

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETO
TEISĖS FAKULTETO
VIEŠOSIOS TEISĖS INSTITUTAS

TADAS ŠETKAUSKIS
(VIEŠOJI TEISĖ)

**SVEIKATOS APSAUGOS ADMINISTRACINIO TEISINIO REGULIAVIMO
AKTUALIJOS IR PROBLEMATIKA**

Magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovas –
prof. dr. Eglė Bilevičiūtė

Vilnius, 2016

TURINYS

ĮVADAS.....	3
1. SVEIKATOS APSAUGOS PRIEINAMUMO BEI PRIIMTINUMO, KAIP SVEIKATOS APSAUGOS ĮGYVENDINIMO PRINCIPŲ, REGULIAVIMO SAMPRATA.....	9
1.1. Sveikatos apsaugos įgyvendinimo principų apžvalga.....	9
1.1.1. Sveikatos apsaugos prieinamumo samprata.....	13
1.1.2. Sveikatos apsaugos priimtino samprata.....	21
1.2. Sveikatos apsaugos įgyvendinimo administracinio teisinio reguliavimo mechanizmai.....	27
2. SVEIKATOS APSAUGOS PRINCIPŲ ĮGYVENDINIMO ADMINISTRACINIO TEISINIO REGULIAVIMO ES ŠALYSE LYGINAMOJI ANALIZĖ.....	33
2.1. Sveikatos apsaugos prieinamumo teisinis reguliavimas ir jo įgyvendinimas Lietuvoje ir kitose ES šalyse.....	33
2.1.1. Informacijos prieinamumo principo teisinis reguliavimas.....	35
2.1.2. Teritorinio prieinamumo bei savalaikiškumo principų teisinis reguliavimas.....	46
2.1.3. Finansinio prieinamumo principo teisinis reguliavimas.....	51
2.1.4. Sveikatos paslaugų prieinamumo teisinio reguliavimo įgyvendinimas ES ir kitose Europos valstybėse.....	57
2.2. Sveikatos apsaugos priimtino teisinis reguliavimas ir jo įgyvendinimas Lietuvoje ir kitose ES šalyse.....	66
2.2.1. Pacientų autonomijos ir informuoto sutikimo užtikrinimo teisinis reguliavimas.....	67
2.2.2. Sveikatos paslaugų teikėjų profesinės atsakomybės teisinis reguliavimas.....	75
2.2.3. Pacientų teisinės pozicijos teisinis reguliavimas.....	80
IŠVADOS.....	83
PASIŪLYMAI.....	85
LITERATŪRA.....	86
ANOTACIJA.....	94
ANNOTATION.....	95
SANTRAUKA.....	96
SUMMARY.....	97
PRIEDAI.....	98
PATVIRTINIMAS APIE ATLIKTO DARBO SAVARANKIŠKUMĄ.....	100

IVADAS

Tiriama problema. Anot A. Bakavecko, A. Dziegoraičio, A. Dziegoraitienės ir kt., kiekviena mokslo šaka periodiškai bando nustatyti, kokį poveikį jai turi socialiniai pokyčiai. Ne išimtis ir teisės mokslai. Aktualesni kitų teisės šakų pokyčiai yra aptarinėjami ir vertinami moksliniuose straipsniuose, monografijose, vadovėliuose, tuo tarpu Lietuvos administracinės teisės mokslininkai jau kelis dešimtmečius to nedaro arba bandė tai daryti, tačiau tik fragmentiškai¹. Susikaupę faktinės medžiagos (įstatymai, administracinė praktika, poreikiai ir kt.), rodančios, kad būtina atkreipti dėmesį į administracinės teisės pokyčių sąsajas su socialiniais pokyčiais². Todėl kyla probleminiai klausimai: „Ar priimamos administracinio teisinio reguliavimo normos geba prisitaikyti prie kintančių poreikių?“, „Kaip keičiasi administracinės teisės normas taikančių subjektų elgesys, pokyčių kontekste“. Į šiuos klausimus ir bus siekiama atsakyti šiame darbe.

Baigiamojo darbo aktualumas. Kiekvienoje demokratinėje visuomenėje išryškėja teisės poreikis, nes čia daugeliu atvejų reikia remtis ne tik įstatymu, bet ir teise³. Šalies valstybingumo stiprinimo praktikoje ypač didelį vaidmenį vaidina administracinė teisė, kurios pagrindinis tikslas – tarnauti žmogaus ir visuomenės interesams socialinėje praktikoje⁴. Anot A. Kargaudienės, santykis valstybė ir asmuo (žmogus ir valstybė, visuomenė ir valstybė) yra vienas iš svarbiausių vertinimo kriterijų, nustatant šio santykio dalyvių kintantį teisinį statusą⁵, kadangi Lietuvos Respublikos įstatymai aiškiai apibrėžia, kad valstybės interesas visų pirma siejamas su visuomenės interesu. Pavyzdžiui, teisės moksliniuose darbuose, teisės normų aktuose, teismų nutartyse ir sprendimuose naudojami žodžių junginiai „visuomenės ir valstybės interesas“, „visuomenės ir valstybės poreikiai“ ir kt. Šios frazės rodo, kad visuomenės ir valstybės interesai yra to paties lygio, vienodos svarbos sąvokos⁶. Tokiu būdu, mūsų visuomenės vertybių apsauga, žmonių saugumo užtikrinimas savo ruožtu užtikrins ir valstybės konstitucinių vertybių stabilumą, o to pasiekti galima tik maksimaliai sutvarkius administracinio teisinio reguliavimo mechanizmą, kuriame numatyti teisinio reguliavimo metodai daro konkretų teisinį poveikį asmenų elgsenai. Asmuo šiuo atveju suvokiamas ne tik kaip visuomenės narys, kuriam taikomas teisinis poveikis, bet ir valstybės atstovas, kuris nustato teisinio

¹ Audrius Bakaveckas et al., *Lietuvos administracinė teisė. Bendroji dalis*. (Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, 2005), 51.

² *Ibid.*

³ Alfonsas Vaišvila, *Teisės teorija. Antrasis, pataisytas ir papildytas leidimas*. (Vilnius: Justitia, 2004), 62.

⁴ Audrius Bakaveckas, *op. cit.*, p. 9.

⁵ Aušra Kargaudienė, „Administracinės teisės pokyčiai šiuolaikinėje demokratinėje visuomenėje“, *Jurisprudencija* 70, 32 (2005): 32.

⁶ Ugnius Trumpulis, „Žmogaus individualūs interesai kaip viešojo intereso pagrindas“, *Socialinių mokslų studijos* 2, 6 (2010): 128.

poveikio priemonės. Toks glaudus valstybės ir visuomenės santykis reikalauja abipusės darnos, t.y. vykstant pokyčiams visuomenėje, atitinkamai turi keistis ir administracinio teisinio reguliavimo mechanizmai. Tam pritaria ir teisės teoretikai, kurie atkreipdami dėmesį į Vidurio ir Rytų Europos valstybėse vykstančius socialinius pokyčius, pastebi, jog šie pokyčiai turi įtakos ir šių šalių administracinės teisės sistemos kaitai⁷. Kad socialiniai pokyčiai neišvengiamai veikia administracinę teisę pastebėjo ir A. Urmonas, kuris teigia, jog „būtina anksti atpažinti socialinius pokyčius ir numatyti, kokias permainas jie sukels.“ Tik tuomet galima bus sukurti aiškesnes administracinės teisės normas, sureguliuosiančias vieną ar kitą visuomeninį santykį⁸

Modernioje demokratinėje visuomenėje administracinio teisinio reguliavimo sistema vertinama kaip veikianti veiksmingai tada, kai „įgyvendinami tokie tikslai kaip piliečių gerovės apsauga, kultūrinė plėtra ir ekonominė pažanga“⁹. Tad, daugelis gerovės modelių yra daugiadimensiniai, tai reiškia, kad šį fenomeną sudaro kelios dimensijos, kurios apima svarbiausias žmonių gyvenimo sritis¹⁰, iš kurių viena yra fizinė bei psichinė sveikata. Tad, galima teigti, jog siekiant užtikrinti piliečių gerovę svarbu tinkamą dėmesį skirti sveikatos apsaugai. Anot P. Čelkio, teisė į sveikatos apsaugą priskiriama „antros kartos“ socialinėms teisėms, kurių įgyvendinimui valstybė yra įpareigota imtis aktyvių veiksmų, t.y. valstybė turi sukurti tokį teisinį mechanizmą, kuris padėtų asmeniui realizuoti turimą teisę¹¹.

Galima pastebėti, jog valstybės pareiga rūpintis žmonių sveikata įgyvendinama atliekant administracinę asmens sveikatos priežiūrą, nukreiptą į asmenų (pacientų) sveikatos saugos, sveikatos stiprinimo ir sveikatos atgavimo santykių teisinio reguliavimo ribas, t.y. į gydymą, reabilitaciją bei slaugą taip pat į visuomenės sveikatos apsaugą nuo sveikatai įtaką darančių veiksnių kenksmingo poveikio arba to poveikio rizikos mažinimą, t.y. į ligų profilaktiką ir kontrolę, į saugios gyvenamosios, laisvalaikio bei darbo aplinkos sukūrimą (reglamentuoja Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas)¹², Valstybės rūpinimasis žmonių sveikata apima ir farmacijos sritį – vaistų gamybos ir platinimo reglamentavimą¹³. Nors valstybė rūpindamasi savo piliečių sveikatos apsauga, siekia teisiškai reglamentuoti bei kontroliuoti visas su sveikata susijusias veiklos sritis, tačiau esamos situacijos mokslinė analizė rodo, jog Lietuvoje 2008 – 2012 m. buvo stebimi šie teisės

⁷ Aušra Kargaudienė, *supra note 5*, p. 32.

⁸ Algimantas Urmonas, „Administracinė teisė socialinių pokyčių erdvėje“, *Jurisprudencija* 5, 83 (2005): 37.

⁹ Aušra Kargaudienė, *op. cit.*, p. 34.

¹⁰ Justina Kaliatkaitė, Laima Bulotaitė, „Gerovės samprata sveikatos moksluose ir psichologijoje: tyrimai, problemos ir galimybės“, *Visuomenės sveikata*, 1, 64 (2014): 9.

¹¹ Paulius Čelkys, „Visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas įgyvendinant teisę į sveikatos apsaugą“ (daktaro disertacija, Mykolo Romerio universitetas, 2011), 5.

¹² Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. *Valstybės žinios*, 63, 1231 (1994).

¹³ Lietuvos Respublikos farmacinės veiklos įstatymas. *Valstybės žinios*, 78, 3056 (2006).

į sveikatos apsaugą įgyvendinimo probleminiai aspektai: „asmens sveikatos priežiūros požiūriu susiję su nepakankamu pacientų teisės į žalos atlyginimą įgyvendinimo užtikrinimu bei psichikos sveikatos sutrikimų turinčiųjų (ir neįgaliųjų) žmonių teisių ribojimu; sveikos aplinkos užtikrinimo požiūriu aplinkos oro taršos, vandens taršos draudimo nesilaikymas, akustinės taršos problemos ir pan.“¹⁴. Šie egzistuojantys neatitikimai tarp sveikatos apsaugos srities teisinio reguliavimo bei esamos padėties, suponuoja poreikį nuodugniau išanalizuoti sveikatos apsaugos administracinio teisinio reguliavimo mechanizmą ir nustatyti jo įgyvendinimo lygį bei problemines sritis, didesnę dėmesį skiriant teisinio reguliavimo pokyčiams, vykstantiems dėl sveikatos apsaugos sistemos pokyčių.

Problemos ištyrimo lygis bei baigiamojo darbo mokslinis naujumas. Kadangi sveikatos apsaugos vienas iš pagrindinių siekių yra asmens ir visuomenės sveikatos stiprinimas bei tausojimas, todėl ir sveikatos apsaugą reglamentuojančių teisės aktų paskirtis yra reguliuoti asmens bei visuomenės sveikatą įtakančias veiklos sritis. Keičiantis požiūriui į sveikatos apsaugą, keičiasi ir mokslinių tyrimų kryptys. Pavyzdžiui, pastaruoju metu didesnis dėmesys skiriamas visuomenės sveikatos apsaugos sričiai, kurios paskirtis užkirsti kelią ligoms bei negalavimams, skatinant sveiką gyvenimo būdą bei mažinant žalingą aplinkos poveikį. Toks požiūris svarbus tuo, jog laiku užkirtus kelią ligoms bei neįgalumui naudos gauna ne tik pats žmogus, išvengdamas su gydymu susijusių nuostolių, bet ir visa visuomenė, kadangi sveikas žmogus yra visuomenei naudingesnis ir sutaupo sveikatos išlaidoms skirtų lėšų. Visuomenės sveikatos sritį iš teisinės pusės gana plačiai analizavo L. O. Gostin. Autorius atkreipė dėmesį, jog teisė į sveikatos apsaugą geriausiai realizuojama kuomet suteikiamos galimybės patiems žmonėms rūpintis savo sveikata, o ypač tiems, kurie socialiai yra labiausiai pažeidžiami. Todėl valstybės pagrindinis uždavinys sudaryti tam teisinį pagrindą¹⁵. Vėliau (2008) išleistoje knygoje L. O. Gostin siekė parodyti, jog būtent vyriausybė neša atsakomybę už pažangą sveikatos apsaugos srityje ir visuomenės gerovę, todėl knygoje išsamiau pateikė visuomenės sveikatos priežiūros teisės sampratą bei išanalizavo visuomenės sveikatos teisinio reguliavimo ypatumus praktiniu aspektu¹⁶. Ir vėlesniuose savo darbuose L. O. Gostin nuodugniai analizavo visuomenės sveikatos teisinio reglamentavimo turinį bei jo praktinio pritaikymo sritis^{17, 18}.

¹⁴ Lina Beliūnienė, Eglė Kavoliūnaitė – Ragauskienė, *Teisė į sveikatos apsaugą: probleminiai sveikatos priežiūros ir sveikatos aplinkos užtikrinimo aspektai. Mokslo studija*. (Vilnius: Lietuvos teisės institutas, 2012), 12.

¹⁵ Gostin, L. O. Powers, M. „What Does Social Justice Require For The Public’s Health? Public Health Ethics And Policy Imperatives,“ *Health Affairs*, 25, 4 (2006): 1050.

¹⁶ Gostin, L. O. *Public Health Law. Power, Duty, Restraint, Revised and Expanded*. (California: Milbank Books on Health and the Public, 2008).

¹⁷ *Ibid*, p. 14.

¹⁸ *Ibid*, p. 541.

Lietuvoje taip pat galima rasti keletą mokslinių darbų visuomenės sveikatos apsaugos teisinio reguliavimo tema – tai P. Čelkio daktaro disertacija tema „Visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas įgyvendinant teisę į sveikatos apsaugą“¹⁹ bei A. Aranauskienės daktaro disertacija tema „Visuomenės sveikatos priežiūros strategijų įgyvendinimas administracinės teisės priemonėmis“²⁰. Autorės nuomone valstybė turi sudaryti galimybę ir sąlygas kiekvienam asmeniui pačiam pasirūpinti savo sveikata, t.y. ne tik kreipiantis į asmens sveikatos priežiūros įstaigas, bet ir siekti išvengti sveikatos sutrikimų, todėl ir šios srities teisinis reguliavimas turi būti toks, kad kiekvienas asmuo turėtų galimybę dalyvauti sveikatos priežiūros strategijų, reformų rengime, teisės aktų rengime, jų įgyvendinimo vertinime. Tuo tarpu P. Čelkis nagrinėjo ir įvertino visuomenės sveikatos priežiūros teisinį reguliavimą Lietuvoje teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo požiūriu ir pateikė siūlymus dėl jo tobulinimo. Autorius daro išvadą, jog „nors iš esmės yra realizuojama teisė į sveikatos apsaugą turinio kiekybiniai parametrai, tačiau teisinio reguliavimo netobulumas suponuoja, kad neįgyvendinami kokybiniai teisės į sveikatos apsaugą parametrai“²¹. Prie sveikatos apsaugos turinio kokybinių rodiklių priskiriami sveikatos apsaugos prieinamumas (tiek paslaugų, tiek informacijos, tiek ir ekonominis), priimtinumumas (sveikatos paslaugų teikimo etika) bei kokybė. Tokios išvados suponuoja naujų mokslinių tyrimų poreikį, kurių tyrimo objektas būtų minėtų kokybinių sveikatos apsaugos turinio rodiklių teisinio reguliavimo aktualijos bei problematika, t.y. aktualu išsamiau paanalizuoti administracinio teisinio reguliavimo problemas, kylančias sveikatos apsaugos srityje, susijusioje su sveikatos paslaugų prieinamumu bei priimtimumu aspektais. Šių aspektų teisinio reguliavimo analizė svarbi dėl to, jog prieinamumas bei priimtinumumas – tai pagrindiniai sveikatos apsaugos įgyvendinimo principai be kurių užtikrinimo sunku įgyvendinti asmens teisę pačiam tinkamai rūpintis savo sveikata, o be asmens pastangų neįmanoma įgyvendinti ir visuomenės sveikatos apsaugos priemonių.

Baigiamojo darbo reikšmė. Administracinės teisės reguliavimo aktualijų sveikatos apsaugos srityje įvertinimas sąsajoje su sveikatos paslaugų prieinamumu bei priimtimumu yra svarbus, siekiant išsiaiškinti ne tik asmenims teikiamų sveikatos paslaugų aktualijas, bet ir šių paslaugų reguliavimo įgyvendinimo problematiką. Nustačius sveikatos paslaugų prieinamumo bei priimtimumo įgyvendinimo sąryšį su administracine teise, atsirastų galimybė atskleisti administracinės teisės reguliavimo stiprinimo priemones. Pasirinkta tema reikšminga tuo, kad

¹⁹ Paulius Čelkys, *supra note* 11, p. 216.

²⁰ Asta Aranauskienė „Visuomenės sveikatos priežiūros strategijų įgyvendinimas administracinės teisės priemonėmis“ (daktaro disertacija, Mykolo Romerio universitetas, 2013).

²¹ Paulius Čelkys, *op. cit.*, p. 176.

nustačius sveikatos paslaugų prieinamumo bei priimtino problemas jas galima būtų susieti su teisinio reglamentavimo sveikatos priežiūros srityje problematika bei ieškoti būdų problemų sprendimui. Be to, šis tyrimas papildys jau esamus tyrinėjimus sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo srityje, kurių Lietuvoje yra nedaug.

Darbo objektas – sveikatos apsaugos administracinio teisinio reguliavimo aktualijos bei problematika.

Darbo tikslas – išanalizuoti sveikatos apsaugos administracinio teisinio reguliavimo aktualijas sveikatos apsaugos prieinamumo bei priimtino požiūriu ir nustatyti šio reguliavimo problemas.

