have an adverse impact on public health. This is not just about banning tobacco advertising or alcohol advertising restrictions, but also prohibitions against, for example, health-damaging or risky behaviour (such as smoking, alcohol consumption, irrational diets, or the tendency to take risks, such as reckless driving), the promotion or prohibition of psychological or similar treatment via television. In this case, it must be noted that the right to health care is built on the personal freedom to express opinions and to receive and impart information, therefore legal regulation of this area should be coordinated with the Republic of Lithuania's Constitutional Court's and the European Court of Human Rights' jurisprudence's highlighted criteria on the limitation of freedom of information.

The second chapter describes assurance of safe for health environment and its regulatory possibilities and limits, analyzing the basic areas of a safe environment: a safe living environment, safe working environment, safe leisure environment (outside of the living and working environment, but still having an impact on public health).

Generalizing the legal regulation of assuring a safe and healthy environment stipulates that in order to protect the personal living environment, and thus proactively preventing adverse effects on a person's health, the state preventively limits certain factors (i.e., non-ionizing and ionizing radiation, noise, vibration and other harmful agents), taking appropriate measures to ensure a sufficient

quantity of safe drinking water, hazardous waste liquidation and so on. However, as is clear from the analysis carried out in this paper, in essence, the provisions of the law only provide accurate, detailed “echoes” of what is already in international documents on the right to health care and are declarative. Laws list measures to protect the living environment, but do not reflect the key criteria and basic principles of this protection. Legal regulation in this area is mainly carried out on a secondary legislation level, the post-legal rights act subject determining the extent of the implementation of the declared safe living environment, apart from some exceptions, such as noise control, or drinking water supply.

The state, implementing not only the right to health care, but also in its Constitution enforced right to safe and healthy working conditions, has a duty to provide legal regulation, which would create legal preconditions for ensuring safe working conditions for a person. At the same time it must establish effective legal enforcement control mechanisms. In this case, we might reasonably raise the question of whether ensuring a safe and healthy working environment is a measure of the right to health care, or the right to safe and healthy working conditions. As can be seen from the analysis carried out in this paper, occupational safety and health goals are aligned with public health as a preventive action, which the state seeks to exercise in the right to health care, the objectives and nature—not only for healthy living conditions, but also the health and safety measures at work lead to a healthier society. Therefore, it is clear that the right to health care and the right to safe and healthy working conditions are directed toward the same goal—the personal’s health, nurturing and preserving it, therefore each is intimately and inextricably linked. Legal regulation of a safe working environment’s public health safety control is of the legislative level, laying down the fundamental rights of individuals and obligations of the legal regulation of the basic principles which are implemented in secondary legislation. Accordingly, these rights include the legal regulation of the isolated content of the health care duties to the state (quantitative entitlement of the right to health care parameters), to establish regulatory mechanisms to ensure the right to health care qualitative parameters.

Ensuring a safe environment includes not only living and working environments, but also in personal leisure environment. Therefore, in this case, the state must prevent the factors that create a negative impact on the health of the person, creating such legal regulation that would ensure that a person’s surrounding environment, as mentioned, which is not part of the living and working environment, be safe for the person’s health. In analyzing which environment is part of the leisure environment and has an impact on public health, the paper isolates such places where people are provided various services (such as accommodation services, beauty services), as well as objects that provide personal health care, education, care and nursing services. Legal regulation of a safe leisure environment’s

public health safety is carried out mainly at the level of secondary legislation, defining a protected environment by setting minimum requirements. However, individual rights and obligations are not covered by the provisions of law, which makes them difficult to implement. Thus, the legal regulation of this field is essentially pragmatic, because problems are not solved systematically, but rather regulate those areas that are “necessary” at the right time.

Public health monitoring is a source of information that helps steer public policy priorities and the resources it manages, it has a significant impact on public health legal regulation. However, as this paper reveals, Lithuanian public health surveillance (monitoring) statutory provisions, governing the entities required for public health monitoring, are not implemented, because the law’s subordinate legislation isn’t prepared and doesn’t include the appropriate provisions. Taking into account the fact that the provisions of the law haven’t functioned for almost 7 years (since the law was introduced), we can consider that they should be removed. If certain data is needed, it can be obtained on the basis of other laws, such as those regulating surrounding air. State institutions are responsible for monitoring the state’s public health. Given the fact that the government has approved the most recent state public health monitoring program for 2008-2009, and is no later confirmed program, the paper states that since 2010 *de jure* state-wide public health monitoring has not been carried out, although the *de facto* data is collected by the responsible state agency. Municipal public health monitoring legal regulation essentially functions, although lacking data integration systems into the overall state public health surveillance system and its analysis addresses specific areas of public health problems.

The last part of the second chapter examines the legal regulation possibilities and limits of communicable disease prevention and control. An analysis of the legal regulation is carried out according to the first part of the paper, which isolated infectious disease prevention and control: communicable disease epidemiological monitoring, analysis and prognosis; prevention of communicable diseases; communicable disease control.

The state created a functioning communicable disease epidemiological surveillance system to ensure that detailed information is transmitted on time mainly through the Communicable Disease Information System, however, it unfortunately does not include the mandatory registration of all epidemiological objects. Since the monitoring of communicable diseases in most patients with infectious diseases includes the processing of the patient’s personal data, this paper proposes that the Republic of Lithuania’s Law on Population Communicable Disease Prevention and Control provisions be combined with Lithuania’s patient rights and health damage compensation.

The state shall take these measures for the prevention of communicable diseases: Lithuania's border territory medical quarantine and sanitary protection; medical remedies for individuals, i.e. immunoprophylaxis and chemoprevention; mandatory prophylactic environmental decontamination; compulsory health checks for communicable diseases; and other statutory measures. These measures are all analyzed separately in this paper, such as communicable disease preventive measures have two medical remedies: immunoprophylaxis and chemoprevention. In this case, questions are raised in this paper in relation to the compulsory (universal) immunization, and chemoprevention, which are applied to declared communicable disease outbreak quarantine areas in accordance with the law quarantine when there is a real risk that people could get sick with dangerous or extremely dangerous communicable diseases while other preventive measures do not guarantee limiting the spread of these diseases. Thus, the law grants the right for health care professionals to apply compulsory global immunization, even against the patient's will (in the Minister's of Health approved procedure, it is even the duty of doctors to use it), individuals are obliged to comply with such requirements and not to oppose the actions. This paper highlights the legal provisions' necessary reconciliation with the Republic of Lithuania's law on Patient Rights and Health Damage Compensation, which states that patients over 16 years of age can be provided health care services only with their consent, except for the necessary medical services in cases where the patient is unable to express their will themselves.

Communicable disease control is firmly established in the section of the legislation defining epidemiological surveillance, and this is a fundamental systemic error. In this context, this paper proposes revising the structure of both the law itself, and the concept of communicable disease control. This paper studies individual communicable disease control methods (patients, suspected to be suffering from, having been in contact, the agent's, hospitalization, isolation, examination and treatment; establishment and publication of the territory of the communicable disease's origin; quarantine), the legal regulation and its practical implementation aspects. As such, although Lithuania's Humans Communicable Disease Prevention and Control Law have quite clearly defined quarantine objects and goals, essentially the quarantine content remains unclear: what specific rights and obligations arising once it begins. Neither in the law or the subordinate legislation is quarantine fully regulated, as is required by quarantine goals (as defined by law): to establish special individual work (the law does not establish it, except for requirements for legal persons), life (no law), leisure (no law), travel arrangements (the law does not provide the accompanying legal act that no one is allowed to leave the quarantine area), business and other operating conditions (not established), production (not in the law) and sales (no law), drinking water

supply and service arrangements. The paper reveals that society still has a tradition that, for example, during flu season, when a significant number of persons are sick, children's education institutions announce quarantine, but it is clear from analysis of the legislation that such measures have nothing to do with the quarantine that is regulated in the legal provisions of the law.

Having analyzed public health legal regulation and its implementation in Lithuania, the paper offers suggestions for the improvement of the Republic of Lithuania's Law's on Public Health structure and basic regulatory principles.

The author's scientific research-based paper formulates the following **conclusions**:

1. Health care law regulation scope determines both the quantitative and qualitative parameters of the content of the right to health care:

1.1. right to health care includes the contents of the quantitative parameters of basic minimum obligations to the state in order to ensure the person's right to health care, in line with the highest achievable standards: to ensure the equal rights of individuals to access health care resources, goods and services, with special emphasis on children and women (especially pregnant women, during labour and after birth) health care; creating the necessary conditions for a minimum of food, which is nutritionally adequate and safe; to ensure access to housing and sanitation, and adequate supply of safe drinking water; improve hygiene in production; to supply the necessary drugs; to create an efficiently operating emergency medical aid system for accidents, epidemics and similar health threats; a strategy and action plan adopted on the basis of epidemiological data and implemented for national public health, in order to address all health problems; to organize the health care sector, insurance system and public participation in political decision-making, regarding the right to health care; provide counselling and educational facilities for the promotion of healthy lifestyles and encourage personal responsibility for their health;

1.2. the right to health content qualitative parameters (which show how the state should enforce the quantitative parameters of the content) include the following elements: accessibility (health care resources, goods and services, as well as the program must be of sufficient quantity as established by the state, as well as access to all without any discrimination: their physical accessibility, economic accessibility, and information accessibility must be ensured), acceptability (health care resources, goods and services must be provided taking into account medical ethics and public culture), quality (health care resources, goods and services must be scientifically and medically appropriate and of good quality). Right to health care qualitative parameters also include state obligations to protect this right, respect and implement it: the obligation to respect requires the state to refrain from direct or indirect interference with the right to health care, to respect the personal



integrity of an individual, to not attempt to abuse their liberty; the duty includes the obligation to realize the right to health care in the most favourable conditions, provide for and promote them, it requires the state, under its jurisdiction, to take all the necessary steps to ensure that each person meets their own needs and to take appropriate legal and organizational measures to fully implement the law; the obligation to protect requires taking steps to prevent third-country actions that may violate the law;

1.3. right to health care content quantitative parameters define the limits of legal regulation of health care, which must be implemented by the state (the extent to which specific social relations must be adjusted) and the qualitative parameters show how the legal regulation must be implemented (what are the regulatory content aspects that the State, in regulating social relations, must take in particular).

2. The right to health care, as a social right, is implemented at the legal capacity level, and does not directly require the individual to perform their legalised responsibilities. This implies that it is a relative-although responsible for the implementation of this right, the state does not guarantee a person absolute health, it only must comply with its obligations, found within the content of the law. In addition, limited state resources available determine and the relativity of the right to health care, their allocation priorities and the state's overall social and economic status-is an important determinant of an individual's ability to use their right to health care.

3. Public health is a function carried out by the state (including society itself, individuals), and the goal of which is-extending the life of members of society and enhancing their health. It is implemented via organization of preventive measures, aimed to the population's health status monitoring, development of a healthy, safe environment, and the fight against infectious diseases. The "new" public health is not only to ensure the conditions in which people can be healthy, to prevent epidemics, and to protect people from diseases, from environmental hazards and injuries, but also to provide and/or to guarantee essential public health services, support cooperation between public and private sector partners in public health, support and encourage healthy behavior.