Darbo uždaviniai:

1. Pateikti sveikatos apsaugos įgyvendinimo principų sampratą teoriniu aspektu;
2. Nustatyti sveikatos apsaugos įgyvendinimo administracinio teisinio reguliavimo mechanizmus;
3. Išanalizuoti sveikatos apsaugos įgyvendinimo principų teisinio reguliavimo aktualijas;
4. Nustatyti sveikatos apsaugos įgyvendinimo principų teisinio reguliavimo problemines sritis.

Darbe taikomi metodikai:

- *Literatūros analizės metodas* – tyrimo metu nagrinėjama mokslinė literatūra, siekiant teoriškai pagrįsti tyrimo objektą, atskleisti, kokios žinios apie pasirinktą mokslinio tyrimo objektą, mokslinio tyrimo problemą jau yra publikuotos.
- *Dokumentų analizės metodas* – tyrimo metu nagrinėjami teisiniai dokumentai (įstatymai, poįstatyminiai teisės aktai, teismų sprendimai).
- *Sisteminis analizės metodas* – sveikatos apsauga, teisės normų kūrimo ir įgyvendinimo aspektai, administraciniai teisiniai santykiai tyrime nagrinėjami kaip neatskiriama vienos sistemos dalis. Šis metodas skatina visuminį požiūrį į tyrimo objektą ir padeda jį matyti platesniame kontekste.
- *Lyginamasis metodas* – tyrime atliekamas Lietuvos sveikatos apsaugos administracinio teisinio reguliavimo lyginamas su Europos valstybių reguliavimu bei atliekamas sveikatos apsaugos administracinio teisinio reguliavimo pokyčių palyginimas.
- *Turinio analizės metodas* – šiuo metodu tiriamas teisės normų turinys.

- *Analitinis – kritinis metodas* – vertinant sveikatos apsaugos administracinio teisinio reguliavimo aktualijas, siekiama identifikuoti reguliavimo trūkumus bei ieškoti būdų šiems trūkumams spręsti.

Darbo struktūra. Baigiamąjį darbą sudaro įvadas, dvi dalys bei išvados su pasiūlymais. *Pirmoje darbo dalyje* apibūdinamas tyrimo objektas – sveikatos apsauga bei jos administracinis teisinis reguliavimas. Sveikatos apsauga apžvelgiama atsižvelgiant į jos įgyvendinimo principus – prieinamumą bei priimtinumą. Siekiant nuodugniau išanalizuoti sveikatos apsaugos principus, pateikiama prieinamumo bei priimtimumo samprata, taip pat atskleidžiama tų principų reikšmė įgyvendinant sveikatos apsaugą. Apibrėžus pagrindines sveikatos apsaugą apibūdinančias sąvokas, pateikiama administracinio teisinio reguliavimo samprata bei apibūdinami jo mechanizmai, padedantys įgyvendinti sveikatos apsaugos principus.

Antroje darbo dalyje nagrinėjamas sveikatos apsaugos principų teisinis reguliavimas bei jo įgyvendinimas Lietuvoje ir kitose ES šalyse, remiantis teisės aktais, teismų praktika bei teisės aktų įgyvendinimo ataskaitomis. Sveikatos apsaugos prieinamumo teisinis reguliavimas analizuojamas remiantis informacijos prieinamumo, teritorinio prieinamumo ir sveikatos paslaugų savalaikiškumo bei finansinio prieinamumo reguliavimo priemonėmis. Sveikatos apsaugos priimtimumo teisinis reguliavimas analizuojamas remiantis pacientų autonomijos (informuoto paciento sutikimo doktrinos), sveikatos paslaugų teikėjų profesinės atsakomybės bei pacientų teisinės pozicijos reguliavimo priemonėmis.

Darbas baigiamas išvadomis, kuriomis atsakoma į darbo pradžioje keltus uždavinius bei pasiūlymais, padėsiančiais gerinti sveikatos apsaugos principų įgyvendinimo administracinį teisinį reglamentavimą.

Ginamieji teiginiai. Baigiamajame darbe ginami šie teiginiai:

- Sveikatos apsaugos administracinis teisinis reguliavimas nebus pilnai įgyvendinamas jeigu jame nebus skiriamas pakankamas dėmesys sveikatos apsaugos prieinamumo bei priimtimumo principų užtikrinimui;
- Sveikatos apsaugos prieinamumo bei priimtimumo principų teisinis reglamentavimas užtikrina tinkamą asmens teisės pačiam rūpintis savo sveikata įgyvendinimą.

1. SVEIKATOS APSAUGOS PRIEINAMUMO BEI PRIIMTINUMO, KAIP SVEIKATOS APSAUGOS ĮGYVENDINIMO PRINCIPŲ, REGULIAVIMO SAMPRATA

Viena iš svarbiausių žmogaus teisių yra teisė į kokybišką sveikatos apsaugą. Siekiant įgyvendinti šią teisę visų pirma svarbu tinkamai apibrėžti kokia turi būti sveikatos apsaugos sistema ir kokiais principais remiantis ji turi būti įgyvendinama, kad būtų užtikrintas jos kokybiškumas. Todėl šioje darbo dalyje bus siekiama apibrėžti kokybiškos sveikatos apsaugos principų sampratą, jų įgyvendinimo bei teisinio reguliavimo priemones.

1.1. Sveikatos apsaugos įgyvendinimo principų apžvalga

Teisė į sveikatos apsaugą yra priskiriama antrosios kartos socialinėms teisėms. Tačiau, anot Čelkio²², dėl to nesumažėja šios teisės reikšmė. Priešingai, sveikatos apsauga šiandien dienai yra viena iš svarbiausių teisių, kadangi tik sveikas žmogus gali įgyvendinti kitas savo teise bei tinkamai vykdyti savo pareigas. Todėl kiekviena valstybė siekia užtikrinti savo piliečiams teisę į sveikatos apsaugą.

Įgyvendindamos teisę į sveikatos apsaugą, valstybės vykdo sveikatos priežiūrą. Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 3 str. 1 d. (Žin., 1996, Nr. 102-2317) įtvirtinta, kad „pacientas turi teisę į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas“²³. Lietuva nėra pirmoji valstybė, kuri įtvirtino tokio pobūdžio paciento teisę: paciento teises į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas įtvirtinta ir pavieniai tarptautiniai dokumentai²⁴ bei atskirų valstybių nacionaliniai teisės dokumentai. Iš tokių pavyzdžių būtų galima paminėti Švedijos sveikatos ir medicinos paslaugų įstatymą (*The Health and Medical Services Act*), kuris numato, kad „sveikatos priežiūros paslaugos privalo būti geros kokybės“; Norvegijos pacientų teisių įstatymą (*Patients' Rights Act*), kuris nustato, „kad jo tikslas yra padėti užtikrinti visiems piliečiams galimybę lygiateisiškai gauti geros kokybės sveikatos priežiūros paslaugas“; Suomijos pacientų teisių ir teisinio statuso įstatymas (*Act on the Status and Rights of patients*) ir Kipro pacientų teisių apsaugos

²² Paulius Čelkys, *supra note* 19, p. 17.

²³ „Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas,“ *Valstybės žinios* 102, 2317 (1996).

²⁴ „Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje,“ *Valstybės žinios* 97, 4258 (2002).

įstatymas (*The Safeguarding and protection of the patients' rights law*) nustato, „kad pacientas turi teisę gauti geros kokybės sveikatos priežiūrą“²⁵ ir pan.

Tad, galima teigti, jog sveikatos apsaugos įgyvendinimo vienas iš principų yra kokybiškos sveikatos priežiūros užtikrinimas. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) kokybišką sveikatos priežiūrą apibrėžia, remiantis šešiais pagrindiniais sveikatos priežiūros kokybės vertinimo aspektais, tokiais kaip rezultatyvumas, efektyvumas, prieinamas, priimtinas (orientuotą į pacientą), teisingumas ir saugumas (žr. 1 lentelę).

1 lentelė. Sveikatos priežiūros kokybės vertinimo aspektai pagal PSO

Sveikatos priežiūros kokybės aspektas	Paiškinimas
Rezultatyvumas	„Sveikatos priežiūra turi būti grindžiama įrodymais, o jos rezultatas turi būti geresnė individų ir visuomenės sveikata, atsižvelgiant į jų individualius poreikius“.
Efektyvumas	„Sveikatos priežiūrai skiriami išteklių turi būti naudojami racionaliai, siekiant maksimalių rezultatų ir vengiant išteklių eikvojimo“.
Prieinamumas	„Sveikatos priežiūra turi būti prieinama laiku, tinkama geografiniu požiūriu, teikiama užtikrinant medicininius poreikius atitinkančius įgūdžius ir išteklius“.
Priimtinas (orientacija į pacientą)	„Sveikatos priežiūros paslaugos turi atitikti individualių vartotojų ir bendruomenių poreikius ir lūkesčius“.
Teisingumas	„Teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė turi būti vienoda visiems nepriklausomai nuo asmeninių savybių, tokių kaip lytis, rasė, etninė kilmė, socialinė padėtis ar geografinė vietovė“.
Saugumas	„Sveikatos priežiūros paslaugos turi būti teikiamos iki minimumo sumažinus riziką ir žalą paslaugų vartotojams“.

Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų Sanglaudos skatinimo veiksmų programos priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimas. Galutinė ataskaita. Vilnius: Estep, 2011, 27

²⁵ Modestas Sriubas, „Paciento teisės į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas turinio ypatumai Lietuvoje,“ *Teisinės problemos* 1, 79 (2013): 62.

PSO išskirtais sveikatos priežiūros kokybės aspektais vadovaujasi daugelio išsivysčiusių pasaulio šalių, tokių kaip Jungtinė Karalystė, Kanada, JAV, Australija, ir kai kurių tarptautinių organizacijų (pavyzdžiui, ES, OECD) sveikatos priežiūros kokybės sistemos²⁶. Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (OECD) sveikatos priežiūros kokybę apibrėžia kaip asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, kurios užtikrina galimybę pasiekti pageidaujamus sveikatos rezultatus ir atitinka dabartines profesines žinias²⁷. Šis apibrėžimas apima du pagrindinius aspektus: sveikatos kokybę bei sveikatos priežiūros kokybę, t.y. apima tiek asmens galimybes rūpintis savo sveikata, tiek ir sveikatos priežiūros organizatorių įtaką sveikatos priežiūroje. Anot E., J., Kelley & L. Hurst²⁸, OECD atlieka svarbų vaidmenį plėtojant sveikatos priežiūros kokybės rodiklius. Ši organizacija nuo 2001 metų vykdo sveikatos priežiūros kokybės rodiklių projektą (angl. *Health Care Quality Indicators Project*), kurio tikslas nustatyti pagrindinius sveikatos priežiūros kokybę nusakančius rodiklius, kurie leistų palyginti įvairių šalių sveikatos priežiūros sistemas. Išanalizavusi įvairių šalių sveikatos apsaugos sistemas, OECD išskyrė tokius pagrindinius kokybiškos sveikatos apsaugos įgyvendinimo principus: efektyvumas, saugumas, atsakomybė, prieinamumas, teisingumas, veiksmingumas²⁹. Be šių principų dar galima išskirti ir tinkamumą (priimtinumą), kompetentingumą, tęstinumą bei savalaikiškumą. Pastarieji principai nėra mažiau svarbūs, tačiau jie taikomi ne visų šalių sveikatos apsaugos sistemose³⁰. OECD atkreipia dėmesį, jog ne vien tik šie minėti principai svarbūs, siekiant užtikrinti kokybišką sveikatos apsaugą, todėl savo projekte pateikė sveikatos priežiūros kokybės modelį (žr. 1 pav.), kuris remiasi JAV Medicinos instituto nacionalinių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių modeliu, Kanados sveikatos rodiklių modeliu ir Europos Bendrijos sveikatos rodikliais (angl. European Community Health Indicators – ECHI)³¹

²⁶ *Sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų Sanglaudos skatinimo veiksmų programos priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimas. Galutinė ataskaita.* (Vilnius: Estep, 2011), 28.

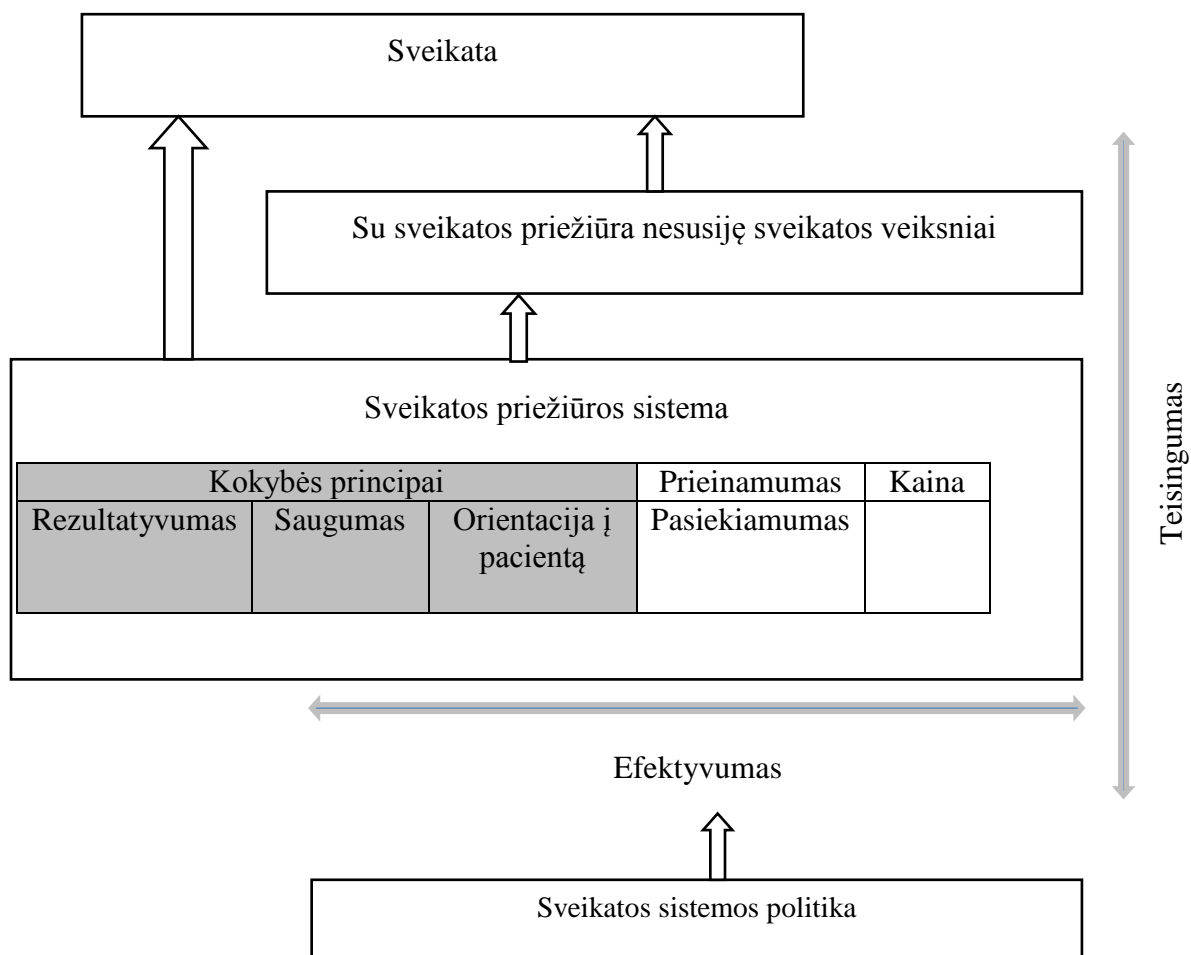
²⁷ *Ibid.*, p. 27

²⁸ Kelley E., J. Hurst, L. „Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper“, OECD Health Working Papers No.23, OECD Publishing, (2006): 9.

²⁹ *Ibid.*, p. 13.

³⁰ *Ibid.*, p. 12

³¹ *Supra* note 26, p. 30



1 pav. OESD sveikatos priežiūros kokybės modelis (Parengė autorius pagal Kelley ant Hurst, 2006, p. 15)

OECD pateiktame sveikatos priežiūros kokybės modelyje sveikatos priežiūros kokybė apibrėžiama kaip „sveikatos priežiūros rezultatyvumas, saugumas ir orientacija į pacientą“³², t.y. tie sveikatos priežiūros aspektai, kurie yra svarbūs siekiant užtikrinti, kad sveikatos priežiūra leistų pasiekti efektyvių sveikatos rezultatų. Be šių sveikatos priežiūros kokybės aspektų, OECD pažymi ir kitus svarbius vertinamuosius sveikatos priežiūros paslaugų kriterijus, pavyzdžiui, prieinamumas, kaina, efektyvumas ir teisingumas. Todėl OECD sveikatos priežiūros kokybės modelis apima ne tik sveikatos priežiūrą, bet ir įvairius kitus veiksnius, kurie yra susiję su sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimu, pvz., sveikatos sistemos politika, nors ir nėra tiesiogiai susijusi su sveikatos

³² *Supra note* 26, p. 31.

priežiūra, tačiau daro nemažą poveikį sveikatą įtakojantiems veiksniams: gyvenamajai aplinkai, gyvenimo būdui, žmogaus biologija ir pan.³³.

Lietuvoje sveikatos apsaugos sistema taip pat neišivaizduojama be kokybės aspekto. Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 2str. 8 d. kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos yra įvardinamos kaip „paslaugos – prieinamos, saugios, veiksmingos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, kurias tinkamam pacientui, tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia tinkamas sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami“³⁴. Tad, galima pastebėti, jog Lietuvoje akcentuojami šie pagrindiniai kokybiškos sveikatos apsaugos įgyvendinimo principai: prieinamumas, saugumas, veiksmingumas, tinkamumas, priimtinas. Sveikatos priežiūros tinkamumas, remiantis sveikatos sistemos įstatymu apima dar du sveikatos priežiūros principus - tai patarnavimų kokybę ir efektyvumą³⁵

Apibendrinant įvairių šalių požiūrį į sveikatos apsaugą, galima konstatuoti, jog galimybė visiems visuomenės nariams gauti kokybiškas sveikatos paslaugas yra visų šalių sveikatos apsaugos sistemos kūrimo principas. Sveikatos apsaugos kokybė yra kompleksinė sąvoka, apjungianti struktūrinius ir organizacinius sveikatos priežiūros aspektus, kuriuos nusako socialinių paslaugų prieinamumas; procesų aspektus, kuriuos nusako efektyvumas ir geri priežiūros rezultatai bei pasitenkinimą medicinos paslaugomis, kurį nusako sveikatos priežiūros priimtinas. Tad, pagrindiniai sveikatos apsaugos įgyvendinimo principai, kurie tiksliausiai atspindi ar teikiamos paslaugos yra kokybiškos, yra sveikatos paslaugų prieinamumas bei priimtinas. Todėl šių principų sampratos analizei bus skiriamas didesnis dėmesys.

1.1.1. Sveikatos apsaugos prieinamumo samprata

Kaip jau buvo pastebėta, vienas iš pagrindinių sveikatos priežiūros organizavimo principų yra sveikatos priežiūros prieinamumas. Bendrąją prasme prieinamumas (angl. *accessible, available*) reiškia „parengtas nedelsiant naudoti“, įgyjamas, pasiekiamas, gaunamas³⁶. Tai reiškia, jog

³³ *Supra note* 26, p. 30.

³⁴ *Supra note* 23.

³⁵ *Supra note* 12.

³⁶ Indrė Špokienė, „Retųjų vaistų prieinamumo problema įgyvendinant teisę į sveikatos priežiūrą,“ *Jurisprudencija* 12, 114 (2008): 67.

prieinamumo požiūriu sveikatos priežiūros paslaugos yra kokybiškos tuomet, kai jos yra lengvai pasiekiamos ir gaunamos tada, kai jų prireikia (nedelsiant). Panašią prieinamumo sampratą galima aptikti ir įvairiuose moksliniuose tyrimuose bei teisiniuose dokumentuose:

- „Prieinamumas reiškia, jog sveikatos priežiūra turi būti prieinama laiku, tinkama geografiniu požiūriu, teikiama užtikrinant medicininius poreikius atitinkančius įgūdžius ir išteklius“³⁷.

- „Prieinamumas – tai visiems žmonėms, įskaitant ir neįgaliuosius, lengvai pasiekiamos sveikatos priežiūros paslaugos, kurios teikiamos laiku ir yra pasiekiamos fizine, finansine ir psichologine prasme“³⁸.

- „Prieinamumas – tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominę, komunikacinę ir organizacinę priimtumą asmeniui ir visuomenei“³⁹.

Apibendrinant prieinamumo sąvoką, galima pastebėti, jog šis principas užtikrinamas tada, kai sveikatos priežiūros paslaugomis gali naudotis dauguma žmonių, paslaugų teikėjai yra pakankamai arti gyventojų, o paslaugų kaina priimtina ir neturtingiems visuomenės nariams.

Anot M. Sriubo išskiriami keletas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo elementai: komunikacinis, fizinis, organizavimo, teisinis, finansinis ir savalaikiškumo. Šių elementų nesilaikymas gali lemti teisės į kokybišką sveikatos apsaugą pažeidimą⁴⁰.

Komunikacinį prieinamumą sąlygoja teisės gauti reikiamą informaciją užtikrinimas. Viena iš pagrindinių demokratinės valstybės sąlygų yra informacijos laisvė, kuri leidžia visuomenės nariams dalyvauti politiniuose ir socialiniuose procesuose bei skatina valdžios institucijų skaidrumą ir atskaitomybę. Todėl informacijos laisvės užtikrinimas yra vienas tų požymių, kurie padeda atskirti demokratines valstybes nuo nedemokratinų režimų⁴¹. Viena esminių informacijos laisvės dalių yra teisė gauti informaciją. Tradiciškai ši teisė buvo suvokiama kaip „žmogaus teisė gauti informaciją iš kitų ją turinčių ir norinčių suteikti asmenų, apimanti žiniasklaidos laisvę ir visuomenės teisę žinoti informaciją, susijusią su viešaisiais reikalais“⁴². Tačiau informacijos gavimo teisės samprata pastaraisiais dešimtmečiais sparčiai kito: „šiandien pripažįstama, jog teisė gauti informaciją padeda

³⁷ *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems* (World Health Organisation: 2006), 9.

³⁸ Kelley E., J. Hurst, L., *supra note* 28, p. 13.

³⁹ *Supra note* 12.

⁴⁰ Modestas Sriubas, *supra note* 25, p. 63.

⁴¹ Mėta Adutavičiūtė, *Teisė gauti informaciją Lietuvoje: iššūkiai ir galimybės. Apžvalga*. (Vilnius: Žmogaus teisių stebėjimo institutas, 2014), 4.

⁴² *Ibid.*

įgyvendinti ir kitas teises ir laisves, užtikrina valstybės valdymo viešumą, didina skaidrumą ir atskaitomybę, leidžia visuomenei įvertinti, kaip valstybės institucijos vykdo savo funkcijas“⁴³.

Informacijos prieinamumas svarbus pacientams, nes suteikia galimybes optimaliai naudotis sveikatos priežiūros sektoriaus teikiamomis paslaugomis. Paslaugų teikėjai, informacijos prieinamumo pagalba, gali stiprinti savo vaidmenį, kartu užsitikrindama pranašumą prieš kitą paslaugų teikėja veikiančią toje pačioje teritorijoje. Šiuo požiūriu informacijos prieinamumas didina konkurencingumą⁴⁴. Informacijos prieinamumas svarbus ir skatinant asmenis priimti didesnę atsakomybę už savo sveikatą, kadangi sudaro jam galimybę dalyvauti priimant sprendimus apie diagnostikos ir gydymo metodus bei jų taikymo pasekmes⁴⁵. Tačiau pastebima, jog paciento teisės į informacijos gavimą įgyvendinimas priklauso nuo sveikatos priežiūros specialistų šios prievolės supratimo bei teisingo interpretavimo. Pagrindinė problema pasireiškia tuo, kad didelė dalis sveikatos priežiūros specialistų nežino šios teisės turinio ir svarbos, todėl praktikoje ją taiko nenoriai, arba jos taikymas pasireiškia tik formaliu pavidalu, kuriuo siekiama apsaugoti savo interesus, t. y. išvengti bereikalingo teisinio bylinėjimosi⁴⁶. Tokia situacija stebima ne tik Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje, pvz., Britanijos tautų sandraugos fondo atliktame tyrime, kuriame dalyvavo pacientai iš Australijos, Kanados, Vokietijos, Naujosios Zelandijos, Jungtinės Karalystės ir JAV, nuo 16 iki 26 proc. pacientų nurodė bendravimo su medicinos personalu problemą, kuri pasireiškia dėl per mažo pacientų įtraukimo į gydymo problemų sprendimą⁴⁷, t.y. medicinos personalas ne visada tinkamai informuoja pacientą apie taikomus gydymo būdus bei atliekamas procedūras ir jų būtinumą. Tad, galima teigti, jog, neturėdamas visos reikiamos informacijos apie savo sveikatos būklę bei galimas paslaugas, pacientas gali atsisakyti arba negauti jam reikiamų sveikatos priežiūros paslaugų. Todėl negali pilnai įgyvendinti savo teisės į kokybišką sveikatos apsaugą.

Informacijos prieinamumą galima vertinti ne tik kaip tinkamą pacientų informavimą apie visus su jo sveikatos priežiūra susijusius veiksmus, bet ir kaip pacientų supratimą apie jam teikiamą informaciją. Galima pastebėti, jog informacijos prieinamumas yra ne tik teisinė, bet ir etinė problema, pvz., gydytojas stengiasi suteikti pacientui visą jam reikiamą informaciją apie jo sveikatos

⁴³ Mėta Adutavičiūtė, *supra note* 41, p. 4.

⁴⁴ Daina Krančiukaitė-Butylkinienė, Dovilė Peldžiūtė, Daiva Rastenytė, „Paslaugų prieinamumo vertinimas pirminės sveikatos priežiūros įstaigose“, *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 14, 1 (2010): 22.

⁴⁵ Rytė Giedrikaitė, Irena Misevičienė, Irayda Jakušovaitė, „Pacientams suteiktos informacijos apie ligą ir jos eigą vertinimas ligoninėse“, *Medicina* 43, 8 (2007): 664.

⁴⁶ Edita Gruodytė, Laura Šalčiūtė-Pratkienė, „Informuoto paciento sutikimo doktrinos samprata ir svarba sveikatos priežiūroje“, *Teisės apžvalga* 1, 10 (2013): 138.

⁴⁷ Mėta Adutavičiūtė, *op. cit.*, p. 668.

būklę bei gydymo būdus, tačiau pacientas dėl psichinių ar fizinių negalių šios informacijos suprasti yra nepajėgus. Tuomet iškyla etinė dilema: pacientas gauna visą reikiamą informaciją, reiškia gydytojas nepažeidė jo teisės gauti informaciją, bet pacientas jos nesuprato, tad, kaip ir neįgyvendino savo teisės į informacijos gavimą. Šiuo atveju teikiant sveikatos priežiūros paslaugas ir informaciją apie sveikatą reikalingos papildomos paslaugos, padedančios susikalbėti, pvz., vertimo ir tarpininkavimo paslauga nemokantiems ir nesuprantantiems kalbos; gestų kalbos paslaugos ir kitokia pagalba sutrikusių pojūčių ir intelekto žmonėms⁴⁸.

Nors pripažįstama, jog pacientas turi teisę gauti visą reikiamą informaciją, tačiau medicinos teisėje pripažįstama ir tai, jog sakant visą tiesą kartais galima pakenkti paties paciento interesams, o tai neatitiks nei kokybiškos medicinos praktikos reikalavimų, nei vienos iš pagrindinių Hipokrato priesaikos nuostatos „svarbiausia nepakenkti“ (lot. *primum non nocere*)⁴⁹. Todėl kai kurių šalių, tame tarpe ir Lietuvos, sveikatos apsaugos įstatymuose įtvirtinta ir paciento teisė nežinoti, kuri taikoma tais atvejais kai paciento atsisakymas gauti informaciją gali sukelti žalingus padarinius pacientui ar kitiems asmenims⁵⁰. Tačiau yra valstybių, kuriose pripažįstama, kad ir kokia nepalanki būtų informacija pacientui, jis turi teisę ją žinoti, pavyzdžiui, JAV reikalaujama iš gydytojų būti sąžiningiems su pacientais ir neslėpti blogų žinių⁵¹.

Pacientas reikalingą informaciją turi gauti ne tik gydytojo kabinete, bet ir už jo ribų, todėl kuriami įvairūs pacientų portalai, kuriuose pastarieji gali rasti visą išsamią ir reikalingą informaciją⁵². Šių dienų informacinės technologijos užima svarbią poziciją sveikatos apsaugos srityje. Kompiuteris ir internetas suteikia galimybes efektyvesniam darbui ir sveikatos paslaugų prieinamumui bei medicininės informacijos apdorojimui, todėl elektroninių sveikatos paslaugų valdymo sistema (e. sveikata) per pastaruosius kelerius metus sukėlė perversmą sveikatos apsaugos sistemoje. E. sveikatos įdiegimas teikia naujų galimybių, kuriomis gali būti pagerinta sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė⁵³. Informacija medicinos sektoriuje aprėpia labai daug: „nuo paprasčiausios informacijos apie sveikatos paslaugų teikėjus, sveikatos paslaugų prieinamumą, visuomenės informavimą apie sveiką gyvenimą ir ligų prevenciją iki hospitalinių informacinių sistemų, paciento elektroninės sveikatos istorijos, internetinės paciento kortelės, šiuolaikinės

⁴⁸ FRA – Europos Sąjungos pagrindinių teisių agentūra, „Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė. Nelygybė ir daugialypė diskriminacija,“ žiūrėta 2016 02 15,

https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-factsheet_inequalititesmultidiscrimination_lt.pdf.

⁴⁹ Mindaugas Šimonis, „Paciento autonomija: esmė ir įtvirtinimas Lietuvos teisėje,“ *Teisė* 58 (2006): 140.

⁵⁰ *Supra note* 23.

⁵¹ Mėta Adutavičiūtė, *supra note* 41, p.140.

⁵² Kęstutis Štaras, Tomas Vedlūga, Neringa Kalvelytė, „Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtino vertinimas ir analizė,“ *Sveikatos mokslai* 23, 4 (2013): 31.

⁵³ *Ibid*, p. 48.

medicininės įrangos valdymo, klinikinių sprendimų palaikymo, telemedicinos⁵⁴ ir pan. Anot J. Griškevičiaus ir R. J. Kizlaitės, elektroniniu būdu teikiama informacija padeda išlaisvinti gydytojus nuo kasdienio popierinių dokumentų pildymo, o pacientams sudaro galimybę per internetą prieiti prie medicinos žinių bazių ir gauti informaciją apie geriausius specialistus, gydymo būdus ar medikamentus, o tai atveria naujas galimybes į pacientą orientuotai sveikatos apsaugai⁵⁵.

Be informacijos prieinamumo e. sistema prisideda ir prie fizinio sveikatos paslaugų prieinamumo, t. y. sveikatos priežiūros paslaugų apimtis yra išplečiama už jos įprastinių ribų, ir geografinė, ir konceptualia prasme, kadangi vartotojams yra suteikiamos galimybės lengviau gauti sveikatos priežiūros paslaugas tiesiogiai iš globalių teikėjų: šios paslaugos gali apimti ir patarimus ar konsultacijas, ir daug sudėtingesnes intervencijas⁵⁶.

Apibendrintai e. sveikatos sistemą galima įvardinti kaip paslaugų sritį, kuri sveikatos priežiūroje apima:

- „Elektroninius medicinos įrašus (*electronic medical records*): paprastesnės paciento duomenų komunikacijos tarp skirtingų sveikatos priežiūros profesionalų (bendros praktikos gydytojai, specialistai, slaugos komanda, farmacija ir pan.) galimybės;
- Telemediciną: apima visus tipus fizinių ir fiziologinių matavimų, kurie nereikalauja paciento kelionės pas specialistą. Veikiant šiai paslaugai, pacientams reikia mažiau lankytis pas specialistus ir, atvirkščiai, specialistas apima didesnę plotą.
- Įrodymais paremtą mediciną (*evidence based medicine*): sistema, kuri suteikia informaciją apie tinkamą gydymą esant tam tikrai paciento būsenai. Sveikatos priežiūros specialistas gali žiūrėti, ar jo diagnozė eina išvien su moksliniais tyrimais. Pranašumas tas, kad duomenys gali būti nuolatos atnaujinami.
- Vartotojo sveikatos informatiką (*consumer health informatics*): ir sveiki, ir pacientai nori būti informuoti apie medicinos problematiką.
- Sveikatos žinių valdymą (*health knowledge management*): naujausių medicinos žurnalų apžvalga, geriausios praktikos gairės ar epidemiologinė raida. Virtualios sveikatos priežiūros komandas (*virtual healthcare teams*): susideda iš sveikatos priežiūros specialistų, skaitmeninės įranga pagalba bendradarbiaujančių ir besidalinančių informacija apie pacientus⁵⁷.

⁵⁴ Julius Griškevičius ir Romualdas J. Kizlaitis, *Informacinės sistemos medicinoje. Mokomoji knyga*. (Vilnius: Technika, 2012), 8.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 8.

⁵⁶ *Ibid.*, p. 9.

⁵⁷ *Ibid.*, p. 10.

Tokiu būdu, e. sveikata yra plėtojama tam, kad būtų užtikrintas vienodas priėjimas prie garantuotos kokybės sveikatos priežiūros paslaugų visiems gyventojams, neatsižvelgiant į jų geografinę, socialinę ar ekonominę padėtį⁵⁸. Europos Komisijos požiūriu e. sveikatos tikslai yra⁵⁹:

- Gerinti piliečių sveikatą, t. y. naudojant e. sveikatos priemones pasiekti, kad būtų prieinama gyvybiškai svarbi informacija – prirėikus ir kitose šalyse;
- Gerinti sveikatos priežiūros kokybę ir galimybę naudotis jos paslaugomis įtraukiant e. sveikatą į sveikatos politiką ir koordinuojant ES šalių politines, finansines ir technines strategijas;
- Pasiekti, kad e. sveikatos priemonės būtų veiksmingesnės, patogesnės ir plačiai naudojamos, įtraukiant specialistus ir pacientus į strategijų rengimą ir įgyvendinimą.

Tad, EK pripažįsta, jog e. sveikatos sistema daro įtaką visai sveikatos apsaugai – nuo paslaugų iki valdymo ir apskaitos: „ji leidžia gerinti žmonių informuotumą ir rūpinimąsi savo sveikata, efektyviau panaudoti turimus išteklius teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, kurti naujas paslaugas, paremtas moderniomis informacinėmis technologijomis, gerinti paslaugų kokybę ir prieinamumą“⁶⁰.

Kitas labai svarbus sveikatos priežiūros prieinamumo elementas – fizinis prieinamumas, pvz., atstumas iki sveikatos priežiūros įstaigų, patekimo pas norimą specialistą galimybės, patekimo pas specialistą laukimo laikas, greitosios medicininės pagalbos galimybės ir pan.

Atstumas iki artimiausios sveikatos priežiūros įstaigos yra vienas pagrindinių sveikatos priežiūros fizinio prieinamumo kriterijų. Toks prieinamumas dar vadinamas teritoriniu arba komunikaciniu sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu, kuris susijęs su susisiekimo galimybėmis, t. y. atstumu iki gydymo įstaigos, viešojo transporto prieinamumu ir laiku, per kurį pacientas pasiekia sveikatos paslaugas teikiančią įstaigą⁶¹. Teritorinis sveikatos apsaugos prieinamumas ypatingai aktualus atokesnių rajonų ar kaimų gyventojams, kur vyrauja visuomeninio transporto trūkumas, pvz., R. Pečiūra ir kt. atliktame tyrime atkreipiamas dėmesys, jog „daugelio kaimų gyventojai tegali atvykti visuomeniniu transportu į rajono centrą tik kartą per dieną, dažniausiai – anksti rytą. Taip rajono ligoninės priimamuosiuose, poliklinikose ar pirminės sveikatos priežiūros centruose susidaro eilės, dėl apžiūros laiko stokos nukenčia paslaugų kokybė, nes atvykę iš kaimų pacientai priversti prisitaikyti prie vienintelės galimybės – visuomeniniu transportu grįžti tą

⁵⁸ Julius Griškevičius ir Romualdas J. Kizlaitis, *supra note* 54, p. 12.

⁵⁹ Europos Komisija, Politika „E. Sveikata“, žiūrėta 2016 02 25, http://ec.europa.eu/health/ehealth/policy/index_lt.htm.

⁶⁰ *Supra note* 54, p. 21.

⁶¹ Iona Tamutienė, Inga Černiauskaitė, Austė Srugaitė, „Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai“, *Kultūra ir visuomenė* 2, 1 (2011): 102.

pačią dieną namo“⁶². Tokią padėtį galima pagerinti išplečiant pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų ir jų padalinių (ambulatorijų, medicinos punktų, atskirų bendrosios praktikos gydytojų kabinetų) tinklą, bei decentralizuojant socialinių paslaugų teikimą. Teritorinį prieinamumą gali riboti ir pačių pacientų fizinė būklė: senyvo amžiaus asmenys, fizinė negalia ir pan. Šiuo atveju svarbų vaidmenį vaidina papildomų paslaugų išvystymo lygis, pvz., galimybė gauti valstybės kompensuojamas transporto paslaugas, galimybė pasinaudoti greitosios medicinos pagalbos paslaugomis ir pan. Tad, galima pastebėti, jog fizinio/teritorinio sveikatos apsaugos paslaugų prieinamumo užtikrinimas ne mažą dalimi priklauso ir nuo finansinio prieinamumo galimybių, t.y. neturintys pakankamai lėšų susimokėti už transporto paslaugas gyventojai rečiau naudojami sveikatos priežiūros paslaugomis dėl ko neįgyvendina savo teisės gauti kokybiškas ir savalaikes sveikatos priežiūros paslaugas.