4. National legal regulation still reflects the classic "sanitary" public health concept and its implementation measure. In Lithuania, public health covers the following areas: public health monitoring, public health promotion, assurance of safe to health environmental (public health safety and control) and communicable disease prevention and control, with the objective being achieved through public health legal regulation. Lithuanian national legislation contains public health measures not covered by the modern "new" concept of public health measures, such as: health (personal) care services for disadvantaged people, health care effi-

ciency, accessibility and quality assessment, leadership (public health structures), public policy and community mobilization in implementing public health goals.

5. Analysis of public health legal and practical implementation in Lithuania revealed that:

5.1. Public health promotion legal regulation in Lithuania is inefficient, although it includes the right to health care content quantitative parameters. The public health promotion regulation inefficiencies mean that the right to health care content quantitative parameters are attributable to public health promotion functions that are implemented in an uncoordinated manner or not at all implemented. As a result, the right to health content qualitative parameters that are distinguished and the obligations of law within them, are not fulfilled, and thus do not guarantee the right to health care;

5.2. an analysis of ensuring a safe to health environment regulation revealed that in the main provisions of the law is essentially declaratory and lacks systematization, except for assurance a safe to health working environment. Fundamental rights of individuals and the duties of subordinate legislation (although based on the joint Lithuanian Republic's Constitutional Court-formed regulatory principles of individual rights and freedoms, limiting their cases should be regulated at the legal level), a high abundance and lack of interoperability leads to problematic practical implementation. While, in principle, implementation of the right to health care content distinguishes the quantitative parameters, but it ineffectively implements the qualitative parameters;

5.3. Public health monitoring legal regulation is ineffective, having legal and regulatory loopholes and conflicts, it is not available for goals raised by public health monitoring. Legislation, governing this area, has provisions that are declaratory and in practice have not yet been fully implemented, which leads to public health monitoring mainly carried out without referencing the other public health areas, such as public health monitoring or assurance of safe to health environment;

5.4. communicable disease prevention and control legal regulation includes the right to health care, with the quantitative parameters enshrined in its content. This area of legal regulation has room for improvement, given the fact that the control of infectious diseases in areas that are related to limitation of individual rights and liberties, is performed at the level of secondary legislation although, as mentioned above, it should be regulated at the legislative level. Communicable disease epidemic control, as a method of the right to health care's content's quantitative parameters, is not regulated. This area lacks comprehensive, clear state measures to control the situation and clear definition of individual rights and freedoms, limitations and assignment of responsibilities. Although the legal framework is created, the practice of infectious disease prevention and control

measures implementation is imperfect because of duplication of the functions of state institutions, in some cases they do not fall within the functions of state institutions due to incomplete legal protection of the right to health care content of isolated qualitative parameters and the obligations of the state. This may lead to problems in the law's practical implementation.

6. Analysis of public health legal regulation and practical implementation provides reasonable doubt that public health goals are reached and whether in this field the right to health care is effectively implemented. Although, in essence, the right to health care content quantitative parameters are realized, the imperfection of the legal regulation implies the non-implementation of the qualitative parameters of the right to health care, therefore the legal regulation has room for improvement.

The author's research-based paper formulates the following **suggestions**:

1. Considering the fact that the conclusions of this work claim that public health promotion legal regulation in Lithuania is inefficient, it should be improved:

1.1. combining the highlighted conflicting of Law on Public Health and Law on Health System legislative provisions defining public health improvement, rather than declarative Law's on Public Health, should be established specific provisions of the state authority duties in a coordinated way to provide information to the public and encourage individuals to adopt healthy lifestyles, which would lead to improvement of overall public health, and reduce the incidence of accidents, deaths;

1.2. in order to protect individuals from information that might adversely affect their behaviour, leading to the damage of their health, the Law on Public Health includes prohibition on persons to promote harmful to health or reckless behaviour (such as the promotion of smoking, alcohol consumption, the tendency to take risks, and anything else that threatens health), to publish information that would be negative to the population's health, a combination of the future regulatory provisions of the Constitutional Court of the Republic of Lithuania and European Court of Human Rights limitation of freedom information criteria highlighted in their jurisprudence.

2. This paper carried out an examination of the legal regulation of ensuring a healthy environment, disclosing that the scope of the Law on Public Health provisions' declarativeness systemic and regulatory gaps, and suggest that the latter improve the law by clearly defining the safe control of environmental health areas (safe to health residential, working and leisure environment), highlighting the basic security elements (such as habitat protection from non-ionizing radiation, noise), the main security elements (such as ban of exceeding the permitted levels of pollution), defining the rights and responsibilities of the individual, establish-

ing specific powers to the appropriate entity for regulating social relations in accordance with the law as defined in the principal security features.

3. Since the conclusions of this work state that public health monitoring legal regulation is inefficient, characterized by gaps and conflicts, it is desirable to improve it through elimination of the public health surveillance (monitoring) law, which lays down the operators of public health monitoring legal regulation, the provisions of the law (regulating state and local public health monitoring implementation), incorporating into Law on Public Health as a separate chapter, defining public health monitoring by the responsible entities, which are stored in the main indicators of public health monitoring (particularly in indicators' assessment and analysis) systematically linking it with other public health areas, such as public health promotion and assurance of safety to health environmental.

4. The conclusions of this paper state the specific gaps in communicable disease prevention and the control's legal regulation, and therefore it is desirable to improve it:

4.1. the law defining the specific communicable disease control measures (such as mandatory immunoprophylaxis, the state border and territory medical quarantine control, quarantine, etc.) the conditions and characteristics, to determine under what circumstances what measures are applied (by a complex relation with one another), defining the individual rights and responsibilities of specific measures during their performance, highlighting the specific rights and freedoms of these cases, which may be responsible for obeying the requirements of appropriate officials;

4.2. the law strengthens communicable disease epidemic control, specifying the situations when the epidemic is defined, determining what kind of communicable disease control measures can be used, to define the rights and obligations of the individual at the time of the epidemic and what rights and freedoms may be restricted.

5. Public health regulation, and the practical implementation of effective legislation to guarantee right to health care implementation, suggest the consolidation of human infectious disease prevention and control laws, a public health surveillance (monitoring) law into the Law on Public Health, systematically combining the public health sector by linking specific public health measures between different areas, depending on the proposals presented in the work, this way implementing complex public health goals that increase individuals' lives and strengthen their health.

## LIST OF PUBLICATIONS

1. Čelkis, P. Condition of Public's Right to Health in Lithuania. *Visuomenės sveikata*, 2007, 3(38): 11-19.
2. Čelkis, P. Public Health, as Implementation Tool of Person's Right to Health. *Visuomenės sveikata*, 2010, 1(48): 9-20.
3. Čelkis, P. Realization of Person's Right to Health Care in Public Health Management. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2010, 1(2): 63-84.
4. Čelkis, P., Venckienė, E. Concept of the Right to Health Care. *Jurisprudencija*. 2011, 18(1): 269-286.

## REPORTS AT CONFERENCES

1. Čelkis, P. Regulatory Risk Impact Assessment in the European Union. Scientific-Practical Conference. "Law's Social Functioning". April 29, 2003, Mykolas Romeris University.

2. Čelkis, P. Public Health Development in European Union Law. International Scientific-Practical Conference. "Lithuanian's Health System Development in United Europe". May 16-17, 2003, Ministry of Health of Republic of Lithuania & Lithuania's Health Management Association.

## CURRICULUM VITAE

**Surname /  
First name** ČELKIS Paulius  
**Date of birth** 31.05.1977  
**Telephone, E-mail** +370 650 78262, paulclks@gmail.com

### Education

1995–2000 Mykolas Romeris University (former Lithuanian police academy, Lithuanian Law University), Master's degree in Law  
2002–2007 Doctoral candidate at Mykolas Romeris University, Faculty of Law, Department of Philosophy of Law and Legal History

### Work experience

2003–present Deputy director at State Public Health Service under Ministry of Health of Republic of Lithuania  
2003–present Assistant at Mykolas Romeris University, Faculty of Law, Department of Philosophy of Law and Legal History  
2003 Head of Legal Department at State Public Health Service under Ministry of Health of Republic of Lithuania  
2002–2003 Head of Legal Department at Conscription Administration Service under the Ministry of National Defence  
2001–2002 Lecturer of law at Vilnius Cooperative College  
2000–2002 Chief specialist of Legal Department at State Public Health Service  
1998–2001 Lawyer of Legal Department at Health Law and Economic Centre

Paulius Čelkis

## VISUOMENĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS TEISINIS REGULIAVIMAS ĮGYVENDINANT TEISĘ Į SVEIKATOS APSAUGĄ

Santrauka

**Tyrimo problema ir jos aktualumas.** Užtikrinti ir įgyvendinti žmogaus teisės yra pagrindinis teisinės valstybės tikslas. Humanistinę pasaulėžiūrą įvardijant kaip visuotinai pripažintą teisinės doktrinos pagrindą, svarbiausiu demokratinės visuomenės interesu ir teisinės valstybės tikslu tampa žmogaus interesų teisinė apsauga. Teisė į sveikatos apsaugą<sup>2</sup> priskiriama vadinamajai „antrosios kartos“ žmogaus teisių grupei – t. y. socialinėms teisėms, kurių įgyvendinimo ir gynimo klausimas teorinėje ir praktinėje plotmėje įgauna vis didesnę aktualumą.

Teisės į sveikatos apsaugą turinyje įtvirtintos pareigos valstybėms grupuoti- nos į dvi sritis – asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą. Valstybių įsipareigo- jimai tik asmens sveikatos priežiūros srityje (sąlygų asmenims susirgus gydytis užtikrinimas) sudarytų prielaidas neefektyviam materialinių, žmogiškųjų išteklių eikvojimui – juk pašalinti ligos atsiradimo priežastis, užkirsti kelią ligoms yra pigiau ir efektyviau, nei gydyti ligas. Ligų prevencijos svarba ir socialinė teisės į sveikatos apsaugą prigimtis įpareigoja valstybę imtis aktyvių veiksmų, kad asme- niui būtų užtikrintas šios teisės įgyvendinimas, t. y. būtų sukurtas teisinis mecha- nizmas, kuris padėtų asmeniui realizuoti turimą teisę.

Tarptautinių žmogaus teisių dokumentų, įtvirtinančių teisę į sveikatos ap- saugą, normų formuluotės rodo, kad visuomenės sveikatos priežiūros kaip teisės į sveikatos apsaugą, priemonės užtikrinimas turėtų reikšti kokybiškos, prieinamos ir priimtinos sveikatos priežiūros garantijas, saugias gyvenimo, darbo ir laisvalai- kio sąlygas, sveikatos švietimą ir ugdymą, efektyvius veiksmus kovoje su užkre- čiamųjų ligų protrūkiais ir pan. Tačiau Lietuvos teisės doktrinoje iki šiol išsamiau nėra nagrinėti praktikoje aktualūs klausimai: kokius konkrečiai valstybės turi pri- siimti įsipareigojimus šioje srityje; ar valstybės vykdo (yra pajėgios vykdyti) visas iš aptariamų teisės turinio kylančias ir joms priskiriamas pareigas; ar esamas visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas tinkamai (ir ar iš viso) įgy-

<sup>2</sup> Atkreiptinas dėmesys, kad terminas „teisė į sveikatos apsaugą“ tinkamai atskleidžia minėtos teisės turinį. „Teisė į sveikatos apsaugą“ vadinant „teise į sveikatą“ būtų preziumuojama, kad įsipareigojama užtikrinti asmeniui sveikatą neatsižvelgiant, pavyzdžiui, į jo paveldėtas ligas, gyvenimo būdą ar asmens įpročius, kurie turi įtakos jo sveikatai. „Teisė į sveikatos apsaugą“ suprantant tik kaip „paciento teisės“ būtų apimamos tik asmens, besinaudojančio sveikatos priežiūros įstaigų paslaugomis, t. y. dažniausiai sergančio asmens, teisės.

vendina teisėje į sveikatos apsaugą glūdinčius įpareigojimus valstybei; ar valstybė esamu visuomenės sveikatos priežiūros teisiniu reguliavimu apsaugo asmenį ir visuomenę (bendrai) nuo grėsmių jų sveikatai, ar sudaro jų sveikatai palankias gyvenimo, darbo ir laisvalaikio aplinkas. Teoriniu požiūriu labai aktuali ir teorinė diskusija, ar atsižvelgiant į plačią visuomenės sveikatos priežiūros sampratą apimtį yra įmanomas visuomenės sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo galimybių ir ribų objektyvus apibrėžimas ir įvertinimas teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo požiūriu.

Nežinant teisės į sveikatos apsaugą turinio, jame glūdinčių įpareigojimų valstybei bei visuomenės sveikatos priežiūros konkrečių sričių (priemonių) ir jų įgyvendinimo ypatumų, šios srities teisinis reguliavimas nebus efektyvus, o tik chaotiškas, sprendžiantis pavienes problemas. Taip pat nebus galima iš valstybės reikalauti vykdyti konkrečių sveikatos priežiūros funkcijų, kuriomis būtų užtikrinta ši teisė. Todėl aktuali tampa pačios teisės į sveikatos apsaugą analizė.

Atsižvelgiant į tai, šioje disertacijoje yra nagrinėjamas visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas, kaip valstybės mechanizmas, skirtas užtikrinti teisę į sveikatos apsaugą.

**Tyrimo objektas** yra visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas ir jo įvertinimas teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo požiūriu.

**Tyrimo tikslas** – išnagrinėti ir įvertinti visuomenės sveikatos priežiūros teisinį reguliavimą Lietuvoje teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo požiūriu ir pateikti siūlymus dėl jo tobulinimo.

Tyrimo tikslui pasiekti darbe keliami tokie **uždaviniai**:

1. Išanalizuoti visuomenės sveikatos priežiūros, kaip teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo priemonės, turinio teorinius aspektus:
  - 1.1. išnagrinėti visuomenės sveikatos priežiūros sampratą ir visuomenės sveikatos priežiūros sritis bei joms būdingas įgyvendinimo priemones;
  - 1.2. išnagrinėti sveikatos ir teisės į sveikatos apsaugą sampratą, teisės į sveikatos apsaugą turinį;
  - 1.3. atskleisti teisės į sveikatos apsaugą reliatyvumą ir santykį su kitomis asmens teisėmis.
2. Išanalizuoti visuomenės sveikatos priežiūros teisinį reguliavimą Lietuvoje bei jo praktinį įgyvendinimą per atskiras visuomenės sveikatos priežiūros sritis ir įvertinti šį reguliavimą teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo požiūriu.

**Tyrimo hipotezė.** Visuomenės sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo apimtis lemia teisės į sveikatos apsaugą turinio ypatumai ir visuomenės sveikatos priežiūros sampratą.



**Tyrimo mokslinis naujumas ir praktinė reikšmė.** Nors sveikata ir teisė į jos apsaugą yra pamatinės asmens vertybės, nuo kurių tiek tiesiogiai, tiek ir netiesiogiai priklauso kitų asmens teisių ir laisvių įgyvendinimas, iki šiol didesnio dėmesio visuomenės sveikatos priežiūros teisiniam reguliavimui asmens teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo požiūriu akademinėje bendruomenėje nebuvo skirta. Šiame disertaciniame darbe pirmą kartą įvertinamas nacionalinis visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo aspektu: ar esamas teisinis reguliavimas sudaro prielaidas įgyvendinti teisės į sveikatos apsaugą kiekybinius ir kokybinius parametrus ir ar tai lemia, kad asmeniui sudaromos saugios gyvenimo, darbo ir laisvalaikio sąlygos, ar valstybėje funkcionuoja sveikatos stiprinimo ir stebėsenos sistemos, ar valstybės sukurti mechanizmai apsaugo sveikatą esant ligų protrūkiams. Šie ir kiti klausimai analizuojami sistemiškai, siekiant ne tik atskleisti nacionalinio visuomenės sveikatos priežiūros teisinio reglamentavimo ypatumus, bet ir pateikti siūlymus, kaip jį tobulinti.

Disertaciniame darbe įvertintas visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo požiūriu leido apibrėžti pastarojo galimybes ir ribas, nustatyti teisinio reguliavimo tobulinimo gaires. Disertaciniame darbe pateiktos išvados ir siūlymai gali būti naudojami kuriant teisėkūros ir teisės taikymo principus, plėtojant besiformuojančią Lietuvos teisinę ir pradedančią formuotis sveikatos teisės doktriną. Tyrimo rezultatai gali būti panaudoti dėstant sveikatos teisės discipliną aukštosiose mokyklose.

#### **Ginamieji disertacijos teiginiai:**

- sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo apimtį lemia teisės į sveikatos apsaugą turinio kiekybiniai (apimantys pagrindinius minimalius įpareigojimus valstybei) ir kokybiniai (parodantys, kaip valstybė turi įgyvendinti teisės turinio kiekybinius parametrus) parametrai;
- visuomenės sveikatos priežiūros teisiniame reguliavime įtvirtinta klasikinė „sanitarinė“ visuomenės sveikatos priežiūros samprata (apsiribojanti prevencinėmis ir organizacinėmis priemonėmis, skirtomis užtikrinti sveiką gyvenimo, darbo ir laisvalaikio aplinką ir ugdyti asmenis sveikai gyventi) neapima šiuolaikinės „naujosios“ visuomenės sveikatos priežiūros (integruojančios ir asmens sveikatos priežiūros priemonės, skirtas užtikrinti ligų prevenciją ir lygias galimybes naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis socialiai remtiniems žmonėms, taip pat aplinkos apsaugos, socialines ir ekonomines priemones) priemonių;
- visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas Lietuvoje yra tobulintinas, kadangi neužtikrina efektyvaus teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo.

**Mokslinio tyrimo metodologija.** Pasitelkus įvairius mokslinius metodus disertacijoje analizuojamas visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas įgyvendinant teisę į sveikatos apsaugą, konstruojamas teorinis teisės į sveikatos apsaugą, kaip teisinės kategorijos, modelis. Pagrindinis iš metodų, leidžiantis analizuoti visuomenės sveikatos priežiūrą kaip kompleksinį reiškinį, yra *filosofinis*. Jis padeda į visuomenės sveikatos priežiūrą pažvelgti kaip į vieną iš teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo sričių.

Remiantis *istoriniu metodu* teisė į sveikatos apsaugą analizuojama kaip besiformuojanti teisė, tiriamos teisės į sveikatos apsaugą ir visuomenės sveikatos priežiūros raidos bei kaitos priežastys.

Pasitelkus *loginį metodą* konkretinamas teisės į sveikatos apsaugą ir visuomenės sveikatos priežiūros turinys, taip pat apibendrinama nagrinėta medžiaga, formuluojamos išvados ir pasiūlymai.

*Lyginamuoju metodu* remiamasi nagrinėjant įvairias teisės į sveikatos apsaugą ir visuomenės sveikatos priežiūros sampratas bei ieškant jų bendrų ir skiriamųjų bruožų. Šis metodas padėjo atskleisti teisės į sveikatos apsaugą turinį. Analizuojant visuomenės sveikatos priežiūros sampratą yra lyginamos dvi mokslinėje literatūroje aprašomos visuomenės sveikatos priežiūros „kryptys“ – klasikinė „sanitarinė“ visuomenės sveikatos priežiūros samprata ir šiuolaikinė „naujoji“ visuomenės sveikatos priežiūros samprata – atskleidžiant jų panašumus ir skirtumus.

Lyginamasis metodas taip pat naudojamas vertinant atskirų visuomenės sveikatos priežiūros sričių ir priemonių (pavyzdžiui, visuomenės sveikatos stebėsenos, karantino) nacionalinį teisinį reglamentavimą su kitų šalių (Olandijos (Nyderlandų Karalystės), Rusijos Federacijos ir Jungtinių Amerikos Valstijų) atitinkamų priemonių teisiniu reguliavimu, atsižvelgiant į tai teikiami siūlymai dėl nacionalinio teisinio reglamentavimo tobulinimo.

Glaudžiai su *filosofiniu* susijęs *sisteminės analizės metodas* leidžia pažvelgti į teisę į sveikatos apsaugą kaip į žmogaus teisių visumos dalį, atskleisti jos vietą žmogaus teisių ir laisvių sistemoje, santykį su kitomis žmogaus teisėmis, atitinkamai apibrėžiant jos turinį. Naudojant sisteminės analizės metodą visuomenės sveikatos priežiūra analizuojama kaip sveikatos priežiūros sistemos, atsakingos už asmens teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimą, sudėtinė dalis (drauge su asmens sveikatos priežiūra). Atskirų visuomenės sveikatos priežiūros sričių (pavyzdžiui, sveikatos stiprinimo ir pan.) priemonės (pavyzdžiui, sveikatos ugdymas) darbe nagrinėjamos ne kaip savarankiškos ir savitikslios, o bendrai visuomenės sveikatos priežiūros tikslų įgyvendinimo kontekste.

Siekiant nustatyti realų visuomenės sveikatos priežiūros teisiniu reguliavimu įgyvendinamos teisės į sveikatos apsaugą mastą, naudotasi *sociologiniu metodu*.

Naudojant *abstrakcijos* metodą yra abstrahuojamasi (atitrūkstama) nuo nesminių nagrinėjamo reiškinio – teisės į sveikatos apsaugą ir visuomenės sveika-

tos priežiūros – savybių, siekiant susikoncentruoti ties pagrindiniais jos bruožais. Pasitelkus šį metodą buvo išskirtas visuomenės sveikatos priežiūros ir teisės į sveikatos apsaugą ryšys, jų santykis.

**Tyrimo rezultatai.** Disertaciją sudaro įvadas, dvi dalys bei išvados ir siūlymai. Darbo pabaigoje pateikiami naudotos literatūros ir autoriaus mokslinių publikacijų disertacijos tema sąrašai.

Pirmojoje darbo dalyje nagrinėjama ir apibrėžiama **visuomenės sveikatos priežiūros, kaip teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo priemonės, samprata**. Sveikata – viena iš pamatinių vertybių, kurios apsaugą valstybė, kaip socialinės apsaugos subjektas, turi užtikrinti kiekvienam savo piliečiui. Įgyvendinama teisė į sveikatos apsaugą, valstybė vykdo sveikatos priežiūrą, kuri iš esmės skirstoma į dvi nors ir tarpusavyje susijusias, tačiau kartu ir savarankiškas priemones: asmens sveikatos priežiūrą ir visuomenės sveikatos priežiūrą. Pirmojoje darbo dalyje nagrinėjama visuomenės sveikatos priežiūros samprata, išskiriami visuomenės sveikatos priežiūrai keliami tikslai ir aptariamos sritys (priemonės), kuriomis tikslai įgyvendinami. Taip pat atskleidžiama teisės į sveikatos apsaugą samprata, kas leidžia apibrėžti pastarosios turinį, kuris lems sveikatos priežiūros teisinio reglamentavimo apimtį.