I. Tamutienės ir kt. atliktas tyrimas parodė, jog su finansiniu prieinamumu susijusios šios pagrindinės kategorijos: „tiesioginis mokėjimas už paslaugas, iš kurių didelis svoris tenka neįperkamos ar brangioms odontologo paslaugoms bei brangiems tyrimams; brangi kelionė (kaimo gyventojams), brangūs ar neįperkami vaistai ir kyšių davimas“⁶³. Nors valstybė laiduoja nemokamas pagrindines sveikatos priežiūros paslaugas, tačiau kai kuriems pacientams yra reikalingos įvairios papildomos procedūros ar tyrimai, už kuriuos tenka papildomai primokėti, o to negalintys padaryti pacientai atsisako tokių paslaugų, todėl neįgyvendina savo teisės į kokybišką sveikatos apsaugą.

Dar vienas gana svarbus sveikatos paslaugų prieinamumą užtikrinantis elementas – sveikatos paslaugų organizavimas. Anot M. Sriubo sveikatos paslaugų organizavimo trūkumai tiesiogiai priklauso nuo paslaugų teikėjo (įstaigos) veiklos efektyvumo, pvz., iškvietimo metu nėra laisvo greitosios medicinos pagalbos automobilio dėl jų nepakankamo skaičiaus pagal gyventojų skaičių arba nėra būtinos medicinos įrangos, arba nėra budinčio gydytojo, arba neužtikrinus pacientui anonimiškumo šis negali pasinaudoti teise į anoniminę priežiūrą ir pan.⁶⁴. Organizacinio prieinamumo rodiklis yra ir ilgas laukimo laikas, norint patekti pas šeimos gydytoją ar kitą sveikatos priežiūros specialistą. Medicinos mokslo įrodyta, kad suteikus paslaugą per tam tikrą laiką galima sulaukti geriausių rezultatų, todėl pavėluotai suteikta paslauga pažeistų paciento teisę ne tik į prieinamumą, bet ir savalaikiškumą, t. y. sąlygą, kuri Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo

⁶² Rimantas Pečiūra, Danguolė Jankauskienė, Romualdas Gurevičius, „Sprendimų reformuoti sveikatos apsaugą paieška. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teritorinio prieinamumo įvertinimas.“ *Medicina* 42, 11 (2006): 940.

⁶³ Iona Tamutienė, Inga Černiauskaitė, Austė Sruogaitė, *supra note* 61, p. 98.

⁶⁴ Modestas Sriubas, *supra note* 25, p. 66.

įstatyme įtvirtintoje kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų sąvokoje įvardyta kaip tinkamu laiku. Taigi „savalaikiškumo kriterijus iš esmės yra sveikatos priežiūros paslaugos kokybės prieinamumo sąlyga, nes netinkamu laiku suteikta sveikatos priežiūros paslauga lemia kokybiškos paslaugos prieinamumo pacientui pažeidimą“⁶⁵.

Analizuojant paskutinius sveikatos priežiūros kokybę iš paciento pozicijų vertinimo tyrimus, kuriuos periodiškai atlieka Švedijoje įkurta privati įmonė UAB „Sveikatos vartotojų jėgainė“ (angl. *Health Consumer Powerhouse*), galima pastebėti, jog Lietuvoje vis dar aktualios šios sveikatos apsaugos paslaugų prieinamumo problemos⁶⁶:

- Lietuva vidutiniškai atrodo pacientų teisių ir informacijos kategorijoje. Čia blogai įvertinti trys Lietuvos parametrai – e. recepto, elektroninių pacientų įrašų ir pacientams skirto ir prieinamo gydymo įstaigų katalogo su jų kokybės vertinimu neturėjimas. Pastebėtina, kad ties pirmais dviem punktais (e. receptas ir elektroniniai pacientų įrašai) intensyviai ir nuosekliai dirbama, taigi artimiausiais metais galima tikėtis geresnio įvertinimo šioje kategorijoje;

- Didžiausias pablogėjimas – paslaugų prieinamumo (gydymo laukimo) kategorijoje. Įvertinimas krito nuo 150 iki 100 balų. Labiausiai šioje kategorijoje pailgėjo skubios pagalbos laukimo laikas – 2013 m. pacientai nurodė, kad laukė mažiau nei 1 val., o 2014 m. – apie 2,5 valandos. Taip pat pacientų blogiau vertinama ir galimybė tą pačią dieną patekti pas šeimos gydytoją. Lietuvoje blogai vertinamas ir diagnostinių procedūrų laukimo laikas, pvz., kompiuterinės tomografijos laukimo laikas – daugiau nei 21 diena, kai tuo tarpu kitose šalyse šio tyrimo laukiama ne ilgiau kaip 7 dienas.

- Teikiamų paslaugų apimtys ir pasiekiamumo rodiklių vertinimas nuo 2013 m. nepakito. Nepakito ir neigiamas neoficialių primokėjimų gydytojams vertinimas, pacientai vis dar skundžiasi, jog Lietuvos sveikatos sektoriuje yra neoficialių mokėjimų problema. Į šią problemą dėmesį pradeda kreipti ir patys Lietuvos gydytojai, skatindami pacientus atsisakyti didelių dovanų ar piniginio atlygio davimo, tad tikėtina, jog ateityje ši problema bus mažesnė.

Apibendrinant galima konstatuoti, jog kokybišką sveikatos apsaugą garantuoja sveikatos paslaugų prieinamumo užtikrinimas. Geras prieinamumas yra tuomet kai didžioji gyventojų dalis prareikęs sveikatos paslaugų jas gauna laiku. Savalaikiškumą užtikrina geras susisiekimasis su sveikatos paslaugų teikėjais, optimalus patekimo pas reikiamą specialistą laikas, racionalus sveikatos paslaugų organizavimas, galimybės įpirkti sveikatos paslaugas bei gauti reikiamą

⁶⁵ Modestas Sriubas, *supra note 25*, p. 67.

⁶⁶ Romualdas Gurevičius, „Kuriant į pacientą orientuotą sveikatos priežiūros sistemą,“ *Visuomenės sveikata* 1, 68 (2015): 6-7.

informaciją. Kad visi minėti procesai vyktų sklandžiai būtinas atitinkamas teisinis sveikatos apsaugos prieinamumo reguliavimas. Pastarasis plačiau bus aptartas kituose šio darbo skyriuose.

1.1.2. Sveikatos apsaugos priimtino samprata

Kaip jau buvo pastebėta, sveikatos priežiūra yra ypatinga, su žmogaus sveikata susijusi veikla, todėl svarbu nuolatinį dėmesį skirti sveikatos priežiūros kokybei gerinti. Pagrindinės kokybės dimensijos, į kurias būtina atsižvelgti sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms organizacijoms, norint sukurti nuolatinės sveikatos priežiūros kokybės gerinimo sistemas yra⁶⁷:

- Paciento suvokiama kokybė - tai, ko pacientai tikisi iš sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių organizacijų ar institucijų. Paciento suvokiama kokybė apima jo lūkesčius, kokių jis tikisi arba norėtų medicininių paslaugų ir kokias jis galėtų gauti. Jam svarbu ligos diagnozė ir saugumas teikiant paslaugas. Pacientas labiau vertina ne tai, kaip organizuojama paslauga ir koordinuojama gydymo proceso eiga, bet labiau akcentuoja emocinį ir psichosocialinį sveikatos priežiūros aspektus. Jam svarbu dėmesys, pagarba, konfidencialumas, privatumo išsaugojimas, atjauta, bendravimas ir atvirumas;

- Profesionalioji kokybė – apima tai, ar sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos kvalifikuotai ir ar jos atitinka pacientų teisėtas reikmes ir įstaigoje patvirtintus sveikatos priežiūros paslaugų teikimo standartus (procedūras).

Tad, galima konstatuoti, jog sveikatos apsaugos kokybę didele dalimi lemia orientavimasis į pacientą. PSO tokį orientavimą į pacientą įvardina kaip sveikatos priežiūros priimtinumą, kuris nurodo, jog sveikatos priežiūros paslaugos turi atitikti individualių vartotojų ir bendruomenių poreikius ir lūkesčius⁶⁸. OECD požiūriu sveikatos apsaugos priimtumas – tai paciento lūkesčiai, kurie tiesiogiai su sveikatos priežiūra nesusiję, o susiję daugiau su paciento bei paslaugų teikėjo santykiu paslaugų teikimo metu, pvz., gydytojo elgesys, bendravimas su pacientu, rūpinimosi lygis ir pan.⁶⁹. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme sveikatos priežiūros priimtumas yra įvardinamas kaip „valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitiktį“⁷⁰. Tai reiškia, jog pacientui yra priimtina ta paslauga, kuri yra jam reikalinga,

⁶⁷ Kęstutis Štaras, Tomas Vedlūga, Neringa Kalvelytė, *supra note 52*, p. 27.

⁶⁸ World Health Organization, *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*, (Geneva: 2006), 10.

⁶⁹ Kelley E., J. Hurst, *supra note 28*, p. 13.

⁷⁰ *Supra note 12*.

atitinka jo poreikius bei teikiama atsižvelgiant į etinius principus. Anot Štaro ir kt., sveikatos apsaugos priimtumas analizuojamas pagal galimybę rinktis specialistą, paslaugą, diagnostiką, gydymo metodą, t.y. paciento autonomiją bei vertinamas, remiantis standartų taikymo, gydytojo profesionalumo ir kitais aspektais⁷¹.

Vienas iš esminių sveikatos apsaugos priimtumo sąlygų yra pacientų autonomijos užtikrinimas. „Autonomija – tai galimybė asmeniui pasirinkti pačiam ir reikalauti, kad niekas kitas neprimestų jam savo valios“⁷². Apsisprendimo teisė arba autonomija įvardijama kaip esminė medicinos vertybė. Šios vertybės samprata bėgant metams keitėsi labiausiai. Nuo seno klinikinių klausimų sprendimuose, gydymo būdų pacientams parinkime gydytojai buvo pakankamai savarankiški. Nuostata, kad medicinos srities atstovai, ypač gydytojai, geriausiai žino, kas yra jo pacientui geriausia, vyravo iki XX amžiaus vidurio. Todėl siekiant paciento sveikatos, nebuvo atsižvelgiama į paties paciento valią. Ši nuostata dažnai vadinama „paternalizmu“⁷³. Tačiau laikui bėgant gydytojų autonomija daugelio šalių vyriausybių ir kitų valdžios institucijų buvo pradėta kontroliuoti. Pamažu pradėta pripažinti ir paciento autonomiją, kuri reiškia, kad lemiamas veiksnys, priimant galutinį sprendimą susijusį su paciento sveikata, yra paciento valia⁷⁴. Požiūris į pacientų autonomiją taip pat laikui bėgant keitėsi. Paciento autonomija iš pradžių buvo pripažinta tik kaip kūno fizinis neliečiamumas ir apsauga, ginama normomis, reglamentuojančiomis draudimą be asmens sutikimo liesti jo kūną. Ilgainiui paciento autonomijos samprata buvo išplėsta, nes suvokta, kad į sveikatos priežiūros paslaugų sąvoką įeina ne vien klinikinis gydymas, bet ir paciento bei gydytojo santykis⁷⁵. Šiuo metu paciento autonomija leidžia sveikatos priežiūros paslaugos teikėjui apmokyti pacientą, tačiau neleidžia jam priimti sprendimo už pacientą.

Sveikatos priežiūros praktikoje paciento autonomija įgyvendinama, suteikiant jam pasirinkimo teisę prieš tai tinkamai jį informavus. Būtent informuoto paciento sutikimo doktrina yra vienas iš pagrindinių paciento autonomijos principų, kadangi tik gerai žinodamas savo gydymo planą, gydymo riziką bei naudą ir galimas gydymo alternatyvas, pacientas gali sąmoningai rinktis. I. Mazerskytė išskiria dviejų rūšių neinformavimo priežastis: objektyvias ir subjektyvias. Anot autorės „pagrindinė objektyvi ligonių nepakankamo informavimo priežastis – per didelis gydytojų darbo krūvis ir dokumentacijos tvarkymas. Kaip subjektyvios priežastys nurodomos nepakankamos

⁷¹ Kęstutis Štaras, Tomas Vedlūga, Neringa Kalvelytė, *supra note* 52, p. 28.

⁷² Mindaugas Šimonis, *supra note* 49, p. 134.

⁷³ Eimantas Peičius, „Sveikatos profesionalo ir paciento santykių transformacija: tarp paternalizmo ir autonomijos“ žiūrėta 2016 01 26, <http://bioetika.sam.lt/index.php?2691180069>.

⁷⁴ Williamsas J. R. *Medicinos etikos vadovas*. World Medical Association. Vertimas į lietuvių kalbą – Lietuvos gydytojų sąjunga 138 (2005), 28.

⁷⁵ Kelley E., J. Hurst, *supra note* 28, p. 136.

gydytojų pastangos, įtraukiant ligonį į savigydą: profesinės abejonės ir pacientų neryžtingumas⁷⁶. Todėl sveikatos priežiūros praktikoje oficialiai yra įteisinta prievolė paaimti rašytinį paciento patvirtinimą, jog jis yra informuotas ir sutinka su taikomu gydymo būdu. Ši prievolė užtikrina, kad medikas visais atvejais informuoja pacientą, o pacientas tą informaciją gavo ir suprato. Tad, kyla klausimas: ar visada autonomijos reikalavimas turėtų būti taikomas. Reikalavimas pripažinti kiekvieno paciento autonomiją yra paradoksalus dalykas, „nes kartais kyla abejonių ar nepaisant skausmo, diskomforto ar fiziologinių sutrikimų (išskyrus sunkius psichinius sutrikimus), pacientas gali racionaliai mąstyti ir save patį suvokti, daryti sprendimus, vertinti ir numatyti savo veiklos tikslus bei motyvus⁷⁷. Iš tiesų, tai reiškia, kad absoliuti autonomija pacientų atžvilgiu negali egzistuoti. Medicinos sociologija, kuri tyrinėja sergančiojo vaidmenį, akcentuoja tokius laisvo asmens autonomiją determinuojančius veiksnius kaip liga, jos intensyvumas, skausmas, fizinė arba mentalinė negalia, nuovargis ir pan. Todėl dažnais atvejais neįmanoma tiksliai nustatyti, ar pacientas gali ir sugeba vertinti savo interesus ir deklaruojamas vertybes kritiškai, t. y. ar jis suvokia tai, kas aplinkui vyksta. Svarbesni ne paciento norai, o tai kam jis motyvuotai pritaria. Todėl šiuolaikinės sveikatos priežiūros kontekste autonomija suvokiama ne tik kaip formalus teisių turėjimas, bet ir kaip galimybė pasinaudoti šiomis teisėmis geresnės savo sveikatos labui⁷⁸.

Medikas gydo autonomiško asmens kūną, be kurio sutikimo jis neturi teisės prieiti prie jo kūno. Kita vertus, pacientas patiki savo kūną tik pasitikėdamas gydytoju⁷⁹. Tad, pasitikėjimas – tai esminė gydytojo ir paciento santykių sudedamoji dalis. Tarptautiniame medicinos etikos kodekse teigiama: „Gydytojas turėtų būti visiškai lojalus savo pacientams ir padėti jiems pasitelkdamas visas savo žinias⁸⁰. Gydant pasiekama geresnių rezultatų, jei pacientas mato, kad gydytojas supranta jo rūpestį ir gydo jį patį, o ne tik jo ligą⁸¹. Tokiu būdu paciento pasitikėjimas gydytoju didėja, jeigu jaučiamas jo nuoširdumas, rūpestis bei užuojauta. Užuojauta reiškia pagarbą paciento orumui ir jo vertybėms, bet ji taip pat reiškia, kad pripažįstamas ligonio arba negalią turinčio paciento pažeidžiamumas ir stengiamasi į jį deramai atsižvelgti⁸². Tad, siekiant, kad sveikatos paslaugos būtų priimtinos pacientui, medicinos personalas ne tik turi nustatyti jo patiriamus simptomus ir esmines jų priežastis, bet turi ir norėti, kad ligonis pasveiktų. Šiuo atveju svarbi tampa gydytojo profesinė

⁷⁶ Lilija Mazerskytė, „Medicinos etikos studijos į pagalbą gydytojui,“ *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 9, 12 (2007): 846.

⁷⁷ World Health Organization, *supra note* 68, p. 48.

⁷⁸ Eimantas Peičius, *supra note* 73.

⁷⁹ Krescentius Stoškus „Medikas ir pacientas: bendravimo etika“ žiūrėta 2016 02 08, <http://bioetika.sam.lt/index.php?2290882227>.

⁸⁰ Williamsas J. R., *supra note* 74, p. 48.

⁸¹ *Ibid*, p. 28.

⁸² *Ibid*, p. 48.

atsakomybė, kurios tikslas gydymo procese nepadaryti žalos pacientui. Bet kuris asmuo turi pareigą elgtis atsargiai ir dėmesingai, taip kad savo veikla nepadarytų žalos kitiems. Ši pareiga yra bendro pobūdžio pareiga. Tačiau, anot A. Rutkauskaitės, „vis tik, šios pareigos laipsnis skirtingiems asmenims nėra vienodas. Egzistuoja tam tikrų profesijų žmonės, kurių veiklai yra taikomi didesni, reiklesni elgesio standartai. Paprastai, šių profesijų atstovams būdinga tai, kad jų veika yra susijusi su didesne rizika padaryti žalą kitiems asmenims. Būtent tokia ir yra gydytojo profesija“⁸³. Profesinės atsakomybės principus nurodo mediko etikos kodeksas bei medicinos standartai, kurie reglamentuoja mediko veiksmus ir užtikrina, jog teikiamos paslaugos nepakenktų pacientui. Tad, aktualu trumpai aptarti medicinos etikos bei medicinos standartų sampratą.

Gydytojo profesinės etikos ištakos siejamos su medicinos mokslo pradininku gydytoju Hipokratu, kurio suformuluotais pagrindiniais gydytojo profesijos etikos principais vadovaujamosi iki šiol. Nors gydytojo profesinė etika įvairiais raidos tarpsniais (medicinos mokslo ir technologijų pažangos, visuomenės ir kultūros pokyčių) keitė savo formą ir turinį, tačiau svarbiausios „hipokratiškosios“ gydytojo profesinės etikos vertybės išliko: „gerbti žmogaus orumą ir teises, paciento autonomiją; gerbti žmogaus gyvybę nuo prasidėjimo iki mirties; kurti pažangų medicinos mokslą ir geros medicinos praktikos standartus; ugdyti pagarbą teisinei valstybei; garbingai ir sąžiningai atlikti savo pareigas; siekti pateisinti gerą gydytojo vardą“⁸⁴ ir kt. Tad, galima teigti, jog mediko etika nurodo gydytojo, kaip savo profesijos atstovo, bendravimo su pacientu standartus: kvalifikuoto, atidaus, dėmesingo, rūpestingo, atsargaus gydytojo profesinio elgesio standartas. Kai sąžiningai laikomasi šių standartų, sveikatos priežiūros paslaugos tampa priimtinos visiems jų vartotojams.