Visuomenės sveikatos priežiūra mokslinėje literatūroje apibrėžiama įvairiai. Lietuvos mokslinėje literatūroje dažniausiai pateikiamas C. E. A. Winslow visuomenės sveikatos priežiūros apibrėžimas. Nors vis dar gajį „sanitarinė“ visuomenės sveikatos priežiūros samprata, tačiau šiuolaikinėje užsienio šalių mokslinėje literatūroje vis dažniau kalbama apie „naująją“ visuomenės sveikatos priežiūrą (angl. *the new public health*). Pastaroji išplečia visuomenės sveikatos priežiūros sritį ir apima jau ne tik prevencines ir organizacines priemones, kuriomis siekiama visos visuomenės sveikatos būklės gerinimo, bet į ją integruojamos ir asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kiek jos padeda užtikrinti ligų prevenciją ir yra būtinos socialiai remtiniems asmenims, ji apima ir valstybės politiką kitose nei sveikatos priežiūra srityse, tokiose kaip aplinkos apsauga, socialinė apsauga, kurios taip pat turi įtakos visuomenės sveikatai. Apibendrinant įvairias apibrėžtis šiame darbe teigiama, kad visuomenės sveikatos priežiūra nusakytina kaip valstybės vykdoma funkcija (įtraukiant ir pačią visuomenę, asmenis), kurios tikslas – pailginti visuomenės narių gyvenimą ir sustiprinti jų sveikatą, pasižyminti organizuotomis prevencinėmis priemonėmis, nukreiptomis į gyventojų sveikatos būklės stebėjimą, ugdymą gyventi sveikai, sveikos aplinkos sukūrimą ir kovą su užkrečiamosiomis ligomis bei traumomis.

Tačiau ne tik visuomenės sveikatos priežiūros samprata ir jos turinys lemia visuomenės sveikatos priežiūros, kaip sveikatos priežiūros srities, apimtį, bet ir apibrėžtos aiškios valstybės pareigos (funkcijos), kurios glūdi teisėje į sveikatos apsaugą. Teisės į sveikatos apsaugą analizė darbe pradedama nuo sveikatos

sampratos apibrėžimo. Apibendrinus mokslinę literatūrą darbe išskiriamos dvi vyraujančios sveikatos sampratos kryptys: tai medicininio pobūdžio kryptis, apibrėžianti sveikatą atsižvelgdama į asmens kūno gerovę, ir socialinio pobūdžio kryptis, siejanti sveikatą ne tik su asmens kūno gerove, bet ir su supančia socialine aplinka ir asmens pasitenkinimu ja. Dažniausiai šiuolaikiniame teisiniame reglamentavime vartojama Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) Konstitucijoje pateikta sveikatos samprata. Nors PSO pateikiama sveikatos, kaip visiškos fizinės, protinės ir socialinės gerovės būsenos, samprata ir turi savo trūkumų, tačiau nepaisant jų darbe teigiama, kad pastaroji geriausiai atspindi teisės į sveikatos apsaugą objektą, ir ja yra remiamasi apibrėžiant pačią teisę.

Teisės į sveikatos apsaugą raidos analizė atskleidžia, kad ji tarptautinėse sutartyse, deklaracijose nuo atsargaus sveikatos, kaip pagrindinės žmogaus vertybės, įtvirtinimo (PSO Konstitucija, 1946 m.), jos, kaip teisės į gyvybę sudėtinės dalies, įtvirtinimo (Visuotinė žmogaus teisių deklaracija, 1948 m.) evoliucionavo iki savarankiškos teisės, kuriai įgyvendinti išskiriamos vis konkretesnės ir daugiau sveikatai lemiamą įtaką darančių veiksnių apimančios įgyvendinimo priemonės. Europos mastu Europos socialinė chartija (1961 m., pataisyta 1996 m.), kaip ir Tarptautinių socialinių, ekonominių ir kultūrinių teisių paktas (1966 m.), teisę į sveikatos apsaugą įtvirtina kaip savarankišką žmogaus teisę, kuriai įgyvendinti nustatomi konkretūs veiksmai. Tuo pačiu vis dar atsargiai kalbama apie asmeninę žmogaus atsakomybę už savo sveikatą (nustatant jam pareigas), teisę sukcentruojant ties įpareigojimais valstybei užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugas, prekes ir išteklius, kartu akcentuojant, kad valstybė negali garantuoti absoliučios asmens teisės į sveikatą, t. y. būti sveikam.

Siekiant apibrėžti visuomenės sveikatos priežiūros teisinio reguliavimas ribas, tiriamas teisės į sveikatos apsaugą turinys. Pastarasis yra apibrėžiamas remiantis tarptautinės teisės dokumentais ir deklaracijomis, tarp jų ir Jungtinių Tautų Ekonomikos ir socialinės tarybos Pagrindiniu komentaru Nr. 14 „Dėl teisės į aukščiausiojo standarto sveikatą“, kuris parengtas aiškinant Tarptautinių ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakto 12 straipsnio nuostatas.

Apibendrinant tarptautinės teisės ir Europos Sąjungos teisės dokumentų nuostatas iš pastarųjų išskiriami pagrindiniai įpareigojimai valstybei siekiant užtikrinti asmeniui teisę į sveikatos apsaugą: užtikrinti lygias teises asmenims priėti prie sveikatos priežiūros išteklių, prekių ir paslaugų, ypatingą dėmesį skiriant vaikų ir moterų (ypač nėštumo, gimdymo metu ir po gimdymo) sveikatos priežiūrai, kiek tai susiję su jų specifine fiziologija; sudaryti sąlygas priėti prie minimaliai būtino maisto, kuris maistiniu požiūriu yra tinkamas ir saugus; užtikrinti galimybę naudotis būstu ir sanitarija bei pakankamai tiekiamu saugiu geriamuoju vandeniu; gerinti gamybos higieną; teikti būtinus vaistus; užtikrinti teisingą visiems sveikatos priežiūros išteklių, prekių ir paslaugų paskirstymą; sukurti efektyviai

veikiančią skubios medicinos pagalbos nelaimingų atsitikimų, epidemijos ir panašių pavojų sveikatai atvejais sistemą ir t. t.

Išskirtos priemonės atskleidžia kiekybinius privalomus minimaliai įgyvendinti teisės į sveikatos apsaugą turinio parametrus, tačiau siekiant iki galo atskleisti teisės į sveikatos apsaugą turinį, svarbu pateikti ir jos turinio kokybinius parametrus – t. y. kaip valstybės privalo įgyvendinti minėtas priemones. Apibendrinus tarptautinių teisės aktų nuostatas, darytina išvada, kad pastarieji apima šiuos elementus: prieinamumo (sveikatos priežiūros išteklių, prekės ir paslaugos, taip pat programos turi būti pakankamo kiekio, kaip apibrėžta valstybės narės, taip pat prieinami visiems be jokios diskriminacijos; taigi reikia užtikrinti nediskriminavimą, fizinį prieinamumą, ekonominį prieinamumą (įstengimą) ir informacijos prieinamumą), priimtino (sveikatos priežiūros išteklių, prekės ir paslaugos turi būti teikiami atsižvelgiant į medicinos etiką ir visuomenės kultūrą), kokybės (sveikatos priežiūros išteklių, prekės ir paslaugos turi būti moksliskai ir mediciniskai tinkami bei geros kokybės). Atitinkamai įgyvendindama teisę į sveikatos apsaugą valstybė prisiima įsipareigojimus ją saugoti, gerbti ir įgyvendinti, o visi valstybės įpareigojimai pagal jų įgyvendinimo pobūdį suskirstomi į pozityvius ir negatyvius įgyvendinimo aspektus, kurie detalai apibrėžiami darbe.

Atsižvelgiant į tai, kad teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimas iš esmės priklauso nuo valstybių nacionalinės teisėkūros, darbe apžvelgiamas ir teisės į sveikatos apsaugą turinys, įtvirtintas nacionalinėje teisėje, analizuojant Lietuvos Respublikos Konstitucijos nuostatas ir ją aiškinančią Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo jurisprudenciją. Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje įtvirtinta socialinė teisė į sveikatos apsaugą atsižvelgiant į Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo jurisprudenciją, *inter alia*, yra viena iš svarbiausių visuomenės vertybių ir jos apsauga yra konstituciškai svarbus tikslas ir viešasis interesas. Sveikatos priežiūra, pasak Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo, yra valstybės pareiga saugoti asmenis nuo grėsmių sveikatai (sumažinti sveikatai keliamą pavojų, o tam tikrais atvejais, kai tai įmanoma, užkirsti jam kelią), pagerinti žmogaus, visuomenės gebėjimą įveikti kilusį pavojų sveikatai, susirgus užtikrinti medicininių paslaugų prieinamumą. Minėtos pareigos apima valstybės pareigą sukurti tokį teisinį reglamentavimą, kuris sudarytų prielaidas funkcionuoti prieinamam sveikatos priežiūros tinklui visos šalies mastu, ir organizuoti sveikatos apsaugos sistemą taip, kad būtų sukurtas ir efektyviai funkcionuotų sveikatos priežiūros įstaigų (tiek asmens sveikatos priežiūros, tiek ir visuomenės sveikatos priežiūros) tinklas, kad būtų pakankamai teikiamos kokybiškos, efektyvios ir saugios sveikatos priežiūros paslaugos, rūpintis, kad būtų sudarytos sąlygos sveikai gyventi, apimančios asmens gyvenamąją, darbo ir laisvalaikio aplinkas, riboti teisinio reglamentavimo priemonėmis sveikatai kenksmingą veiklą ar produktus bei ugdyti asmenis gyventi sveikai, t. y. savo elgesiu nedaryti

žalos sveikatai. Visa tai valstybė turi daryti žmogaus sveikatos ir visuomenės sveikatinimo labui.

Apibrėžus teisės į sveikatos apsaugą turinį keliamas klausimas, kokios yra jo įgyvendinimo objektyvios ribos, ar gali žmogus reikalauti iš valstybės suteikti jam pačios geriausios būklės sveikatą, padaryti jį sveiką, kokia apimtimi teisė į sveikatos apsaugą priklauso nuo individualių asmens pastangų, t. y. pareigų vykdymo. Visa tai leidžia pagrįstai kelti klausimą dėl teisės į sveikatos apsaugą reliatyvumo. Teisės į sveikatos apsaugą reliatyvumą atskleidžia ne tik negalėjimas užtikrinti asmeniui visiškos sveikatos, bet ir valstybės turimų išteklių, *inter alia*, finansinių, žmogiškųjų, medicininių priemonių (prietaisų, vaistų), sveikatos priežiūros įstaigų skaičiaus ir jų teikiamų paslaugų apimčių ribotumas. Tuo pačiu darbe teigiama, kad teisė į sveikatos apsaugą, kaip socialinė teisė, yra įgyvendinama teismo lygmeniu ir tiesiogiai nereikalauja iš asmens ją legalizuojančių pareigų vykdymo.

Teisės į sveikatos apsaugą analizė baigiama atskleidžiant pastarosios santykį su kitomis teisėmis, parodomas jos glaudus ryšys tiek su pilietinėmis teisėmis (teise į gyvybę, teise į privatų ir šeiminių gyvenimą), tiek ir socialinėmis teisėmis (teise į darbą, teise į sveiką aplinką ir t. t.).

Išanalizavus teisę į sveikatos apsaugą, jos turinyje išskirti kiekybiniai parametrai priskiriami sveikatos priežiūros sritims: asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrai. Minėtos sveikatos priežiūros sritys būtent ir atskleidžia bei savyje apima teisės į sveikatos apsaugą turinį ir yra skirtos įgyvendinti valstybei nustatytą tikslą rūpintis žmonių sveikata. Tuo pačiu atkreipiamas dėmesys, kad toks sveikatos priežiūros sričių išskyrimas yra sąlyginis, kadangi sveikatos priežiūra, kaip sistema, turi būti plėtojama *in corpore*, nes tik taip bendrai gali būti tinkamai įgyvendinama teisė į sveikatos apsaugą. Išskirtos sveikatos priežiūros sritys – asmens ir visuomenės sveikatos priežiūra – yra glaudžiai tarpusavyje susijusios ir garantuoja viena kitos įgyvendinamumą, kaip antai, kova su užkrečiamosiomis ligomis yra visuomenės sveikatos priežiūros priemonė, tačiau be asmens sveikatos priežiūros priemonių – skiepijimo, susirgusių asmenų gydymo – ši visuomenės sveikatos priežiūros priemonė nebus efektyvi.

Sveikatos priežiūros sričių išskyrimas yra būtinas dėl galimybės atlikti jų teisinio reguliavimo analizę ir dėl skirtingos pačių sričių „prigimties“ – asmens sveikatos priežiūra yra kova su pasekmėmis (liga), o visuomenės sveikatos priežiūra – susirgimų prevencija, „užkardymas“. Todėl ir teisinis reguliavimas kiekvienoje iš sričių turės skirtingus metodus ir tikslus. Asmens sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas bus vykdomas iš esmės siekiant užtikrinti paciento teisių saugą, tuo pačiu apibrėžti paciento ir gydytojo (sveikatos priežiūros įstaigos) teises ir pareigas, o visuomenės sveikatos priežiūroje bus skatinamas rekomenduojamas atitinkamas sveikatą palaikantis / stiprinantis elgesys, ribojama atitinkama ūkinė veikla siekiant užtikrinti saugią sveikatai aplinką ir pan.

Darbe atlikta analizė atskleidžia, kad Lietuvos nacionaliniuose teisės aktuose minimos visuomenės sveikatos priežiūros sritys neapima šiuolaikinės visuomenės sveikatos priežiūros sampratos išskiriamų visuomenės sveikatos priežiūros sričių, tokių kaip: sveikatos (asmens) priežiūros paslaugų teikimo socialiai remtiniams žmonėms, asmens sveikatos priežiūros efektyvumo, prieinamumo ir kokybės vertinimo, lyderiavimo (visuomenės sveikatos priežiūros struktūros) valstybės politikoje ir bendruomenės mobilizavimo visuomenės sveikatos priežiūros tikslams įgyvendinti. Tačiau atsižvelgiant į šio darbo tikslą (įvertinti visuomenės sveikatos priežiūros nacionalinį teisinį reguliavimą) darbe detaliau aptariamos tik nacionalinėje teisėje išskiriamos visuomenės sveikatos priežiūros sritys: visuomenės sveikatos stebėseną, visuomenės sveikatos stiprinimas, saugios sveikatai aplinkos užtikrinimas (visuomenės sveikatos sauga ir kontrolė) ir užkrečiamųjų ligų profilaktika ir kontrolė.

Visuomenės sveikatos stebėseną valstybei, siekiančiai įgyvendinti teisę į sveikatos apsaugą, yra informacijos, galinčios padėti atitinkamai pakreipti politikos prioritetus ir valdomus išteklius, šaltinis. Visuomenės sveikatos stebėsenos efektyvus įgyvendinimas leidžia laiku imtis priemonių, būtinų tinkamai įgyvendinti teisę į sveikatos apsaugą. Visuomenės sveikatos stiprinimas yra viena iš kertinių visuomenės sveikatos priežiūros, kaip prevencinės veiklos, funkcijų, kuri padeda valstybei įgyvendinti teisę į sveikatos apsaugą. Ši sritis apima, *inter alia*, asmenų ugdymą sveikai gyventi, politikos, sudarančios sąlygas gyventi sveikoje aplinkoje, formavimą, taip sudarant sąlygas efektyvesnei visuomenės sveikatos priežiūrai. Visuomenės sveikatos saugai ir kontrolei bendrai apibūdinti darbe vartojamas terminas „saugios sveikatai aplinkos užtikrinimas“ tiksliau atskleidžia šios visuomenės sveikatos priežiūros srities esmę, tuo pačiu integruodamas abi susijusias visuomenės sveikatos priežiūros sritis (saugą ir kontrolę). Visuomenės sveikatos sauga yra ta visuomenės sveikatos priežiūros sritis, kuria valstybė, įgyvendindama teisę į sveikatos apsaugą, siekia užtikrinti sąlygas žmonėms gyventi, dirbti ir leisti laisvalaikį saugioje jų sveikatai aplinkoje, o visuomenės sveikatos saugos kontrolė yra ta priemonė, kuri užtikrina nustatytų reikalavimų priežiūrą, siekiant, kad jie būtų įgyvendinti. Atsižvelgiant į specifinį užkrečiamųjų ligų pobūdį, ši visuomenės sveikatos priežiūros sritis išskiriama atskirai, nors joje galima išžvelgti tiek visuomenės sveikatos kontrolės, tiek ir visuomenės sveikatos stebėsenos bei stiprinimo sričių. Asmuo pagrįstai turi teisę tikėtis, kad valstybė užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės srityje įgyvendins tokias funkcijas, kurios sudarys sąlygas suvaldyti, likviduoti ir eradikuoti užkrečiamąsias ligas.

Darbe analizuojama, ar valstybė pajėgi be paties individo (visuomenės) aktyvaus dalyvavimo veiksmingai įgyvendinti visuomenės sveikatos priežiūros priemones, ir teigiama, kad visuomenės sveikatos priežiūros įgyvendinimą lemia ne tik efektyvus organizacinio ir teisinio mechanizmo veikimas, bet ir pačių in-

dividų pastangos. Todėl organizuojant visuomenės sveikatos priežiūros įgyvendinimą tenka nuolatos spręsti dilemą, kaip pasiekti tinkamą valstybės priemonių ir visuomenės narių pastangų pusiausvyrą (balansą). Visuomenės sveikatos priežiūros įgyvendinimo Lietuvoje nagrinėjimas atskleidžia skirtingus valstybės ir visuomenės vaidmenis. Iki šiol dar gajus visuomenės narių požiūris, kad tik valstybė (jos institucijos) yra atsakinga už visuomenės sveikatos priežiūros įgyvendinimą. Kadangi valstybė gali ir turi sukurti priemones (prielaidas), kurios leidžia puoselėti visuomenės sveikatą, ji turi skatinti visuomenės narių pastangas rūpintis savo sveikata, nes galų gale viskas priklauso nuo pačios visuomenės ir individo suinteresuotumo. Galima teigti, kad per didelis valstybės „rūpestis“ dėl visuomenės sveikatos užtikrinimo gali būti neefektyvus, jei lygiagrečiai patys asmenys neskatinami imtis priemonių kurti sveiką savo aplinką, propaguoti sveiką gyvenimą ir t. t. Bendruomenių, visuomeninių organizacijų, organizuotų individų grupių veikla šioje srityje turėtų būti maksimaliai plėtojama, o valstybė turėtų skatinti jų iniciatyvas, sudaryti sąlygas joms kurtis ir plėtotis.

Antroje darbo dalyje analizuojamas **visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas ir jo įgyvendinimas Lietuvoje**. Darbo pirmojoje dalyje apibrėžus visuomenės sveikatos priežiūrą buvo atskleistos pastarosios sritys ir joms keliami tikslai, kas atitinkamai daro įtaką šios srities teisiniam reguliavimui. Taip pat akcentuota, kad visuomenės sveikatos priežiūros teisiniam reguliavimui įtaką daro ir teisės į sveikatos apsaugą turinyje išskirti kokybiniai bei kiekybiniai parametrai. Kiekybiniai teisės į sveikatos apsaugą turinio parametrai aptariami nagrinėjant kiekvieną iš visuomenės sveikatos priežiūros sričių atskirai. Visuomenės sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo analizės metu taip pat įvertinama, kaip valstybės sukurtas teisinis reguliavimas užtikrina teisės į sveikatos apsaugą turinio kokybinius parametrus, t. y. visuomenės sveikatos priežiūros prieinamumą, priimtinumą ir kokybę (kaip jos sukurtas mechanizmas užtikrina šiai sričiai keliamus tikslus, ar sukurtos institucijos įgyvendina teisės aktuose nustatytas priemones, ar tos priemonės pasiekia adresatą – žmogų – ir ar užtikrina saugią jo sveikatai aplinką).

Visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas ir praktinis jo įgyvendinimas analizuojami atskirai aptariant kiekvieną iš visuomenės sveikatos priežiūros sričių: visuomenės sveikatos stiprinimą, saugios sveikatai aplinkos užtikrinimą, visuomenės sveikatos stebėseną bei užkrečiamųjų ligų profilaktiką ir kontrolę.

Aptariant visuomenės sveikatos stiprinimo teisinį reguliavimą akcentuojama, kad valstybė, įgyvendindama teisę į sveikatos apsaugą ir vykdydama visuomenės sveikatos priežiūrą, moko ir ugdo visuomenę ir atskiras jos grupes, formuoja politiką taip, kad būtų skatinamas sveikas individų gyvenimo būdas. Atsižvelgiant į tai, kad visuomenės sveikatos stiprinimas yra valstybės funkcija, teisinio reguliavimo analizė pradedama nuo valstybės funkcijų šioje srityje apžvalgos, analizuojant



visuomenės sveikatos stiprinimą sudarančias priemones (sveikatos propaganda (ir visuomenės informavimas)), visuomenės sveikatos mokymas (ir ugdymas), neinfekcinių ligų profilaktika). Darbe pabrėžiama, kad visuomenės sveikatos stiprinimo teisinis reguliavimas yra nesistemiškas ir paviršutiniškas, pateikiami konkretūs pavyzdžiai ir siūlymai, kaip minėtą reguliavimą tobulinti. Analizuojant visuomenės sveikatos informavimo teisinį reguliavimą atskleidžiama ne tik pastarojo „aktyvioji pusė“, susijusi su teigiamos informacijos sklaidimu (sveikos gyvensenos propagavimu), bet ir „pasyvioji pusė“, susijusi su draudimu skleisti informaciją, kuri galėtų daryti neigiamą įtaką visuomenės sveikatai. Čia kalbama ne tik apie tabako reklamos draudimą ir alkoholio reklamos ribojimus, bet ir apie draudimus, susijusius su, pavyzdžiui, sveikatą žalojančios arba rizikingos elgsenos (tokios kaip rūkymas, alkoholio vartojimas, neracionali mityba arba polinkis rizikuoti, pavyzdžiui, neatsargus vairavimas) propagavimu ar draudimu vykdyti psichologinį ar panašų gydymą per televiziją. Tokiu atveju atkreiptinas dėmesys, kad teisė į sveikatos apsaugą yra pastatoma prieš asmens laisvę reikšti įsitikinimus, gauti ir skleisti informaciją, todėl šios srities teisinį reguliavimą būtina derinti su Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo, Europos Žmogaus Teisių Teismo jurisprudencijoje išskirtais informacijos laisvės ribojimo kriterijais.