Be etikos standartų ypatingai svarbią reikšmę turi ir profesinės veiklos (medicinos) standartai, t. y. atliekamų diagnostinių tyrimų bei gydymo standartai. Medicinos standartai – tai „teisės dokumentai, kurie kreipia (reglamentuoja) gydytojo veiklą, jam sprendžiant atskiras (tai yra su tam tikru susirgimu ar kita sveikatos problema susietas) diagnostikos, klinikines, prevencijos ir pan. problemas“⁸⁵. Kaip ir bet koks teisinis dokumentas, gydymo medicinos standartai numato⁸⁶:

- Įpareigojančias normas: nukreipia gydytoją atlikti tam tikrus veiksmus;
- Rekomendacines normas: rekomenduoja gydytoją pasirinkti tam tikrą elgesio variantą;

⁸³ Aurelija Rutkauskaitė, „Gydytojų profesinė atsakomybė dėl pacientams padarytos žalos. Paciento sutikimo dėl gydymo svarba,“ žiūrėta 2016 03 02, <http://lt.trinity.ee/archives/3555>.

⁸⁴ Williamsas J. R., *supra note* 74, p. 12.

⁸⁵ Viktoras Justickis, Tomas Saladis, „Medicinos standartai medicininės teisės sistemoje,“ *Socialinių mokslų studijos* 4, 3 (2012): 1064.

⁸⁶ Audrius Bakaveckas et al., *supra note*, p. 182.

- Draudžiančias normas: draudžiant gydytojais atlikti tam tikrus veiksmus;
- Įgalinančias normas: leidžiant tam tikru būdu pasiegti.

V Justickio ir kt. nuomone, medicinos rekomendacijų privalomumo laipsnio suvokimas gali sukelti daug problemų. Tą pačią medicinos rekomendaciją galima interpretuoti ir kaip privalomą paliepiamą (imperatyvinė norma), ir kaip rekomendacinį pageidaujamo elgesio nurodymą (rekomendacinė norma), ir kaip leidimą pasirinkti tam tikrą elgesio būdą (dispozicinė norma), pvz., „viena dažniausiai medicinoje vartojamų sąvokų – „indikuotina“, gali reikšti: 1) privalomumą (kažkas yra indikuotina ir dėl to būtent tai gydytojas privalo šiuo atveju daryti), 2) rekomendaciją (nurodymas, kokie veiksmai yra labiausiai pageidaujami) ar 3) leidimą (rekomendacija pasako, kad veiksmai, kurių gydytojas nori imtis, indikuotini – tai yra leidžiami)⁸⁷. Todėl vykdomi tarptautiniai ir nacionaliniai projektai, kuriais siekiama tobulinti medicinos standartus ir skatinti, kad jų naudojimas būtų platesnis. Toks yra, pavyzdžiui, didžiausias pasaulyje medicinos algoritmų rinkinys (angl. *The Medical Algorithms Project*), kuriame yra daugiau kaip 13 800 medicinos algoritmų iš 45 įvairių medicinos praktikos sričių. Šiuo algoritmų rinkiniu naudojasi 106 000 registruotų vartotojų visame pasaulyje, nes jame yra nurodomos technologijos ir medicinos sprendimai, padedantys sumažinti laiko sąnaudas bei klaidas ir padedantys didinti sveikatos paslaugų kokybę⁸⁸. Tuo tarpu Lietuva dar tik rengia savo medicinos standartus. Šiuo metu Lietuvoje visos šalies mastu galioja apie 20 oficialių standartų, kurie yra patvirtinti Sveikatos apsaugos ministro įsakymais⁸⁹.

Taigi, tiesiogiai ar netiesiogiai, tačiau profesiniais standartais yra apibrėžiamas visų sveikatos apsaugos sektoriaus institucijų veiklos turinys ir forma. V. Justickio ir kt. teigimu, „medicinos standartai užima pamatinę vietą tarp visų norminių aktų, reglamentuojančių sveikatos apsaugos veiklą“. Tokią jų padėtį lemia tai, kad medicinos standartais yra nustatomi konkretūs gydytojo veiksmai, kuriais jis turi padėti pacientui, o tai ir yra pagrindinis sveikatos apsaugos sistemos tikslas. Sveikatos apsaugos sistemos valdymas, teisinis reguliavimas, aprūpinimas ištekliais, yra reikalingas tam, kad sudarytų tinkamas sąlygas veiksams atlikti ir tikslui pasiekti⁹⁰.

Atsižvelgiant į aukščiau minėtus sveikatos apsaugos priimtino aspekto, galima teigti, jog ne mažiau svarbus principas, be kurio sunkiai įsivaizduojamas tinkamas sveikatos apsaugos priimtino įgyvendinimas yra pacientų sauga, t.y. nepageidaujamų įvykių, atsirandančių dėl

⁸⁷ Viktoras Justickis et al. „Profesinių diagnostinių ir gydymo standartų privalomumo gydytojui problema (Kaip griežtai privalomi gydytojui profesiniai diagnostikos ir gydymo standartai)“, *Sveikatos politika ir valdymas* 1, 6 (2014): 159.

⁸⁸ M. Sriram Iyengar, „The Medical Algorithms Project“, žiūrėta 2016 01 15, <http://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/0908/0908.0932.pdf>.

⁸⁹ Aurelija Rutkauskaitė, *supra note* 83.

⁹⁰ Viktoras Justickis et al., *op. cit.*, p. 159.

sveikatos priežiūros sistemos poveikio, tikėtinumo sumažinimas⁹¹. Pacientų sauga laikomas „kokybiškos – saugios, veiksmingos, pacientų reikmių tenkinimą ir orumą užtikrinančios – sveikatos priežiūros rezultatas“⁹². Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) pacientų saugą apibrėžia kaip „pacientų teisę apsisaugoti nuo nereikalingos ar galimos žalos, susijusios su sveikatos priežiūros paslaugomis“⁹³. Už sveikatos reikalus atsakingas Europos Komisijos (EK) narys Tonio Borgas kalbėjo: „Ligoninėse besigydantys piliečiai tikisi, kad jiems teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos bus saugios. Puiku, kad dauguma valstybių narių jau įgyvendina pacientų saugos programas. Vis dėlto susirūpinimą kelia tai, kad sveikatos priežiūros įstaigose vis dar pasitaiko nepageidaujamų reiškinių, o pacientų saugos klausimai retai kada įtraukiami į sveikatos priežiūros specialistų rengimo programas. Todėl turime dėti daugiau pastangų, kad užtikrintume didesnę mūsų piliečių saugą sveikatos priežiūros įstaigose“⁹⁴.

2013 m. lapkričio–gruodžio mėn. visose 28 ES valstybėse narėse atliktos „Eurobarometro“ apklausos apie pacientų saugą ir sveikatos priežiūros kokybę duomenimis:

- „Kiek daugiau nei pusė (53 proc.) ES piliečių mano, kad jų šalies ligoninių pacientai gali patirti žalą. Vis dėlto procentinė dalis valstybėse narėse gerokai skyrėsi: nuo 82 proc. Kipre iki 21 proc. Austrijoje;
- Kaip ir 2009 m. (kai buvo atlikta panaši apklausa), kiek daugiau nei ketvirtadalis (27 proc.) respondentų teigė, kad jie patys ar jų šeimos nariai yra patyrę nepageidaujamų reiškinių. Dažniau taip teigė šiaurinių ir vakarinių ES šalių gyventojai;
- Apie nepageidaujamus reiškinius pranešė 46 proc. respondentų (2009 m. – tik 28 proc.). Tai rodo, kad pacientams suteikiama kur kas daugiau galimybių. Tokių pranešimų itin padaugėjo tokiose šalyse kaip Prancūzija (+61 proc.), Ispanija (+40 proc.) ir Liuksemburgas (+32 proc.);
- Vis dėlto 37 proc. atvejų, kai buvo pranešta apie nepageidaujamą reiškinį, nebuvo imtasi jokių veiksmų. Vienas iš penkių respondentų sulaukė gydytojo ar slaugytojo atsiprašymo, 17 proc. – sveikatos priežiūros įstaigos pasiaiškinimo dėl klaidos.“⁹⁵

⁹¹ Lietuvos Respublikos sveikatos ministro įstatymas „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 – 2010 m. programos patvirtinimo,“ *Valstybės žinios* 144, 5268 (2004).

⁹² Europos Komisija, „Pacientų sauga. Pažanga daroma, tačiau ji nepakankama.“ Pranešimas spaudai (2014), žiūrėta 2016 01 16, http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-694_lt.htm.

⁹³ Komitetas Nacionalinei pacientų saugos platformai parengti, „Nacionalinė pacientų saugos platforma 2010–2014 m,“ žiūrėta 2016 02 04, <http://www.vaspvt.gov.lt/node/135>.

⁹⁴ Aurelija Rutkauskaitė, *supra note* 83.

⁹⁵ *Ibid.*

Tad galima teigti, jog visuomenė pacientų saugą tebelaiko neišspręsta ES problema, todėl šioje srityje vis dar reikia siekti pažangos. Veiksmingiausios priemonės – sveikatos priežiūros specialistų įtraukimas, privalomi nacionalinės teisės aktai, pacientų organizacijų įtraukimas ir ES bendradarbiavimas pacientų saugos srityje⁹⁶. Pacientų saugos užtikrinimo problemos akivaizdumas paskatino pacientų saugą įvardyti kaip atskirą procesą bei skatinti pacientų saugos kultūrą ne tik tarptautiniu mastu, bet ir ES lygmeniu. Taigi ES, atsižvelgdama į tarptautinės pacientų saugos politikos kryptis, neliko nuošalyje ir 2005 m. paskelbė Liuksemburgo pacientų saugos deklaraciją⁹⁷, kurioje pabrėžiama, kad aukštos kokybės sveikatos priežiūra yra svarbus žmogaus teisių užtikrinimas, todėl yra pripažįstama ir vertinama ES, jos institucijų ir Europos piliečių. Todėl pacientai turi teisę tikėtis, kad bus dedamos visos pastangos, siekiant užtikrinti jų, kaip sveikatos priežiūros paslaugas vartotojų, saugumą.

Apibendrinant, galima konstatuoti, jog teisę į aukštos kokybės sveikatos apsaugą galima įgyvendinant ne tik užtikrinant sveikatos paslaugų prieinamumą, bet ir sudarant sąlygas, kad teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos būtų priimtinos jų vartotojams, t.y. atitiktų jų poreikius, lūkesčius bei būtų teikiamos nepažeidžiant žmogaus orumo, autonomijos bei užtikrinant pacientų saugą. Kadangi žmonių poreikiai bei lūkesčiai yra skirtingi, todėl, siekiant abipusio (tiek sveikatos paslaugų teikėjų, tiek vartotojų) supratimo bei sutarimo į santykius, susijusius su sveikatinimo veikla, įsikiša valdžios institucijos, rengdamos įvairius sveikatos apsaugos įgyvendinimą reglamentuojančius teisinio reguliavimo mechanizmus.

1.2. Sveikatos apsaugos įgyvendinimo administracinio teisinio reguliavimo mechanizmai

Šių laikų visuomenės organizacijos forma yra valstybė, kurioje visuomenės narių elgesys reguliuojamas teisės normomis. Kiekvienoje valstybėje veikia įstatymų leidžiančiosios valdžios priimti įstatymai, kitų institucijų priimti teisės aktai, reguliuojantys įvairių sričių žmonių tarpusavio santykius⁹⁸. Ne išimtis ir sveikatos apsaugos sritis, kurioje santykiai tarp sveikatos paslaugų teikėjų bei gavėjų yra reguliuojami teisiniu pagrindu.

⁹⁶ Europos Komisija, *supra note* 92.

⁹⁷ European Commission, „Luxembourg Declaration on Patient Safety. Patient Safety – Making it Happen!“ DG Health and Consumer Protection, 2005.

⁹⁸ Genovaitė Dambrauskienė et al. *Lietuvos teisės pagrindai*, (Vilniaus: Justitia, 2004), 19.

Teisinis reguliavimas – tai tokia socialinio reguliavimo rūšis, arba forma, kai teisės normomis ir principais yra daromas poveikis žmonių elgesiui⁹⁹. Teisinio reguliavimo esmė yra kontroliuoti, nukreipti ar valdyti tam tikras veiklas, veiklos sritis, organizacijas ar sistemas, vadovaujantis teisės aktuose nustatytais bendraisiais principais arba taisyklėmis¹⁰⁰. Galima išskirti du pagrindinius teisinio reguliavimo metodus:

- Imperatyvųjį (direktyvinį), kurio esmę sudaro draudžiamieji ir pozityviai įpareigojantys paliepimai: „kas nurodyta teisės normose, tą ir reikia daryti; kas daugiau, tas – už įstatymo ribų ir draudžiama“. Tokiu būdu, šiame modelyje galioja principas: „viskas, kas nėra tiesiogiai leista įstatymo – draudžiama“, t. y. santykio dalyviams neleidžiama jokia elgesio saviveikla ir nukrypimai nuo teisinių imperatyvų¹⁰¹. Šiuo metodu paprastai naudojasi administracinė ir baudžiamoji teisė (materialioji ir proceso).

- Dispozityvųjį (autonominį), kurio turinį sudaro leidžiamieji ir draudžiamieji paliepimai, jų sąveika. Juo nesiekama smulkiai sureguliuoti visuomeninio santykio dalyvių elgesio. Dispozityvaus reguliavimo tikslas yra apibrėžti pagrindines visuomeninio santykio dalyvių elgesio ribas, santykio dalyviams suteikiant laisvę patiems konkretinti savo teises bei pareigas nevaržant kitų asmenų teisių. Čia vyrauja principas: „viskas, kas neuždrausta pozityviosios teisės normų, leidžiama“¹⁰². Šis metodas vyrauja privatinėje teisėje.

I. Danėlienės pastebėjimu, „reguliuojant žmonių santykius teisės priemonėmis, paprastai nei imperatyviojo, nei dispozityviojo metodo kompetencijai neteikiamas pirmumas, kad nenulemti vienpusišką reguliavimą¹⁰³“. Praktikoje paprastai vyrauja proporcingumo principas, t.y. teisės aktuose yra numatomi ne visi santykio dalyvių galimo elgesio variantai, o tik pagrindiniai, tipiški, dažniausiai vyraujantys. Proporcingumo principas reiškia, kad „valdžios institucija turi imtis tik tų priemonių, kurios yra griežtai būtinos jos funkcijoms vykdyti. Jei ji gali rinktis iš kelių tinkamų priemonių, turi būti pasirenkamas švelniausias ir mažiausiai ribojantis bei apsunkinantis galimas veikimo būdas, o (asmeniui) sukelti nepatogumai neturi būti neproporcingi siekiamiems tikslams“¹⁰⁴.

Be teisinio reguliavimo metodų dar galima išskirti ir teisinio reguliavimo stadijas, kurios paprastai yra dvi: pirminis reguliavimas (bendrasis teisinis reguliavimas) bei individualus teisinis

⁹⁹ Alfonsas Vaišvila, *supra note 3*, p. 197.

¹⁰⁰ Business Dictionary. Regulation, žiūrėta 2016 02 25, <http://www.businessdictionary.com/article/aboutus/>.

¹⁰¹ Viktoras Justickis, Tomas Saladis, *supra note 85*, p. 204.

¹⁰² *Ibid.*

¹⁰³ Ingrida Danėlienė, „Proporcingumo principo taikymas administracinėje ir aplinkos teisėje“, *Teisė* 72 (2009): 110.

¹⁰⁴ *Ibid.*

reguliuojamas. Pirminio teisinio reguliavimo stadijoje konstitucija ir kiti įstatymai nustato pradinę visiems piliečiams vienodą teisinę padėtį (teises ir pareigas). Anot I. Danėlienės, „valstybės institucijų teisinė padėtis – tai jų kompetencija (gauti įgaliojimai, jų naudojimo tvarka ir ribos), apibrėžta įstatymų. Asmens išitraukimas į teisinius santykius siekiant pačiam plėsti ar siaurinti savo teises, sudaro individualiojo teisinio reguliavimo pagrindą, kurios esmę sudaro atskirų norminių aktų pagrindu nustatytos tam tikros elgesio taisyklės, kurių laikymasis arba nesilaikymas siaurina arba plečia asmens ar institucijų pradinę teisinę padėtį.“¹⁰⁵

Anot G. Dambrauskienės ir kt. „savo pobūdžiu teisės reguliuojami visuomeniniai santykiai yra labai įvairūs, jie susiklosto įvairiose valstybinio ir visuomeninio gyvenimo srityse bei sferose. Todėl, atsižvelgiant į šių visuomeninių santykių įvairovę bei jų reguliavimo ypatumus (metodą), teisė, kaip tam tikros rūšies socialinių normų sistema, skaidoma į atskiras šakas, kurių kiekviena turi savo specifinį reguliavimo dalyką – tam tikrų visuomeninių santykių grupę“¹⁰⁶. Viena iš tokių teisinio reguliavimo šakų yra administracinis teisinis reguliavimas, kurio dalykas yra visuma visuomeninių santykių, kurie susiklosto viešojo valdymo srityse, arba valstybės vykdomosios valdžios įgyvendinimo (vykdomosios veiklos) procese¹⁰⁷.

Administracinė funkcija yra žmogaus reikalų funkcija. Administracinė funkcija turi išpildyti žmonių reikalavimus, kurie paremti įstatymo teisėtu pagrindu¹⁰⁸. Tokiu būdu, administracinė teisė reguliuoja visuomeninius santykius, kurie atsiranda valstybės institucijoms vykdamas konstitucijos ir įstatymų reikalavimus. Visuomenės narių santykiai, atsirandantys ekonomikos, mokslo, švietimo, sveikatos apsaugos, teisėtvarkos, krašto gynybos, piliečių teisių apsaugos ir kitose srityse, yra laikomi valdymo objektu, o metodai – tai valdžios ir pavaldumo principas (įpareigojantys įsakymai ir nurodymai, tarnybų subordinacija, drausminė ir kitokia atsakomybė už patikėtą veiklos sritį)¹⁰⁹. Tad, administracinį teisinį reguliavimą galima apibūdinti kaip priemonę, padedančią teisės aktų pagalba reguliuoti asmenų tarpusavio sąveiką visuomeninių santykių kontekste.

Kaip jau buvo pastebėta administracinės teisės šaltiniai yra įvairūs teisės aktai, kuriuose esama administracinės teisės normų. Kadangi administracinė teisė reguliuoja labai daug ir įvairių visuomeninių santykių, tai lemia ir teisės aktų gausumą, jų hierarchiją bei formas. Galima išskirti šiuos pagrindinius administracinės teisės šaltinius:

¹⁰⁵ Alfonsas Vaišvila, *supra note* 3, p. 138.