Antrajame skyriuje apibrėžiamos saugios sveikatai aplinkos užtikrinimo teisinio reguliavimo galimybės ir ribos, analizuojant šias pagrindines saugios sveikatai aplinkos užtikrinimo sritis: saugios sveikatai gyvenamosios aplinkos užtikrinimą; saugios sveikatai darbo aplinkos užtikrinimą; saugios sveikatai laisvalaikio aplinkos, nepatenkančios į gyvenamosios ir darbo aplinkos sritis, tačiau turinčios įtakos visuomenės sveikatai, užtikrinimą.

Apibendrinant saugios sveikatai gyvenamosios aplinkos užtikrinimo teisinį reguliavimą teigiama, kad siekdama apsaugoti asmens gyvenamąją aplinką ir taip prevenciškai užkardyti neigiamą poveikį asmens sveikatai valstybė prevenciškai riboja tam tikrus veiksnius (t. y. jonizuojančią ir nejonizuojančią spinduliuotę, triukšmą, vibraciją, kitus kenksmingus veiksnius), imasi atitinkamų priemonių, kuriomis siekiama užtikrinti pakankamą tinkamo geriamojo vandens kiekį, sveikatai kenksmingų atliekų likvidavimą ir pan. Tačiau, kaip matyti iš darbe atliktos analizės, iš esmės įstatymų nuostatos tik nustato, tiksliau, detaliai „atkartoja“ tarptautiniuose dokumentuose nustatytą teisės į sveikatos apsaugą turinį ir yra deklaratyvios. Įstatymuose išvardijamos priemonės, kuriomis siekiama apsaugoti gyvenamąją aplinką, tačiau neatspindima, kokie yra esminiai šios apsaugos kriterijai ir pagrindiniai principai. Teisinis reguliavimas šioje srityje iš esmės yra vykdomas poįstatyminių teisės aktų lygmeniu, o tai lemia, kad nuo poįstatyminių teisės aktų priimančio subjekto priklauso, kokia apimtimi bus įgyvendinama deklaruojama saugios sveikatai gyvenamosios aplinkos apsauga, išskyrus kai kurias išimtis, pavyzdžiui, triukšmo valdymą ar geriamojo vandens tiekimą.

Valstybė, įgyvendindama ne tik teisę į sveikatos apsaugą, bet ir Konstitucijoje įtvirtintą teisę į saugias ir sveikas darbo sąlygas, turi pareigą nustatyti teisinį reguliavimą, pagal kurį būtų sudarytos teisinės prielaidos užtikrinti saugias asmens sveikatai darbo sąlygas. Kartu ji privalo nustatyti ir veiksmingus teisės įgyvendinimo kontrolės mechanizmus. Šiuo atveju gali būti pagrįstai keliamas klausimas, ar saugios sveikatai darbo aplinkos užtikrinimas yra teisės į sveikatos apsaugą, ar teisės į saugias ir sveikas darbo sąlygas priemonė. Kaip matyti iš darbe atliktos analizės, darbuotojų saugos ir sveikatos darbe tikslai iš esmės atitinka visuomenės sveikatos priežiūros, kaip prevencinės veiklos, kuria valstybė siekia įgyvendinti teisę į sveikatos apsaugą, tikslus ir esmę – ne tik sveikos gyvenimo sąlygos, bet ir saugos ir sveikatos priemonių visuma darbe sudaro prielaidas visuomenei būti sveikesnei. Todėl akivaizdu, kad teisė į sveikatos apsaugą ir teisė į saugias ir sveikas darbo sąlygas yra nukreiptos į tą patį tikslą – asmens sveikatą, jos puoselėjimą ir išsaugojimą, todėl tarpusavyje yra glaudžiai ir neatsiejamai susijusios. Saugios sveikatai darbo aplinkos visuomenės sveikatos saugos ir kontrolės teisinis reglamentavimas yra įstatyminio lygio, čia nustatomos pagrindinės asmenų teisės ir pareigos, teisinio reglamentavimo pagrindiniai principai, kurie įgyvendinami poįstatyminiais teisės aktais. Atitinkamai minėtas teisinis reguliavimas apima teisės į sveikatos apsaugą turinyje išskirtas pareigas valstybei (kiekybinius teisės į sveikatos apsaugą parametrus), sukurti teisinio reguliavimo mechanizmai užtikrina teisės į sveikatos apsaugą kokybinius parametrus.

Saugios sveikatai aplinkos užtikrinimas apima ne tik gyvenamąją ir darbo aplinkas, bet ir asmens laisvalaikio aplinką. Todėl ir šiuo atveju valstybė profilaktiškai turi užkirsti kelią neigiamą įtaką asmens sveikatai darantiems veiksniams, turi sukurti tokį teisinį reguliavimą, kuris užtikrintų, kad asmenį supanti aplinka, kaip minėta, nepatenkanti į gyvenamosios ir darbo aplinkos sritis, būtų saugi asmens sveikatai. Analizuojant, kokia aplinka priskiriama laisvalaikio aplinkai ir turi įtakos visuomenės sveikatai, darbe išskiriamos tokios vietos, kur asmenims teikiamos įvairios paslaugos (pavyzdžiui, apgyvendinimo paslaugos, grožio paslaugos), taip pat objektai, teikiantys asmens sveikatos priežiūros, ugdymo, globos ir slaugos paslaugas. Saugios sveikatai laisvalaikio aplinkos visuomenės sveikatos saugos ir kontrolės teisinis reglamentavimas yra vykdomas iš esmės poįstatyminių teisės aktų lygiu, apibrėžiant saugomą aplinką, nustatant privalomuosius reikalavimus. Tačiau asmenų teisės bei pareigos nėra reglamentuojamos įstatymo nuostatomis, dėl ko sudėtinga jį įgyvendinti. Taigi, šios srities teisinis reglamentavimas iš esmės yra pragmatiškas, nes problema sprendžiama ne sistemškai, o reguliuoja tas sritis, kurios yra „būtinose“ konkrečiu metu. Įstatymo nuostatose saugotinių visuomenės sveikatos požyrių sričių identifikavimas / apibrėžimas ir teisinio reguliavimo principų išskyrimas skatintų sistemingą teisinį reglamentavimą ir suponuotų, kad poįstatyminį tei-

sės aktą priimančias subjektas apibrėždamas konkrečius visuomenės sveikatos saugos aspektus tai darytų kompleksiškai.

Visuomenės sveikatos stebėseną yra šaltinis informacijos, galinčios padėti tinkamai pakreipti valstybės politikos prioritetus ir valdomus išteklius, ji turi daug įtakos ir visuomenės sveikatos priežiūros teisiniam reguliavimui. Tačiau, kaip atskleidžia darbe atliktas tyrimas, Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymo nuostatos, reglamentuojančios ūkio subjektų privalomą vykdyti visuomenės sveikatos stebėseną, yra neįgyvendinamos, nes įstatymo lydimieji teisės aktai nėra parengti arba į juos nėra įtrauktos atitinkamos nuostatos. Atsižvelgiant į tai, kad minėtos įstatymo nuostatos nefunkcionuoja jau beveik 7 metus (nuo įstatymo priėmimo), manytina, kad jos turėtų būti panaikintos. Jei tam tikrų ūkio subjektų duomenys ir būtų reikalingi, juos būtų galima gauti kitų įstatymų, pavyzdžiui, reglamentuojančių aplinkos orą, pagrindu. Už valstybės visuomenės sveikatos stebėsenos vykdymą yra atsakingos valstybės institucijos. Atsižvelgiant į tai, kad Vyriausybė yra patvirtinusi vėliausią Valstybės visuomenės sveikatos stebėsenos 2008–2009 metų programą, o vėlesnės patvirtinta nėra, darbe konstatuojama, kad nuo 2010 metų valstybės mastu *de jure* visuomenės sveikatos stebėseną nėra vykdoma, nors *de facto* duomenis renka atsakinga valstybės institucija. Savivaldybių vykdomos visuomenės sveikatos stebėsenos teisinis reglamentavimas iš esmės funkcionuoja, nors pasigendama duomenų integravimo sistemos į bendrą valstybės visuomenės sveikatos stebėsenos sistemą ir jos analizės sprendžiant atskirų regionų visuomenės sveikatos priežiūros problemas.

Paskutiniame antrosios darbo dalies skyriuje tiriamos užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės teisinio reguliavimo galimybės ir ribos. Teisinio reguliavimo analizė yra vykdoma atsižvelgiant į šio darbo pirmojoje dalyje išskirtas užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės priemonės: užkrečiamųjų ligų epidemiologinę stebėseną, analizę bei prognozę; užkrečiamųjų ligų profilaktiką; užkrečiamųjų ligų kontrolę.

Valstybės sukurta ir funkcionuojanti užkrečiamųjų ligų epidemiologinės stebėsenos sistema, užtikrinanti, kad išsami informacija būtų laiku perduodama iš esmės per Užkrečiamųjų ligų informacinę sistemą, deja, neapima visų privalomų registruoti epidemiologinių objektų. Kadangi vykdam užkrečiamųjų ligų epidemiologinę stebėseną dažniausiai tvarkomi sergančių užkrečiamosiomis ligomis asmenų, t. y. ligonių, asmeniniai duomenys, darbe siūloma Lietuvos Respublikos žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymo nuostatas derinti su Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo ir Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymų nuostatomis.

Valstybė taiko tokias užkrečiamųjų ligų profilaktikos priemones: Lietuvos valstybės sienų ir teritorijos sanitarinę bei medicininę-karantinę apsaugą; me-

dicinines priemonės, taikomas asmenims, t. y. imunoprofilaktiką ir chemoprofilaktiką; privalomąjį profilaktinį aplinkos kenksmingumo pašalinimą; privalomąjį sveikatos tikrinimą dėl užkrečiamųjų ligų; kitas įstatyme nustatytas priemonės. Šios priemonės darbe yra analizuojamas atskirai, pavyzdžiui, kaip užkrečiamųjų ligų profilaktikos priemonės išskiriamos dvi medicininės priemonės: imunoprofilaktika ir chemoprofilaktika. Šiuo atveju darbe keliami klausimai dėl priverstinės (visuotinės) imunizacijos ir chemoprofilaktikos, kurios taikomos esant užkrečiamųjų ligų protrūkiams įstatymo nustatyta tvarka paskelbus teritorijų karantiną, kai kyla reali grėsmė, kad gyventojai gali susirgti pavojingomis ar ypač pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis, o kitos užkrečiamųjų ligų profilaktikos priemonės negarantuoja šių ligų plitimo ribojimo. Taigi įstatymas suteikia teisę asmens sveikatos priežiūros specialistams taikyti visuotinę privalomąją imunizaciją netgi prieš paciento valią (sveikatos apsaugos ministro patvirtintoje tvarkoje netgi numatyta pareiga gydytojams ją taikyti), o asmenims nustatyta pareiga paklusti tokiems reikalavimams ir nesipriešinti atitinkamiems veiksams. Darbe akcentuojamas minėtų įstatymo nuostatų būtinas suderinimas su Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo nuostatomis, kurios teigia, kad pacientui nuo 16 metų sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos tik su jo sutikimu, išskyrus būtinosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo atvejus, kai pacientas negali savo valios išreikšti pats.

Užkrečiamųjų ligų kontrolė įtvirtinta įstatymo skyriuje, apibrėžiančiame epidemiologinę priežiūrą, o tai yra esminė sisteminė klaida. Atsižvelgiant į tai, darbe siūloma tikslinti tiek paties įstatymo struktūrą, tiek ir užkrečiamųjų ligų kontrolės sąvoką. Darbe nagrinėjamos atskiros užkrečiamųjų ligų kontrolės priemonės (ligonių, asmenų, įtariamų, kad serga, turėjusių sąlytį, sukėlėjų nešiotųjų hospitalizavimas, izoliavimas, ištyrimas ir gydymas; užkrečiamųjų ligų sukėlėjais užkrėstų teritorijų nustatymas ir skelbimas; karantinas), jų teisinis reglamentavimas ir jo praktinio įgyvendinimo aspektai. Kaip antai, nors Lietuvos Respublikos žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymu gana aiškiai apibrėžiami karantino tikslai bei objektai, iš esmės lieka neaiškus karantino turinys: kokios konkrečios teisės ir pareigos kyla jį paskelbus. Nei įstatyme, nei poįstatyminiuose teisės aktuose karantino taikymas nėra iki galo sureglamentuotas, kaip to reikalaujama karantino tiksluose (apibrėžtuose įstatyme): nustatyti specialią asmenų darbo (įstatyme nenustatyta, išskyrus reikalavimus juridiniams asmenims), gyvenimo (įstatyme nenustatyta), poilsio (įstatyme nenustatyta), kelionių tvarką (įstatyme nenustatyta, poįstatyminiame akte nustatyta, kad neleidžiama išvykti iš karantino teritorijos), ūkinės ir kitokios veiklos sąlygas (įstatyme ir poįstatyminiuose teisės aktuose nustatyta), produktų gamybos (įstatyme nenustatyta), jų realizavimo (įstatyme nenustatyta), geriamojo vandens tiekimo bei paslaugų teikimo tvarką (įstatyme nenustatyta). Darbe atskleidžiama, kad visuomenėje vis

dar egzistuoja tradicija, kad, pavyzdžiui, gripo sergamumo sezono metu sergant dideliu asmenų skaičiui savivaldybės skelbia karantiną vaikų ugdymo įstaigose, tačiau, kaip matyti iš teisės aktų analizės, tokios priemonės neturi nieko bendra su įstatyme ir poįstatyminiuose teisės aktuose reglamentuojamu karantinu.

Išanalizavus visuomenės sveikatos priežiūros teisinį reglamentavimą ir jo įgyvendinimą Lietuvoje, darbe pateikiami siūlymai, kaip tobulinti Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo struktūrą ir pagrindinius reglamentavimo principus.

Autoriaus atlikto mokslinio tyrimo pagrindu darbe formuluojamos šios **išvados**:

1. Sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo apimtį lemia teisės į sveikatos apsaugą turinio kiekybiniai ir kokybiniai parametrai:

1.1. teisės į sveikatos apsaugą turinio kiekybiniai parametrai apima pagrindinius minimalius įpareigojimus valstybei siekiant užtikrinti asmeniui teisę į sveikatos apsaugą, atitinkančią aukščiausius įmanomus pasiekti standartus: užtikrinti lygias teises asmenims prieiti prie sveikatos priežiūros išteklių, prekių ir paslaugų, ypatingą dėmesį skiriant vaikų ir moterų (ypač nėštumo, gimdymo metu ir po gimdymo) sveikatos priežiūrai; sudaryti sąlygas gauti minimaliai būtino maisto, kuris maistiniu požiūriu yra tinkamas ir saugus; užtikrinti galimybę naudotis būstu ir sanitarija bei pakankamai tiekiamu saugiu geriamuoju vandeniu; gerinti gamybos higieną; teikti būtinus vaistus; sukurti efektyviai veikiančią skubios medicinos pagalbos nelaimingų atsitikimų, epidemijos ir panašių pavojų sveikatai atvejais sistemą; epidemiologinių duomenų pagrindu priimti ir įgyvendinti nacionalinę visuomenės sveikatos strategiją ir veiksmų planą, skirtą spręsti visų gyventojų sveikatos problemas; organizuoti sveikatos apsaugos sektorių, draudimo sistemą ir visuomenės dalyvavimą priimant politinius sprendimus, susijusius su teise į sveikatos apsaugą; teikti konsultacijas ir rūpintis švietimo priemonėmis, kuriomis propaguojama sveika gyvensena bei skatinama asmeninė atsakomybė už savo sveikatą;

1.2. teisės į sveikatos apsaugą turinio kokybiniai parametrai (kurie parodo, kaip valstybės turi įgyvendinti teisės turinio kiekybinius parametrus) apima šiuos elementus: prieinamumo (sveikatos priežiūros išteklių, prekės ir paslaugos, taip pat programos turi būti pakankamo kiekio, kaip nustatyta valstybės, taip pat prieinami visiems be jokios diskriminacijos: turi būti užtikrintas jų fizinis prieinamumas, ekonominis prieinamumas (įstengimas) ir informacijos prieinamumas), priimtino (sveikatos priežiūros išteklių, prekės ir paslaugos turi būti teikiami atsižvelgiant į medicinos etiką ir visuomenės kultūrą), kokybės (sveikatos priežiūros išteklių, prekės ir paslaugos turi būti mokslškai ir medicinškai tinkami bei geros kokybės). Teisės į sveikatos apsaugą kokybiniai parametrai taip pat apima valstybės prisiimtus įsipareigojimus šią teisę saugoti, gerbti ir įgyven-

dinti: pareiga gerbti reikalauja valstybę susilaikyti nuo tiesioginio ar netiesioginio kišimosi į naudojimąsi teise į sveikatos apsaugą, nepažeisti asmens vientisumo, nesikėsinti į jo laisvę; pareiga įgyvendinti apima įpareigojimus sudaryti teisei į sveikatos apsaugą realizuoti kuo palankesnes sąlygas, numatyti ir skatinti jas, ji reikalauja iš valstybių pagal savo jurisdikciją imtis visų būtinų priemonių, užtikrinančių kiekvienam asmeniui galimybes patenkinti savo poreikius bei taikyti atitinkamas teises, organizacines priemones, skirtas visiškai įgyvendinti teise; pareiga saugoti įpareigoja imtis priemonių, kad būtų užkirstas kelias trečiųjų šalių veiksams, galintiems pažeisti šią teise;

1.3. teisės į sveikatos apsaugą turinio kiekybiniai parametrai nubrėžia sveikatos apsaugos teisinio reglamentavimo ribas, kurias privalo įgyvendinti valstybė (kokia apimtimi konkrečius visuomeninius santykius privalu sureguliuoti), o kokybiniai parametrai atskleidžia, kaip teisinis reguliavimas turi būti įgyvendinamas (kokie yra teisinio reguliavimo turiningieji aspektai, į kuriuos valstybė reguliuodama konkrečius visuomeninius santykius turi atsižvelgti).

2. Teisė į sveikatos apsaugą, kaip socialinė teisė, yra įgyvendinama teismo lygmeniu ir tiesiogiai nereikalauja iš asmens ją legalizuojančių pareigų vykdymo. Tai suponuoja, kad ji yra reliatyvi – už šios teisės įgyvendinimą atsakinga valstybė negarantuoja asmeniui absoliučios sveikatos, o tik privalo įvykdyti įsipareigojimus, glūdinčius šios teisės turinyje. Be to, teisės į sveikatos apsaugą reliatyvumą lemia ir riboti valstybės turimi ištekliai, jų paskirstymo prioritetai ir bendra valstybės socialinė bei ekonominė būklė – tai svarbus asmens galimybes pasinaudoti teise į sveikatos apsaugą lemiantis veiksnys.

3. Visuomenės sveikatos priežiūra yra valstybės vykdoma funkcija (įtraukiant ir pačią visuomenę, asmenis), kurios tikslas – pailginti visuomenės narių gyvenimą ir sustiprinti jų sveikatą. Ji įgyvendinama organizuotomis prevencinėmis priemonėmis, nukreiptomis į gyventojų sveikatos būklės stebėjimą, ugdymą gyventi sveikai, saugios sveikatai aplinkos sukūrimą ir kovą su užkrečiamosiomis ligomis. „Naujają“ visuomenės sveikatos priežiūra yra siekiama ne tik užtikrinti sąlygas, kuriomis žmonės gali būti sveiki, užkirsti kelią epidemijoms ir apsaugoti žmones nuo ligų plitimo, nuo aplinkos pavojų ir traumų, bet ir teikti ir / ar užtikrinti esminių visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, remti bendradarbiavimą tarp viešojo ir privataus sektoriaus partnerių visuomenės sveikatos priežiūros srityje, remti ir skatinti sveiką elgseną.

4. Nacionaliniame teisiniame reglamentavime vis dar atsispindi klasikinės „sanitarinės“ visuomenės sveikatos priežiūros samprata ir jos įgyvendinimo priemonės. Lietuvoje visuomenės sveikatos priežiūra apima šias sritis: visuomenės sveikatos stebėseną, visuomenės sveikatos stiprinimą, saugios sveikatai aplinkos užtikrinimą (visuomenės sveikatos saugą ir kontrolę) bei užkrečiamųjų ligų profilaktiką ir kontrolę, kurioms keliami tikslai turi būti pasiekti per visuomenės

sveikatos priežiūros teisinį reguliavimą. Lietuvos nacionaliniuose teisės aktuose įtvirtintos visuomenės sveikatos priežiūros priemonės neapima šiuolaikinės „naujosios“ visuomenės sveikatos priežiūros sampratos išskiriamų visuomenės sveikatos priežiūros priemonių, tokių kaip: sveikatos (asmens) priežiūros paslaugų teikimo socialiai remtiniams žmonėms, asmens sveikatos priežiūros efektyvumo, prieinamumo ir kokybės vertinimo, lyderiavimo (visuomenės sveikatos priežiūros struktūros) valstybės politikoje ir bendruomenės mobilizavimo visuomenės sveikatos priežiūros tikslams įgyvendinti.