¹⁰⁶ Genovaitė Dambrauskienė et al., *supra note* 98, p. 133.

¹⁰⁷ *Ibid.*

¹⁰⁸ Audrius Bakaveckas et al., *supra note* 1, p. 27.

¹⁰⁹ *Ibid.*, p. 340.

- Konstitucija. Joje suformuluotos pirmosios kartos teisės, kurios saugo pagrindines žmogaus teises, nustato visuomeninę santvarką, valstybės valdžios ir visuomenės santykius, politinės valdžios organizavimo principus, nuosavybės formas ir kita. Konstitucija išskirtinė tuo, kad „demokratinėse visuomenėse ji yra ne valdžios įstatymas tautai, o tautos įstatymas savo išrinktai valdžiai“¹¹⁰. Ne visos konstitucijoje įtvirtintos normos yra laikomos administracinės teisės šaltiniu. Tokiu šaltiniu laikomos normos įtvirtinančios viešojo valdymo institucijų sistemą, jų sudarymo bei veiklos principus, kompetencijos pagrindus, piliečių teises ir pareigas viešojo valdymo srityje¹¹¹.

- Įstatymai – „tai specialia tvarka išleisti pirminiai teisės aktai, kurie turi aukščiausią juridinę galią, formuoja bendrąsias teisės normas, skirtas svarbiausiems žmonių santykiams reguliuoti, t.y. pagrindiniai dokumentai, kuriuose įtvirtinamos svarbiausios teisės normos“¹¹².

- Įstatymų lydimieji aktai – „tai teisės aktai, priimami remiantis įstatymais, jiems neprieštaraujantys, juos konkretinantys ir užtikrinantys jų įgyvendinimą“¹¹³. Pavyzdžiui, Lietuvoje šie aktai skirstomi į Seimo nutarimus; Prezidento potvarkius bei dekretus; Vyriausybės nutarimus ir potvarkius; Ministro pirmininko potvarkius ir rezoliucijas; ministerijų, departamentų instrukcijas ir įsakymus ir kt.

Tad, remiantis teisinio administracinio reguliavimo samprata, galima teigti, jog sveikatos apsaugos teisinį reguliavimą galima apibūdinti kaip valstybės nustatytas taisykles, kuriomis apibrėžiamos visų sistemos dalyvių teisės, pareigos bei veiksmai vienas kito atžvilgiu. Pagrindinę asmens teisę į sveikatos apsaugą įtvirtina Konstitucija, kuriai neprieštaraujant priimami įstatymai bei juos lydintys Sveikatos ministro nutarimai bei įsakymai. Tačiau, anot P. Čelkio, dabartinėje teisės doktrinoje dominuoja nuostata, jog žmogaus teisės negali būti traktuojamos siauru nacionaliniu aspektu, jos yra universalios ne tik jas deklaruojant, bet ir taikant¹¹⁴. Todėl didelę įtaką sveikatos apsaugos įgyvendinimo teisiniui reguliavimui daro Tarptautiniai teisės aktai, kurie neužsiima sveikatos apsaugos ir sveikatos priežiūros organizavimu ir teikimu, bet savo rekomendacijomis papildo nacionalines politikas ir remia valstybių narių bendradarbiavimą sveikatos apsaugos srityje¹¹⁵. Kadangi Lietuva yra ES narė, todėl jos nacionaliniai teisės aktai rengiami atsižvelgiant ES direktyvas. ES bendra politika sveikatos apsaugos srityje ypač aktuali įgyvendinat sveikatos

¹¹⁰ Alfonsas Vaišvila, *supra note* 3, p. 314.

¹¹¹ Genovaitė Dambrauskienė et al., *supra note* 98, p. 137.

¹¹² *Ibid.*, p. 27.

¹¹³ Alfonsas Vaišvila, *op. cit.*, p. 313.

¹¹⁴ Paulius Čelkys, *supra note* 11, p. 11.

¹¹⁵ Prieiga prie Europos sąjungos teisės (EUR – Lex), „Visuomenės sveikata“, žiūrėta 2016 01 08, http://eur-lex.europa.eu/summary/chapter/public_health.html?root_default=SUM_1_CODED%3D29&locale=lt.

prieinamumo bei priimtino principus, kadangi laisvas žmonių judėjimas suponuoja būtinybę įgyvendinti teisę į kokybišką sveikatos apsaugą bet kurioje šalyje, į kurią vyksta ES pilietis.

Tad, galima konstatuoti, jog sveikatos apsaugos administracinio teisinio reguliavimo tikslas yra sureguliuoti pacientų bei medicinos paslaugų teikėjų santykius taip, kad naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis pacientams būtų užtikrinamas jų teisių įgyvendinimas. PSO¹¹⁶ pastebėjimu, pacientų teisių įgyvendinimas skirtingose šalyse ir skirtingose jurisdikcijose dažnai priklausomai nuo vyraujančios kultūros ir socialinių normų. Pacientų teisių įgyvendinimas paprastai priklauso nuo šalyje vyraujančio paciento – gydytojo santykių modelio. Pavyzdžiui, Europoje galima išskirti keturis vyraujančius modelius, atspindinčius šiuos santykius: paternalistinis, informuotumo, interpretacinis bei patariamasis¹¹⁷. R Kaminskas ir E Peičius pateikia tris dažniausiai pasitaikančius gydytojo – paciento sąveikos modelius: paternalistinį, informuoto sutikimo bei partnerystės (abipusio dalyvavimo)¹¹⁸.

Paternalistinis modelis nurodo, jog „paciento interesus geriausiai įvertina medicinos ekspertai, todėl jų priimami sprendimai yra esminiai“¹¹⁹. Paternalistiniu požiūriu, pacientas dėl socialinio statuso, žinių stokos, subjektyvumo, yra laikomas kaip netinkamas dalyvis sprendimų priėmimo. Gydytojas su pacientu bendrauja savo nuožiūra, tiek kiek jam tai atrodo reikalinga. Pacientas turi besąlygiškai vykdyti gydytojo nurodymus, būti paklusnus, lojalus ir pasyvus, nes aktyvumas čia suprantamas kaip trukdymas¹²⁰. Informuotumo/informuoto sutikimo modelis priešingai nei paternalistinis, nurodo pacientą kaip paslaugų vartotoją, kuris geriausiai gali nuspręsti kas jam svarbu. O gydytojas yra patarėjas bei pagrindinės informacijos teikėjas, padedantis pacientui pasirinkti priimtinausią sprendimą¹²¹. Tad, informuoto sutikimo modelyje gydytojų – pacientų santykiuose išryškėja aiškus vaidmenų pasiskirstymas: gydytojas – patarėjas, konsultantas ar informacijos teikėjas, o pacientas – sąmoningas medicininės informacijos interpretatorius. Remiantis šiuo modeliu, gydytojas pacientui teikia informaciją pagal iš anksto sudarytą schemą, t. y. tiek, kiek yra priimtina pacientui, gydytojo vaidmuo yra vertybiškai neutralus ir profesionalus¹²². Partneriškų gydytojo – paciento santykių modelio pagrindas yra paciento dalyvavimas, t. y. aktyvus vaidmuo jo paties sveikatos priežiūroje ir jam tai yra naudinga. Vertybinių orientacijų sveikatos

¹¹⁶ World Health organization, „Patients' rights,“ žiūrėta 2015 12 18, <http://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/>.

¹¹⁷ *Ibid.*

¹¹⁸ Raimundas Kaminskas, Eimantas Peičius, „Gydytojo–paciento santykių sociologiniai ir etiniai aspektai,“ *Filosofija. Sociologija* 4 (2005): 65.

¹¹⁹ *Ibid.*

¹²⁰ Alfonsas Vaišvila, *supra* note 3, p. 65.

¹²¹ Raimundas Kaminskas, Eimantas Peičius, *op. cit.*, p. 65.

¹²² *Ibid.*

atžvilgiu keitimasis ir savitarpio supratimas yra labai svarbūs elementai, kai pacientas dalyvauja sprendimų priėmimo procese. Remiantis pacientų dalyvavimo modeliu, nei gydytojas, nei kitas sveikatos priežiūros specialistas nepretenduoja žinoti „kas geriau pacientui“ neatsižvelgdamas į jo pačio nuomonę. Sveikatos priežiūros specialistų užduotis – ne tik gydyti, bet ir išsiaiškinti paciento prioritetus su juo bendraujant, diskutuojant ar tariantis¹²³.

Anot E. Peičiaus ir A. Kučinskaitės, „aktyvus pilietinis dalyvavimas priimant sprendimus yra viena svarbiausių darnios ir brandžios šiuolaikinės visuomenės charakteristikų, taigi ir pacientų dalyvavimas, kaip dialogu pagrįstas socialinių vaidmenų ir atsakomybės už sveikatą pasiskirstymas, yra esminė bendradarbiavimo ir žmogaus teisių įgyvendinimo sąlyga šiuolaikinėje sveikatos politikoje“¹²⁴. Todėl kuriant sveikatos apsaugos administracinio teisinio reguliavimo sistemą, daugelyje ES šalių, tame tarpe ir Lietuvoje, didesnis dėmesys skiriamas informuoto sutikimo bei partnerystės santykius užtikrinančių teisinių priemonių įgyvendinimui.

Galima pastebėti, jog Lietuvoje, kaip ir daugelyje kitų ES šalių, teisiniu reguliavimu siekiama įtvirtinti informuoto sutikimo bei partnerystės (abipusio dalyvavimo) paciento – gydytojo santykių modelius. Gydytojo ir paciento santykius Lietuvoje reglamentuoja šie teisės aktai: Europos Žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija; Lietuvos Respublikos Konstitucija; Lietuvos Respublikos Civilinis kodeksas (Šeštoji knyga); Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija; Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas; Sveikatos sistemos įstatymas; Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl asmens sveikatos paslapties kriterijų patvirtinimo“ (1999 n. gruodžio 16 d. Nr.552); Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas; Profesinės medicinos darbuotojų etikos normos (Hipokrato priesaika).

Apibendrinat, galima konstatuoti, jog asmens teisė į kokybišką sveikatos apsaugą įgyvendinama reguliuojant sveikatos sistemos dalyvių tarpusavio santykius administracinės teisės priemonių pagalba. Šios priemonės yra svarbios tuo, jog nustato bendruosius principus bei taisykles, kuriomis kontroliuojama ir valdoma sveikatos apsaugos sistema. Kiekviena valstybė kuria jai priimtinas teisinio reguliavimo priemones, kurias įtakoja vyraujantis požiūris bei socialinės normos, tačiau dauguma šalių remiasi įvairiais tarptautiniais dokumentais, kurių įgyvendinimą jos yra ratifikavusi. Tarptautinio reglamentavimo pagrindas sukurti vieningą teisinę sistemą tarp įsipareigojusių šalių ir tokiu būdu užtikrinti geresnį sveikatos apsaugos prieinamumą, priimtinumą bei kokybę.

¹²³ Raimundas Kaminskas, Eimantas Peičius, *supra note* 118, p. 65.

¹²⁴ Eimantas Peičius, „Lėtinėmis infekcinėmis ligomis sergančių pacientų dalyvavimas priimant pirminės sveikatos priežiūros sprendimus: kokybinio tyrimo analizė.“ *Visuomenės sveikata* 90 (2014).

2. SVEIKATOS APSAUGOS PRINCIPŲ ĮGYVENDINIMO ADMINISTRACINIO TEISINIO REGULIAVIMO ES ŠALYSE LYGINAMOJI ANALIZĖ

Kaip jau buvo pastebėta, sveikatos apsaugos įgyvendinimo kokybė didele dalimi priklauso nuo sveikatos paslaugų prieinamumo bei priimtino principų tinkamo įgyvendinimo. Atsižvelgiant į tai, jog šiandien įgyvendinama teisė laisvai judėti ES šalių ribose, atsiranda būtinybę užtikrinti ir sveikatos paslaugų prieinamumo bei priimtino standartų nustatymą visose ES šalyse, t.y. sudaryti sąlygas, kad kiekvienas ES pilietis galėtų gauti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas bet kurioje ES šalyje. Šių principų įgyvendinimui Europos Parlamentas 2011 m. patvirtino Direktyvą „dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimą“¹²⁵, kurioje numatyta sukurti bendrą sistemą, suteikiančią galimybes pacientams gauti tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas. Pagal šią Direktyvą valstybės narės išlieka atsakingos už saugių aukštos kokybės, veiksmingų ir kiekybiniu požiūriu adekvačių sveikatos priežiūros paslaugų teikimą piliečiams savo teritorijoje. Siekiant užtikrinti visiems ES nariams vienodas galimybes, valstybės turi nustatyti tam tikrus principus, kurie būtų bendri visoms ES sveikatos sistemoms. Direktyvoje išdėstytas nuostatas valstybės narės turėjo perkelti į nacionalinę teisę iki 2013 m. spalio 25 d. 2015 m. tik 4 iš 28 ES valstybių dar nėra pilnai perkėlusios Direktyvos nuostatų į savo nacionalinę teisę, tačiau Europos Taryba akcentuoja, kad vis dar labai skiriasi Direktyvos principų praktinis įgyvendinimas skirtingose šalyse. Todėl aktualu išanalizuoti sveikatos apsaugos įgyvendinimo principų teisinio reguliavimo aktualijas ES šalyse bei nustatyti problemines sritis. Tai ir bus siekiama įgyvendinti šiame skyriuje.

2.1. Sveikatos apsaugos prieinamumo teisinis reguliavimas ir jo įgyvendinimas Lietuvoje ir kitose ES šalyse

Kaip jau buvo pastebėta prieinama sveikatos apsauga yra laikoma tada, kai didžioji dalis paslaugų vartotojų gauna reikiamą informaciją apie sveikatos paslaugas ir jų teikėjus, kai paslaugos yra lengvai pasiekiamos tiek teritoriniu, tiek ir finansiniu požiūriu, kai sveikatos paslaugos yra teikiamos laiku, kai tinkamai organizuojamas sveikatos paslaugų teikimas ir pan. Tarptautinis

¹²⁵ Europos Parlamento ir Tarybos direktyva „Dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo“, 2011/24/ES, 2011 m. kovo 9 d.

pacientų organizacijų aljansas sveikatos paslaugų prieinamumo principų įgyvendinimą traktuoja, kaip į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą, kuri ir yra pagrindinis kelias į sąžiningą ir rentabilią sveikatos priežiūros sistemą¹²⁶.

Skirtingose šalyse, skirtingi yra ir pacientų bei sveikatos paslaugų teikėjų prioritetai. Šie prioritetai skiriasi ir atskirose sveikatos sutrikimų grupėse, tačiau galima išskirti ir keletą bendrų prioritetų. Tarptautinio pacientų organizacijų aljanso nuomone, sveikatos priežiūra, kuri yra orientuota į pacientą, turi būti pagrįsta šiais principais¹²⁷:

- „Pagarba – pacientai turi pagrindinę teisę į sveikatos priežiūrą, kuri būtų orientuota į pacientus ir gerbtų jų unikalius poreikius, pirmenybę, vertybes, jų savarankiškumą ir nepriklausomybę“;

- „Pasirinkimas ir įgaliojimų suteikimas – pacientai, atsižvelgiant į jų galimybių lygį ir pirmenybę, turi teisę ir pareigą kaip partneriai dalyvauti priimant sveikatos priežiūros sprendimus, turinčius poveikį jų gyvenimui. Tam reikia reakcingo, tinkamas gydymo alternatyvas ir pacientų poreikius atitinkančio valdymo pasirinkimą užtikrinančio sveikatos paslaugų teikimo, bei pacientų ir sveikatos paslaugų teikėjų skatinimo ir paramos, nukreipiant ir valdant priežiūrą taip, kad būtų pasiekta kaip įmanoma geriausia gyvenimo kokybė“;

- „Prieinamumas ir parama – pacientai privalo turėti galimybę naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis, reikalingomis atsižvelgiant į jų būklę. Tai apima galimybę naudotis saugiomis, kokybiškomis ir tinkamomis paslaugomis, gydymu, prevencine priežiūros ir sveikatinimo veikla. Reikėtų pasirengti užtikrinti, kad visi pacientai galėtų naudotis reikiamomis paslaugomis, nepriklausomai nuo jų būklės ar socialinio ekonominio statuso. Norint, kad pacientai pasiektų kaip įmanoma geriausią gyvenimo kokybę, sveikatos priežiūra privalo tenkinti pacientų emocinius reikalavimus ir apsvarstyti tokius su sveikata nesusijusius veiksnius kaip švietimas, užimtumas ir šeimos klausimai, darantys poveikį jų požiūriui į sveikatos priežiūros alternatyvas ir valdymą“;

- „Informacija – tiksli, aktuali ir išsami informacija yra būtina, siekiant sudaryti pacientams ir slaugytojams galimybę priimti žinojimu pagrįstus, kompetentingus sprendimus dėl sveikatos priežiūros procedūrų ir tolesnio gyvenimo su jų liga ar būkle. Informacija turi būti pateikiama atitinkamo formato, laikantis sveikatos raštingumo principų, atsižvelgiant į individo būklę, kalbą, amžių, supratimą, gebėjimus ir kultūrą“.

¹²⁶ Lietuvos pacientų organizacijų atstovų taryba. „Deklaracija į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros,“ žiūrėta 2016 03 15 <http://www.pacientutaryba.lt/lt/deklaracija>.

¹²⁷ *Ibid.*

Šių principų teisinio reguliavimo aktualijas ir problemas ir bus siekiama apžvelgti tolesnėje šio skyriaus analizėje.

2.1.1. Informacijos prieinamumo principo teisinis reguliavimas

Informaciją pacientui, kaip vieną iš sveikatos apsaugos prieinamumo kriterijų, pabrėžia ne vienas Tarptautinis teisės aktas. Jau 1994 m. pacientų teisių skatinimo Europoje deklaracijoje nurodyta, jog kiekvienas pacientas turi teisę būti išsamiai informuotas apie savo sveikatos būklę, įskaitant ligos faktą, siūlomas medicininės procedūras, jų tvarką bei galimas jų rizikas ir naudą; apie siūlomų procedūrų alternatyvas; apie diagnozę, prognozę ir pažangiausio gydymo galimybes¹²⁸. Informacija pacientui turi būti perduota jam suprantama ir taip, kad pastarasis gebėtų ją suprasti. Be to pacientas turi teisę visą informaciją gauti raštiškai. Informacijos prieinamumą akcentuoja ir Tarptautinis pacientų organizacijos aljansas, kurio deklaracijoje „Dėl į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros“ informacija apibūdinama, kaip „tiksliai, aktuali ir išsami informacija, kuri būtina, siekiant sudaryti pacientams ir slaugytojams galimybę priimti žinojimu pagrįstus, kompetentingus sprendimus dėl sveikatos priežiūros procedūrų ir tolesnio gyvenimo su jų liga ar būkle“¹²⁹. Informacija turi būti pateikiama atitinkamo formato, laikantis sveikatos raštingumo principų, atsižvelgiant į individo būklę, kalbą, amžių, supratimą, gebėjimus ir kultūrą. Teisę gauti informaciją apibrėžia ir Europos pacientų teisių chartijos 3 str., kur nurodoma, jog: „Kiekvienas asmuo turi teisę gauti visą informaciją apie savo sveikatos būklę, sveikatos priežiūros paslaugas bei informaciją, kaip jomis naudotis, taip pat informaciją, prieinamą mokslinių tyrimų ir naujų technologijų dėka“¹³⁰. Ir naujausioje Europos Parlamento ir Tarybos direktyvoje, paskelbtoje 2011 m.¹³¹, atitinkamas dėmesys skiriamas klausimams, susijusiems su informacijos gavimu. Minėtos direktyvos II dalies 4 str. nurodoma, jog sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai privalo pateikti susijusią informaciją apie gydymo valstybėje narėje jų teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę ir saugą, taip pat aiškią informaciją apie kainas, jų turimą leidimą arba registraciją, jų profesinės atsakomybės draudimą arba kitas asmeninės ar kolektyvinės profesinės

¹²⁸ World Health Organization, „A Declaration on the promotion of Patients' Rights in Europe,“ (Copenhagen: 1994), 10.

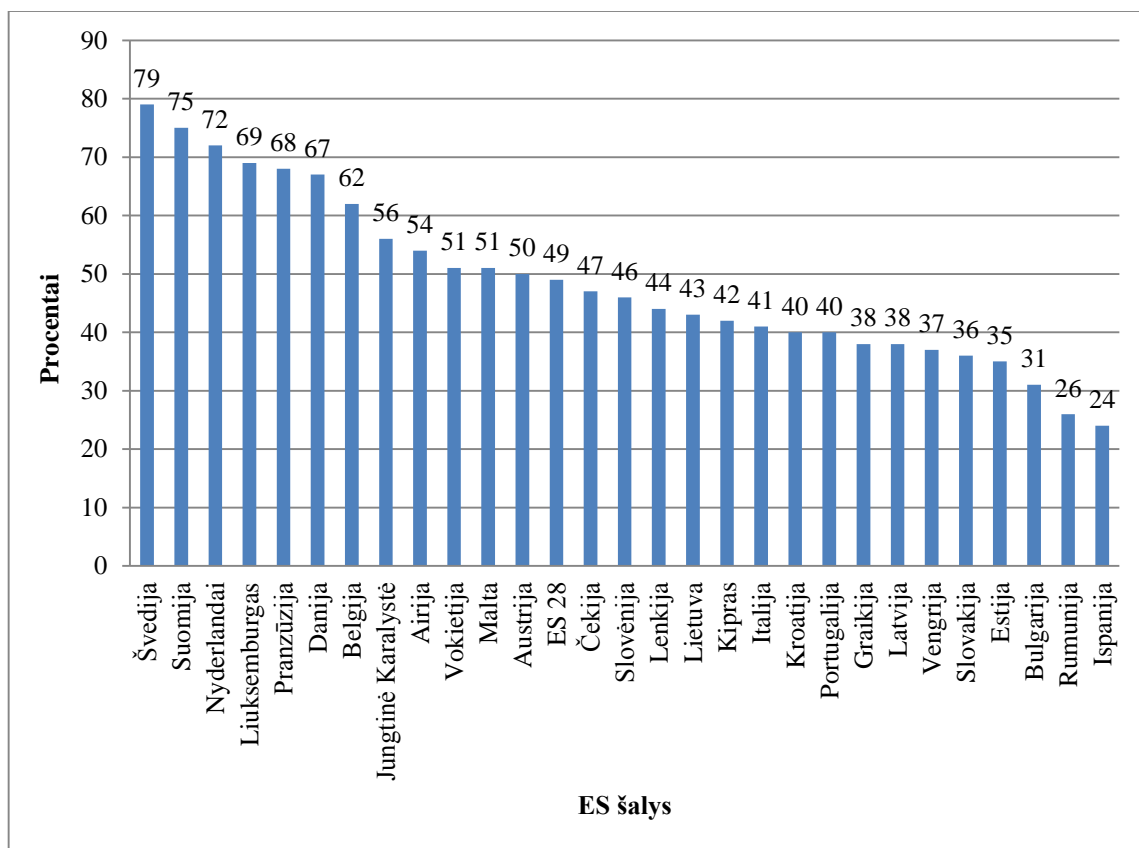
¹²⁹ Lietuvos pacientų organizacijų atstovų taryba, „Deklaracija dėl į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros,“ žiūrėta 2016 03 05, <http://www.pacientutaryba.lt/lt/deklaracija>.

¹³⁰ Lietuvos pacientų organizacijų atstovų taryba, „Europos pacientų teisių chartija,“ žiūrėta 2016 02 14, http://www.pacientutaryba.lt/pics/2009_plakatas.jpg.

¹³¹ Europos Parlamento ir Tarybos direktyva „Dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo,“ 2011/24/ES, 2011.

atsakomybės draudimo priemonės, kad padėtų atskiriems pacientams rinktis remiantis jų turima informacija, įskaitant rinktis gydymo galimybes. Visi Tarptautiniai teisės aktai patvirtina, jog teisė gauti reikiamą informaciją yra svarbi kiekvienam pacientui, kadangi suteikia geresnę prieinamumą prie sveikatos priežiūros paslaugų, todėl ši teisė turi būti perkelta ir į nacionalinius teisės aktus.

Lyginant kaip Tarptautiniuose teisės aktuose pateiktos rekomendacijos dėl informacijos apie sveikatos paslaugas įgyvendinamos skirtingose ES šalyse, galima atkreipti dėmesį į tai, kad didesnė dalis ES šalių gyventojų mano, jog jie yra pakankamai gerai informuoti apie savo šalyje teikiamas sveikatos paslaugas¹³² (žr. 2 pav.).



2 pav. ES šalių piliečių informuotumas apie sveikatos priežiūros paslaugas savo šalyje, proc. (Komisijos ataskaita Europos Parlamentui ir Tarybai, 2015, p. 8)

2 paveiksle Europos Komisijos pateikti Eurobarometro duomenys rodo, jog geriausiai informacinis prieinamumas įgyvendinamas Švedijoje, Suomijoje ir Nyderlanduose. Be jų dar 9 ES šalys, tokios kaip Liuksemburgas, Prancūzija, Danija, Belgija, Jungtinė Karalystė, Airija, Vokietija,

¹³² Europos Komisija, „Komisijos ataskaita dėl Direktyvos 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo taikymo“ (Bruselis: 2015), 8.

Malta bei Austrija, patenka į šalių, kurių pacientų informuotumo vidurkis viršija bendrą ES 28 šalių vidurkį, tarpą. Tuo tarpu likusiose 16 ES šalyse, tame tarpe ir Lietuvoje, pacientų informuotumas yra žemesnis už bendrą ES 28 šalių vidurkį, žemiausioje vietoje yra Ispanija. Tokius skirtumus tarp ES šalių lemia tai, jog skirtingose šalyse informacijos prieinamumą pacientams reguliuoja skirtingi teisės aktai. Pavyzdžiui, Lietuvoje pirmą kartą pacientų teisė į informaciją Lietuvos Respublikos įstatymuose buvo įteisinta 1994 m. priėmus Sveikatos sistemos įstatymą, kuriame buvo nurodoma teisė gauti informaciją apie sveikatos priežiūros įstaigas bei jų teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas bei gauti informaciją apie savo sveikatą bei teisę į šios informacijos konfidencialumą¹³³. Po kelių metų šią teisę išplėtė bei detalizavo 1996 m. priimtas Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, kurio 5 str. nurodoma, jog „pacientas turi teisę gauti informaciją apie sveikatos priežiūros įstaigose teikiamas paslaugas, jų kainas ir galimybes jomis pasinaudoti; apie jam sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią sveikatos priežiūros specialistą (vardą, pavardę, pareigas) ir informaciją apie jo profesinę kvalifikaciją; apie savo sveikatos būklę, ligos diagnozę, sveikatos priežiūros įstaigoje taikomus ar gydytojui žinomus kitus gydymo ar tyrimo būdus, galimą riziką, komplikacijas, šalutinį poveikį, gydymo prognozę ir kitas aplinkybes“¹³⁴. Informacijos pacientui galima nesuteikti tik išskirtiniais atvejais - jeigu yra įvertinama, kad informacija gali pakenkti paciento sveikatai ir sukelti pavojų jo gyvybei arba kai pacientas pats išreiškia valią negauti informacijos. Įstatymas taip pat reglamentuoja paciento teisę susipažinti su medicinos dokumentuose pateikta informacija bei teisę prašyti gydytojo paaiškinti dokumentų prasmę. Su nepilnamečio paciento iki 16 metų medicinos dokumentais turi teisę susipažinti jo atstovai¹³⁵.

Švedijoje ir Suomijoje taip pat yra išleisti atskiri pacientų teisių įstatymai (*Act on the Rights of Patients*) (toliau Aktas), kurie reglamentuoja įvairias paciento teises. Pavyzdžiui, Lyginant Suomijos Aktą bei LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą galima pastebėti, jog abiejose šalyse paciento teisė į informaciją įvardinama panašiai, pvz., Suomijos Akte taip pat nurodoma jog pacientui turi būti suteikta informacija apie jo sveikatos būklę, gydymo naudą, įvairias alternatyvias gydymo formas ir jų poveikį, apie kitus veiksnius, kurie yra svarbūs priimant sprendimus, susijusius su pacientų gydymu. Visa ši informacija turi būti suteikta pacientui suprantama kalba¹³⁶.

¹³³ *Supra note 12.*

¹³⁴ *Supra note 23.*

¹³⁵ *Ibid.*

¹³⁶ „Act on the Status and Rights of Patients“, žiūrėta 2016 01 15, <http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1992/en19920785.pdf>.

Tad, galima konstatuoti, jog tose šalyse, kur teisės aktai išsamiai reglamentuoja pacientų teises ir šiam reglamentavimui yra parengti specialūs teisės aktai, pacientams suteikiamos geresnės galimybės susipažinti su savo teisėmis bei jomis pasinaudoti. Todėl tokių šalių pacientai jaučiasi esantys pakankamai informuoti.

Analizuojant šalių, kuriose pacientų informuotumas yra mažiausias, situaciją galima pastebėti, jog šiose šalyje taip pat yra sukurti įstatymai reguliuojantys paciento teisę gauti informaciją, tačiau tokie įstatymai yra pradėti kurti daug vėliau nei kitose ES šalyse. Pavyzdžiui, Ispanijoje pacientų teises reglamentuoja Visuomenės sveikatos įstatymas (*General Law on Public Health*), patvirtintas 1986 m., tačiau paciento autonomija, teisės ir pareigos, susijusios su informacija ir klinicine dokumentacija, šiame įstatyme įtvirtintos tik nuo 2003 m. gegužės 16 d. Įstatyme pabrėžiama, jog pacientas turi teisę į bet kokią informaciją, susijusią su savo sveikata, kuri turi būti perduota pacientui suprantamu būdu ir atitikti jo poreikius bei padėti jam priimti savarankiškus sprendimus dėl savo sveikatos priežiūros.¹³⁷

Tad, galima teigti, jog pagrindinė informacijos prieinamumo pacientams problema yra didelės apimties bei painūs įstatymai, kuriuose nesusigaudydami pacientai nežino kokią informaciją jie turi teisę gauti, todėl ne pilnai šia savo teise pasinaudoja. Ypatingai tai aktualu toms šalims, kurios palyginti neseniai teisiškai reglamentuoja paciento teises, todėl pacientams dar reikia laiko susipažinti su tomis teisėmis, o sveikatos paslaugų teikėjams jas įgyvendinti praktikoje. Tad, kita problema yra pačių sveikatos paslaugų įstaigų pastangos tinkamai įgyvendinti įstatymuose numatytas pacientų informavimo nuostatas, t.y. net ir nežinodamas kokią informaciją turi teisę gauti pacientas gali jaustis tinkamai informuotas, jeigu medicinos personalas sąžiningai suteikia visą pacientui svarbią informaciją.

Galima išskirti keletą veiksnių skatinančių ES šalių sveikatos politikos ir sveikatos priežiūros sistemų tarpusavio sąsajų stiprėjimą¹³⁸:

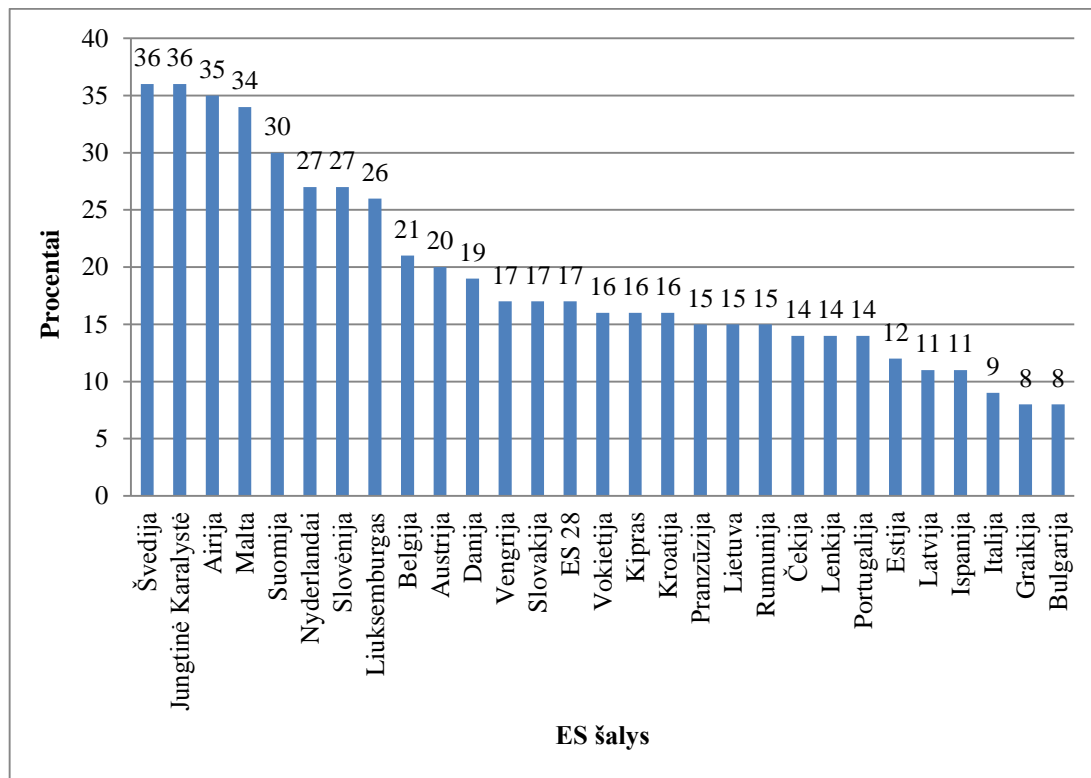
- Pacientų migracija į kitas ES šalis gydomosi tikslais;
- Sveikatos priežiūros specialistų migracija į kitas ES šalis darbo tikslais;
- Sveikatos priežiūros paslaugų lūkesčių didėjimas;
- Sveikatos priežiūros technologijų didėjimas ir pan.

¹³⁷ „Patient Rights in Spain,“ žiūrėta 2016 01 10, http://europatientrights.eu/countries/ratified/spain/spain_right_to_informed_consent.html.

¹³⁸ Rima Vaitkienė, „ES teisės aktų ir institucijų reikšmė sveikatos priežiūros organizavimui“ (Vilnius: VU Visuomenės sveikatos institutas, 2012) prieiga per internetą: web.vu.lt/mf/a.berzanskyte/files/2012/09/Vaitkienė_2_paskaita.ppt

Todėl labai svarbu, kad būtų nustatytos aiškios taisyklės ir pacientai gautų patikimą informaciją apie galimybes pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis kitose ES šalyse.

Eurobarometro duomenimis informacijos apie savo teises, susijusias su tarpvalstybinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis, mano turintys mažiau nei du iš dešimties ES piliečių¹³⁹ (žr. 3 pav.).



3 pav. ES šalių piliečių informuotumas apie sveikatos priežiūros paslaugas kitoje ES šalyje, proc. (Komisijos ataskaita Europos Parlamentui ir Tarybai, 2015, p. 8)

Kaip galima matyti iš 3 pav. pateiktų duomenų, išsamiausia informacija apie teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas yra pateikiama Švedijoje, Jungtinėje Karalystėje bei Airijoje. Mažiausiai žmonės yra susipažinę su Italijos, Graikijos bei Bulgarijos sveikatos apsauga. Lietuva patenka į žemesnį nei vidutinis ES 28 šalių vidurkį pagal užsieniečių informuotumą apie šalyje teikiamas sveikatos paslaugas. Tokią skirtingą įvairių šalių situaciją Europos pacientų forumas aiškina tuo, jog tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų klausimais pacientams tenka įveikti „painios, kartais nepakankamos ir kartais pernelyg išsamios informacijos labirintą“, todėl informacijos gavimo palengvinimui svarbūs nacionaliniai kontaktiniai centrai¹⁴⁰. Tokių centrų steigimo būtinybę pabrėžia ir Europos Komisijos Direktyva, kurios 48 straipsnyje nurodoma:

¹³⁹ Europos Komisija, *supra note* 132, p. 8.

¹⁴⁰ *Ibid*, p. 9.

„Informacijos apie tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas teikimo būdas – įsteigti kiekvienoje valstybėje narėje nacionalinius kontaktinius centrus. Informacija, kuri turi būti privalomai teikiama pacientams, turėtų būti apibrėžta. Tačiau nacionaliniai kontaktiniai centrai gali savanoriškai ir, jei įmanoma, remiant Komisijai pateikti daugiau informacijos. Nacionaliniai kontaktiniai centrai informaciją pacientams turėtų teikti visomis valstybės narės, kurioje įsteigtas atitinkamas kontaktinis centras, oficialiosiomis kalbomis. Informacija gali būti teikiama bet kuria kita kalba“¹⁴¹. Analizuojant Direktyvos nuostatų įgyvendinimą galima pastebėti, jog visos ES šalys narės jau yra sukūrusios nacionalinių kontaktinių centrų tinklalapius¹⁴², kuriuose pateikia pakankamai išsamią informaciją apie sveikatos apsaugos sistemą tiek nacionaline, tiek ir anglų kalbomis. Internetiniai tinklalapiai labai palengvina informacijos prieinamumą ne tik svečiuojantis ES šalyje, bet ir suteikia galimybę pasidomėti tos šalies teikiamomis sveikatos paslaugomis dar prieš planuojant į ją vykti.