5. Visuomenės sveikatos priežiūros teisinio reglamentavimo ir praktinio įgyvendinimo Lietuvoje analizė atskleidė, kad:

5.1. visuomenės sveikatos stiprinimo teisinis reguliavimas Lietuvoje yra neefektyvus, nors ir apima teisės į sveikatos apsaugą turinyje esančius kiekybinius parametrus. Visuomenės sveikatos stiprinimo teisinio reguliavimo neefektyvumas lemia, kad teisės į sveikatos apsaugą turinyje kiekybiniai parametrai priskirtinos visuomenės sveikatos stiprinimo funkcijos įgyvendinamos nekoordinuotai arba visai neįgyvendinamos. Dėl to nevykdomi teisės į sveikatos apsaugą turinyje išskirti kokybiniai parametrai ir juose glūdintys įpareigojimai valstybei, taigi neužtikrinama ir teisė į sveikatos apsaugą;

5.2. saugios sveikatai aplinkos užtikrinimo teisinio reguliavimo analizė atskleidė, kad saugios sveikatai aplinkos užtikrinimą reglamentuojančių pagrindinių įstatymų nuostatos iš esmės yra deklaratyvios ir joms trūksta sistemiskumo, išskyrus saugios sveikatai darbo aplinkos užtikrinimo sritį. Pagrindinės asmenų teisės ir pareigos nustatytos poįstatyminiuose teisės aktuose (nors pagal bendrus Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo formuojamus teisinio reguliavimo principus asmens teisės ir laisvės, jų ribojimo atvejai turėtų būti reglamentuojami įstatyminiu lygmeniu), kurių didelė gausa ir tarpusavio suderinamumo stoka lemia problemišką praktinį įgyvendinimą. Nors iš esmės įgyvendinami teisės į sveikatos apsaugą turinyje išskirti kiekybiniai parametrai, tačiau neefektyviai įgyvendinami kokybiniai parametrai;

5.3. visuomenės sveikatos stebėsenos teisinis reguliavimas yra neefektyvus, pasižymintis teisinio reglamentavimo spragomis ir kolizijomis, dėl to nepasiekiami visuomenės sveikatos stebėsenai keliami tikslai. Teisės aktų, reglamentuojančių šią sritį, nuostatos yra deklaratyvios ir praktikoje ne iki galo įgyvendintos, kas lemia, kad visuomenės sveikatos stebėsenai iš esmės yra atliekama nesiejant jos su kitomis visuomenės sveikatos priežiūros sritimis, pavyzdžiui, visuomenės sveikatos stiprinimu ar saugios sveikatai aplinkos užtikrinimu;

5.4. užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės teisinis reguliavimas apima teisės į sveikatos apsaugą turinyje įtvirtintus kiekybinius parametrus. Šios srities teisinis reguliavimas yra tobulintinas, atsižvelgiant į tai, kad tose užkrečiamųjų ligų kontrolės srityse, kurios susijusios su asmenų teisių ir laisvių suvaržymu,

jis yra vykdomas poįstatyminių teisės aktų lygmeniu, nors, kaip buvo minėta, tai reiktų reglamentuoti įstatyminiu lygiu. Užkrečiamųjų ligų epidemijų valdymas, kaip teisės į sveikatos apsaugą turinio kiekybinio parametro priemonė, nėra reglamentuotas. Pasigendama kompleksinio šios srities reglamentavimo, aiškių valstybės priemonių, skirtų valdyti situaciją, bei aiškaus asmenų teisių ir laisvių ribojimo bei pareigų nustatymo. Nors teisiniai pagrindai ir sukurti, tačiau praktinio užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės priemonių įgyvendinimo netobulumas dėl besidubliuojančių valstybės institucijų funkcijų, atskirais atvejais dėl nepriskirtų funkcijų valstybės institucijoms lemia nevisešią teisės į sveikatos apsaugą turinyje išskirtų kokybinių parametų ir juose glūdinčių įpareigojimų valstybei vykdymą. O tai gali sukelti pačios teisės praktinio įgyvendinimo problemų.

6. Visuomenės sveikatos priežiūros teisinio reglamentavimo ir praktinio įgyvendinimo analizė leidžia pagrįstai abejoti, ar vykdant visuomenės sveikatos priežiūrą yra pasiekiami jai keliami tikslai ir ar šioje srityje efektyviai įgyvendinama teisė į sveikatos apsaugą. Nors iš esmės yra realizuojami teisės į sveikatos apsaugą turinio kiekybiniai parametrai, tačiau teisinio reguliavimo netobulumas suponuoja, kad neįgyvendinami kokybiniai teisės į sveikatos apsaugą parametrai, dėl to teisinis reguliavimas yra tobulintinas.

Autoriaus atlikto mokslinio tyrimo pagrindu darbe formuluojami šie **siūlymai**:

1. Atsižvelgiant į tai, kad šio darbo išvadose konstatuojama, jog visuomenės sveikatos stiprinimo teisinis reguliavimas Lietuvoje yra neefektyvus, siūlytina jį tobulinti:

1.1. derinant šiame darbe išryškintas viena kitai prieštaraujančias Visuomenės sveikatos priežiūros ir Sveikatos sistemos įstatymų nuostatas, apibrėžiančias visuomenės sveikatos stiprinimą, vietoj deklaratyvių Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo nuostatų įtvirtinti konkrečias valstybės institucijų pareigas koordinuotai teikti informaciją visuomenei ir skatinti asmenis pasirinkti sveiką gyvenimo būdą, kuris sudarytų prielaidas gerinti bendrą visuomenės sveikatą, mažinti sergamumą ir nelaimingų atsitikimų skaičių, mirtingumą;

1.2. siekiant apsaugoti asmenis nuo informacijos, kuri gali turėti neigiamos įtakos jų elgesiui, lemiančiam žalą sveikatai, Visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme nustatyti draudimą asmenims propaguoti sveikatą žalojančią arba rizikingą elgseną (tokią kaip rūkymo, alkoholio vartojimo, polinkio rizikuoti ar pan., keliant grėsmę sveikatai, skatinimas), skelbti informaciją, kurios poveikis gyventojų sveikatai būtų neigiamas, derinant būsimo teisinio reguliavimo nuostatas su Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo, Europos Žmogaus Teisių Teismo jurisprudencijoje išskirtais informacijos laisvės ribojimo kriterijais.

2. Darbe atliktas saugios sveikatai aplinkos užtikrinimo teisinio reguliavimo tyrimas atskleidė šią sritį reglamentuojančių Visuomenės sveikatos priežiūros



įstatymo nuostatų deklaratyvumą ir sisteminio reguliavimo trūkumus, todėl siūlytina pastarąjį tobulinti įstatyme aiškiai apibrėžiant reguliuojamas saugios sveikatai aplinkos sritis (saugi sveikatai gyvenamoji, darbo ir laisvalaikio aplinka), išskiriant pagrindinius apsaugos elementus (pavyzdžiui, gyvenamosios aplinkos apsauga nuo nejonizuojančios spinduliuotės, triukšmo), pagrindinius apsaugos elementus (pavyzdžiui, draudimą viršyti nustatytus leidžiamus taršos lygius), apibrėžiant asmenų teises ir pareigas, nustatant konkrečius įgaliojimus atitinkamam subjektui sureguliuoti visuomeninius santykius pagal įstatyme apibrėžtus principinius apsaugos elementus.

3. Kadangi šio darbo išvadose konstatuojama, jog visuomenės sveikatos stebėsenos teisinis reguliavimas yra neefektyvus, pasižymintis spragomis ir kolizijomis, siūlytina jį tobulinti atsisakant Visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatyme įtvirtinto ūkio subjektų visuomenės sveikatos stebėsenos teisinio reglamentavimo, šio įstatymo nuostatas (reglamentuojančias valstybės ir savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos vykdymą) inkorporuojant į Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymą atskiru skyriumi, apibrėžiant visuomenės sveikatos stebėsenos atsakingus subjektus, pagrindinius kaupiamus rodiklius, visuomenės sveikatos stebėseną (ypač jos rodiklių vertinimą ir analizę) sistemingai susiejant su kitomis visuomenės sveikatos priežiūros sritimis, tokiomis kaip visuomenės sveikatos stiprinimas ir saugios sveikatai aplinkos užtikrinimas.

4. Šio darbo išvadose konstatuojamos konkrečios užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės teisinio reguliavimo spragos, todėl siūlytina jį tobulinti:

4.1. apibrėžiant įstatyme konkrečių užkrečiamųjų ligų kontrolės priemonių (tokių kaip privaloma imunoprofilaktika, valstybės sienos ir teritorijos medicininė karantininė apsauga, karantinas ir t. t.) taikymo sąlygas ir ypatumus, nustatant, kokiomis aplinkybėmis kokia priemonė yra taikoma (jas kompleksiskai siejant tarpusavyje), apibrėžiant asmenų teises ir pareigas konkrečios priemonės vykdymo metu, išskiriant, kokios konkrečios asmenų teisės ir laisvės šiais atvejais gali būti ribojamos, nustatant atsakomybę už nepaklusimą atsakingų pareigūnų reikalavimams;

4.2. įstatyme įtvirtinant užkrečiamųjų ligų epidemijų valdymą, apibrėžiant situacijas, kai epidemijos yra skelbiamos, nustatant, kokios užkrečiamųjų ligų kontrolės priemonės gali būti naudojamos, atitinkamai apibrėžiant asmenų teises ir pareigas epidemijos paskelbimo metu bei tai, kokios asmenų teisės ir laisvės gali būti ribojamos.

5. Visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reglamentavimas ir praktinis įgyvendinimas neužtikrina efektyvaus teisės į sveikatą apsaugą įgyvendinimo, todėl siūlytina konsoliduoti Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymą, Visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymą į Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymą, sistemingai sujungiant visuomenės sveikatos

priežiūros sritis, siejant konkrečias visuomenės sveikatos priežiūros sričių priemones tarpusavyje atsižvelgiant į darbe pateiktus siūlymus, ir taip kompleksiška įgyvendinant visuomenės sveikatos priežiūros tikslus pailginti visuomenės narių gyvenimą ir sustiprinti jų sveikatą.

### MOKSLINIŲ PUBLIKACIJŲ SĄRAŠAS

1. Čelkis, P. Visuomenės teisės į sveikatą būklė Lietuvoje. *Visuomenės sveikata*, 2007, 3(38): 11-19.
2. Čelkis, P. Visuomenės sveikatos priežiūra, kaip asmens teisės į sveikatą įgyvendinimo priemonė. *Visuomenės sveikata*, 2010, 1(48): 9-20.
3. Čelkis, P. Asmens teisės į sveikatos priežiūrą realizavimas visuomenės sveikatos priežiūros vadyboje. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2010, 1(2): 63-84.
4. Čelkis, P., Venckienė, E. Teisės į sveikatos apsaugą samprata (originalas: Concept of the right to health care). *Jurisprudencija*. 2011, 18(1): 269-286.

### PRANEŠIMAI KONFERENCIJOSE

1. Čelkis, P. Rizikos poveikio vertinimas Europos Sąjungos teisėkūroje. Mokslinė konferencija–diskusija. „Teisės socialinis veikimas“. 2003 m. balandžio 29 d., Mykolo Romerio universitetas.

2. Čelkis, P. Visuomenės sveikatos plėtra Europos Sąjungos teisėje. Tarptautinė mokslinė–praktinė konferencija. „Lietuvos sveikatos sistemos plėtra vieninoje Europoje“. 2003 m. gegužės 16-17 d., Sveikatos apsaugos ministerija ir Lietuvos sveikatos apsaugos vadybos draugija.

## GYVENIMO APRAŠYMAS

**Vardas, pavardė** Paulius ČELKIS  
**Gimimo data** 1977-05-31  
**Telefonas,  
el. paštas** 8 650 78262, paulclks@gmail.com

### Išsilavinimas

1995–2000 Mykolo Romerio universitetas (anksčiau – Lietuvos policijos akademija, Lietuvos teisės universitetas), teisės magistro kvalifikacinis laipsnis  
2002–2007 Mykolo Romerio universiteto Teisės fakulteto Teisės filosofijos katedros doktorantas

### Darbo patirtis

2003–dabar Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos direktoriaus pavaduotojas  
2003–dabar Mykolo Romerio universiteto Teisės fakulteto Teisės filosofijos ir istorijos katedros asistentas  
2003 Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos Teisės skyriaus vedėjas  
2002–2003 Karo prievolės administravimo tarnybos Teisės skyriaus vedėjas  
2001–2002 Vilniaus kooperacijos kolegijos teisės pagrindų, civilinės ir komercinės teisės, darbo ir komercinės teisės dalykų dėstytojas  
2000–2002 Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos Teisės skyriaus vyriausiasis specialistas  
1998–2001 Sveikatos teisės ir ekonomikos centro Teisės skyriaus juristas