Tad, galima teigti, jog informacinės technologijos sveikatos paslaugų sistemoje vaidina svarbų vaidmenį informacijos prieinamumo gerinimui. Tai akcentuoja ir Europos Komisija, pabrėždama, jog e. sveikata gali būti naudinga visai visuomenei, nes naudojant jos priemones galimybių gauti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas daugėja, o sveikatos sektorius tampa veiksmingesnis¹⁴³. Todėl valstybių narių bendradarbiavimas ir keitimasis informacija savanoriškame tinkle, kuris vienija valstybių narių nacionalines institucijas atsakingas už e. sveikatą, yra remiamas ES ir tam sudaromos palankios sąlygos¹⁴⁴. 2012 m. pabaigoje Europos Komisija priėmė naują 2012 – 2020 m. veiksmų planą, kuriame pasiūlė keletą priemonių, skirtų pašalinti esamas kliūtis elektroninės sveikatos sistemos Europoje tobulinimui¹⁴⁵. Pirmasis e. sveikatos veiksmų planas buvo priimtas 2004 m. Europos Komisija nuo tada ir pradėjo rengti tikslines politikos iniciatyvas, kuriomis buvo siekiama skatinti e. sveikatos technologijų diegimą visoje ES. Komisijos komunikatas Europos parlamentui ir tarybai atkreipia dėmesį, jog „valstybės narės aktyviai atsiliepė ir aiškiai įsipareigojo įgyvendinti e. sveikatos politikos darbotvarkę, visų pirma dalyvauti didelio

¹⁴¹ Europos Parlamento ir Tarybos direktyva, *supra note* 125.

¹⁴² „Planinė sveikatos priežiūra. Kontaktiniai centrai“ žiūrėta 2016 01 10, http://europa.eu/youreurope/citizens/health/planned-healthcare/get-more-info/index_lt.htm.

¹⁴³ Europos Komisija „Politika. E. Sveikata,“ žiūrėta 2016 12 15, http://ec.europa.eu/health/ehealth/policy/index_lt.htm.

¹⁴⁴ *Supra note* 136.

¹⁴⁵ Funded by the Health Programme of the European Union, „Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States and their interaction with the provision of cross-border eHealth services. Final report and recommendations,“ 2014, 7.

masto bandomuosiuose projektuose, tokiuose kaip epSOS¹⁴⁶. Todėl 2011 metais buvo priimta Direktyva dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo. Šios Direktyvos 14 straipsniu buvo įkurtas e. sveikatos tinklas, – „dar vienas žingsnis siekiant oficialaus bendradarbiavimo e. sveikatos klausimais, kad būtų užtikrinama kuo didesnė E. sveikatos sistemų sąveikumo ir įgyvendinimo socialinė ir ekonominė nauda“¹⁴⁷.

Siekiant Europoje diegti e. sveikatos sistemas, labai svarbu pašalinti teisinės kliūtis. Todėl Europos Komisija skatina ES šalis nares kurti nacionaliniu lygiu teisinę sistemą, kuri sudarytų sąlygas elektroninių sveikatos įrašų (EHR) sistemos diegimą sveikatos apsaugos srityje. 2013 m. Europos Komisijos užsakymu buvo atliktas tyrimas ES 28 šalyse ir Norvegijoje, siekiant įvertinti EHR sistemos diegimo teisinio reguliavimo situaciją nacionaliniu lygiu. Tyrimo rezultatai rodo, jog yra dideli skirtumai tarp šalių dėl EHR teisinio reguliavimo įgyvendinimo, leidžiančio skirtingiems sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams bei vartotojams pasiekti ir atnaujinti sveikatos duomenis. Čekijoje, Vokietijoje, Airijoje, Slovėnijoje yra tik politikos iniciatyvos kurti bendrą EHR sistemą. Kroatija, Graikija, Latvija, Norvegija, Rumunija vykdo bendrus EHR sistemų bandymus. Austrija, Belgija, Kipras, Prancūzija, Italija, Lietuva, Liuksemburgas, Nyderlandai, Lenkija, Portugalija, Slovakija šiuo metu jau yra įdiegusios EHR sistemas, tačiau pilnai jos veikia tik Bulgarijoje, Danijoje, Vengrijoje, Estijoje, Suomijoje, Maltoje, Nyderlanduose, Švedijoje ir JK¹⁴⁸.

Pagrindinė EHR diegimo teisinio reguliavimo problema daugelyje ES šalių yra nustatyti sistemos turinį, t.y. nuspręsti kokie duomenys turi būti pateikiami sistemoje, kad jie būtų informatyvūs ir nepažeistų pagrindinių pacientų teisių į privatumą bei duomenų apsaugą. Be to, duomenys turi būti suprantami ir keičiantis informacija tarp šalių, nes skirtingi požiūriai gali apriboti sąveiką tarp nacionalinių sistemų ir tarpvalstybinių sveikatos duomenų (pvz., skirtinga sveikatos duomenų terminologija arba kategorijos)¹⁴⁹. Analizuojant ES šalių EHR sistemos teisinio reguliavimo situaciją, Europos Komisija atkreipė dėmesį į tai, jog pagrindinis skirtumas tarp šalių pastebimas šiais aspektais (žr. 2 lentelę):

- Šalys priėmė specialias taisykles dėl EHR ar ne;
- Šalys pateikia EHR teisinį apibrėžimą ar ne;
- Skiriasi teisinis požiūris į EHR reglamentavimą ar ne;

¹⁴⁶ Komisijos komunikatas Europos parlamentui, tarybai, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir regionų komitetui, „2012–2020 m. E. sveikatos veiksmų planas. Novatoriška sveikatos priežiūra XXI amžiui,“ (Briuselis: Europos Komisija, 2012), 4.

¹⁴⁷ Ibid., p. 4.

¹⁴⁸ Funded by the Health Programme of the European Union, *supra note* 145, p. 22.

¹⁴⁹ Ibid, p. 23.

- Nacionaliniuose teisės aktuose reikalaujama, kad į EHR būtų įtraukta informacija tik apie sveikatos duomenis ar ne;
- Nacionalinės teisės aktai nurodo bendrų terminų arba kodų reikalavimus EHR sistemoje ar ne¹⁵⁰

2 lentelė. EHR sistemos teisinio reguliavimo skirtumai ES šalyse ir Norvegijoje

Šalis	Specialios taisyklės	Oficialus apibrėžimas	Teisinio požiūrio skirtumas	Sveikatos duomenų pateikimas	Bendri terminai arba kodai
Austrija	✓	✓	✓	✓	✓
Belgija		✓	✓		
Bulgarija				✓	✓
Kipras		✓		✓	
Čekija				✓	
Vokietija	✓	✓		✓	
Danija	✓				✓
Estija	✓		✓		
Graikija	✓	✓	✓		✓
Ispanija	✓	✓	✓		✓
Suomija	✓		✓	✓	✓
Prancūzija	✓				
Kroatija	✓	✓	✓		
Vengrija					
Airija				✓	
Italija	✓	✓	✓		✓
Lietuva	✓	✓		✓	✓
Liuksemburgas	✓	✓	✓		
Latvija	✓		✓	✓	
Malta				✓	
Nyderlandai		✓		✓	
Norvegija		✓	✓		✓

¹⁵⁰ Funded by the Health Programme of the European Union, *supra note* 145, p. 24.

2lentelės tęsinys

Šalis	Specialios taisyklės	Oficialus apibrėžimas	Teisinio požiūrio skirtumas	Sveikatos duomenų pateikimas	Bendri terminai arba kodai
Lenkija		✓		✓	✓
Portugalija	✓	✓	✓	✓	✓
Rumunija	✓			✓	
Slovėnija					✓
Slovakija	✓	✓	✓	✓	✓
Švedija	✓	✓	✓		✓
Jungtinė Karalystė			✓	✓	✓

Šaltinis: Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States and their interaction with the provision of cross-border eHealth services. Final report and recommendations. Funded by the Health Programme of the European Union. Belgium: Milieu, 2014, 23.

Kaip matyti iš 2 lentelėje pateiktų duomenų, 17 ES šalių teisės normose reglamentuojančiuose EHR sistemos diegimo tvarką, numatytos specialios taisyklės dėl to, kokia informacija turi būti talpinama į sistemą. Kitos šalys remiasi bendromis sveikatos sistemos taisyklėmis dėl EHR įrašų turinio, t.y. elektroninis variantas nesiskiria nuo popierinio varianto. Daugiau nei puse ES šalių (16) teisiškai apibrėžia kas yra EHR sistema ir kokie yra jos struktūriniai elementai. Pavyzdžiui, Vokietijoje EHR apibrėžiama kaip taikomoji programa, kurioje pateikiami ir apdorojami įvairių medicinos atvejų iš skirtingų medicinos įstaigų (vieno paciento) duomenys, susiję su medicininėmis išvadomis, ligos diagnoze, gydymo metodais ir pan. Ispanijos teisės aktuose apibrėžiama, kad elektroniniai dokumentai automatiškai generuojami ir atnaujinami remiantis duomenimis, kuriuos teikia sveikatos priežiūros specialistai medicininėje paciento ligos istorijoje. Švedijos teisės aktuose numatyta, kad elektroninė sistema – tai sistema, kuri leidžia sveikatos priežiūros paslaugų teikėjui teikti arba gauti tiesioginę prieigą prie asmens duomenų, saugomų kito sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo. JK (Anglija) įstatymai reglamentuoja, jog į EHR sistemą automatiškai siunčiami, joje saugomi ir matomi tik tie paciento duomenys, kurie susiję su vartojamais vaistais, alergijomis, nepageidaujamos reakcijomis bei paciento sutikimu, jokių kitų duomenų, paimtų iš paciento medicininį dokumentų, nėra¹⁵¹.

Didesnėje dalyje ES šalių skiriasi ir teisinis požiūris į EHR sistemos reglamentavimą, pvz., pusėje šalių (15) nustatyti išsamūs reikalavimai dėl EHR: Ispanijoje, Estijoje ir Slovakijoje prie teisinių aktų yra pateikti keli priedai, kuriuose išsamiai nustatytos kategorijos apie sveikatos duomenis, kurie turi būti įtraukti į EHR. Pavyzdžiui, pagal Liuksemburgo teisės aktus EHR

¹⁵¹ Funded by the Health Programme of the European Union, *supra note* 145, p. 24.

pateikiama informaciją apie pacientą turi užtikrinti saugumą, priežiūros tęstinumą bei koordinavimą, taip pat užtikrinti pacientui galimybes efektyviai naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis¹⁵².

Kitose ES šalyse teisės aktai nereguliuoja išsamaus EHR turinio. Pavyzdžiui, Prancūzija apsiriboja reikalavimu, kad asmens sveikatos duomenys būtų pastoviai atnaujinami po kiekvieno apsilankymo gydymo įstaigoje. Kitas pavyzdys yra Vokietijos teisės aktai, kuriuose numatoma, kad į EHR sistemą būtų įtrauktos medicinos išvados, diagnozės, terapijos priemonės, gydymo ataskaitos ir skiepai¹⁵³.

Dar vienas skirtumas tarp ES šalių EHR teisinio reguliavimo – tai pateikiamų duomenų sritys. Daugiau nei pusė šalių (16) reikalauja, kad į elektroninę įrašų sistemą būtų įtraukti tik su sveikata susiję duomenys. Kitos šalys mano, jog turi būti įtraukta ir papildoma informacija apie pacientą, pvz., profesija, gyvenimo būdas, nusikalstama veikla ir pan. Tad, skirtingose šalyse nurodoma skirtingi reikalavimai informacijos turiniui¹⁵⁴:

- Kroatijoje EHR turi apimti informaciją apie apdraustojo asmens darbo ir profesijos duomenis bei specifinius įpročius (rūkymas, alkoholio vartojimas ir priklausomybė nuo narkotikų);
- Danijoje, turi būti nurodyti pacientų artimųjų vardas;
- Estijoje EHR turi būti nurodyta paciento profesija bei darbovietė, jeigu pacientas mokosi - švietimo įstaigos pavadinimas, aprašytos darbo sąlygos, nurodyta šeimyninė padėtis, sveikatos įpročiai, psichosocialiniai bei psichiniai rizikos veiksniai;
- Graikijoje prie medicininių įrašų taip pat turi būti nurodyti tėvų vardai ir paciento profesija;
- Slovėnijoje į EHR turi būti įtraukta šeimyninė padėtis, išsilavinimas ir paciento profesija;
- Švedija leidžia įtraukti informaciją į apie paciento nusikalstamas veikas, tačiau toks reikalavimas taikomas tik tuo atveju, jeigu tam yra absoliuti būtinybė;
- Rumunija svarsto galimybę į EHR įtraukti informaciją apie paciento religiją, profesiją, gyvenimo būdą, elgesį, šeimos sveikatos istoriją.

Dar viena EHR teisinio reguliavimo problema yra skirtinga medicininė terminologija. Nors visos šalys praktikoje taiko tam tikrą klinikinę kodavimo sistemą (SNOMED klinikiniai terminai, NOMESCO 46, TLK-10 ir pan.), tačiau tik pusė šalių (16) savo teisės aktuose nurodo reikalavimą pateikti nuorodas į naudojamą bendrąją terminologijos ir klinikinę kodavimo sistemą, susijusių su

¹⁵² Funded by the Health Programme of the European Union, *supra note* 145, p. 25.

¹⁵³ *Ibid.*

¹⁵⁴ *Ibid.*, p. 26.

sveikatos duomenis¹⁵⁵. Tačiau ir naudojant konkrečius ligų kodus susiduriama su sveikatos duomenų perdavimu tarptautiniame lygmenyje problema, kadangi dauguma šalių naudoja nacionaliniu mastu pripažintą kodavimo sistemą, kurios kodai gali būti nesuprantami kitos šalies sveikatos paslaugų teikėjams.

Lietuvoje, kaip ir daugelyje kitų ES šalių, yra diegiama EHR sistema, kuri įvardinama kaip elektroninė sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema (ESPBI IS). Šią sistemą teisiškai reguliuoja 2015 m. gegužės 26 d. patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos naudojimo tvarkos aprašo patvirtinimo“¹⁵⁶. Šiame apraše įvardinama kas yra laikoma e. sveikatos sistema, kokie duomenys turi būti pateikti šioje sistemoje ir kas turi teisę įkelti, peržiūrėti ir keisti įrašų duomenis. Kol kas ši sistema dar yra diegimo etape, todėl ja naudojasi ne visos sveikatos priežiūros įstaigos bei vaistinės. Galutinai planuojama sistemą įdiegti iki 2018 m. kovo 1 d.

Apibendrinant informacijos prieinamumo teisinio reguliavimo aktualijas galima teigti, jog visos ES šalys, tame tarpe ir Lietuva teisiškai pripažįsta paciento teisę į informaciją. Todėl visi Tarptautiniai teisės aktai bei nacionaliniai šalių teisės aktai patvirtina, jog teisė gauti reikiamą informaciją yra svarbi kiekvienam pacientui, kadangi suteikia geresnį prieinamumą prie sveikatos priežiūros paslaugų. Šios teisės įgyvendinimui ES šalys rengia teisės aktus: vienos šalys rengia atskirus teisės aktus, reglamentuojančius pacientų teisę, kitos šalys įtraukia šias teises į bendrųjų sveikatos priežiūros įstatymų turinį. Įstatymai reglamentuoja tiek pacientui privalomos suteikti informacijos turinį, tiek ir būdus, kuriais ši informacija gali būti prieinama pacientui, pvz., žodžiu, raštu ar elektroniniu būdu. Pagrindinė informacijos prieinamumo teisinio reguliavimo problema yra vieningos ES šalių teisinės sistemos nebuvimas, kas ypač apsunkina informacijos prieinamumą pacientui siekiant pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis kitoje šalyje. Šiai problemai spręsti Europos Komisija pasiūlė dvi priemones: nacionalinių kontaktinių centrų steigimą, kuriuose bet kurios ES šalies pilietis gali gauti visą informaciją apie jo teises pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis bei elektroninių sveikatos įrašų (EHR) sistemos kūrimą, kuri leistų dalintis su sveikata susijusiais duomenimis tiek nacionaliniame, tiek ir tarptautiniame lygmenyse.

¹⁵⁵ Funded by the Health Programme of the European Union, *supra note* 145, p. 26.

¹⁵⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. gegužės 26 d. įsakymas Nr. V-657 „Dėl elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos naudojimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Teisės aktų registras* 2015, 08275 (2015).

2.1.2. Teritorinio prieinamumo bei savalaikiškumo principų teisinis reguliavimas

Teritorinis sveikatos paslaugų prieinamumas svarbus užtikrinant tiek planinę, tiek ir būtinąją medicininę pagalbą, t.y. jos savalaikiškumą. Atsižvelgiant į laisvą asmenų judėjimą ES šalių ribose, ES teisės aktai didžiausią dėmesį skiria lygybės prieš įstatymą bei nediskriminavimo principams. Siekiant sudaryti vienodas sąlygas bet kurioje ES teritorijoje gyvenantiems ir/ar dirbantiems piliečiams, EK 1971 m. birželio 14 d. priėmė Tarybos reglamentą Nr. 1408/71 dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, judantiems Bendrijoje¹⁵⁷, kuris 1999 m. vasario 8 d. buvo šiek tiek pakoreguotas, įtraukiant ir studentų teises¹⁵⁸. Pagal šio reglamento 3 str. vienos iš valstybių narių teritorijoje gyvenantiems asmenims, kuriems taikomas šis reglamentas, pagal bet kurios valstybės narės teisės aktus priklauso tos pačios prievolės ir jie naudojami tomis pačiomis teisėmis į išmokas kaip ir tos valstybės narės piliečiai. Pagal 87 straipsnį asmenys turi teisę ir į medicininius tyrimus, toje teritorijoje, kurioje jis tuo metu gyvena, pagal buvimo vietos įstaigos nustatytas sąlygas arba, nesant šito, pagal atitinkamų valstybių narių kompetentingų valdžios institucijų susitarimu nustatytas sąlygas. Taigi reglamentu buvo įtvirtintas principas, reiškiantis, kad „apdrausti asmenys ir kartu su jais kitoje valstybėje narėje esantys šeimos nariai turi lygiavertę teisę į sveikatos priežiūros paslaugas jų buvimo valstybėje narėje kaip ir tos valstybės narės piliečiai, jei jie atitinka visas sąlygas išmokai gauti pagal savosios valstybės narės teisės aktus“¹⁵⁹.

Neatidėliotinos medicininės pagalbos teisei įgyvendinti buvo naudojama E111 forma, kuri patvirtino asmenų teisę į būtinąją medicininę pagalbą¹⁶⁰. Nuo 2004 m. birželio 1 d. E111 formą pakeitė Europos sveikatos draudimo kortelė (*The European Health Insurance Card – EHIC*), kuri suteikia jo turėtojui teisę gauti reikiamą sveikatos priežiūrą per visą buvimo šalyje laikotarpį¹⁶¹. EHIC suteikia teisę naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis visoje ES bei Islandijoje,

¹⁵⁷ Tarybos Reglamentas (EEB) Nr. 1408/71 dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, judantiems Bendrijoje. Europos Sąjungos oficialusis leidinys, 1971, 05/1 t.

¹⁵⁸ Tarybos Reglamentas (EB) Nr. 307/1999 iš dalies pakeičiantis Reglamentą (EEB) Nr. 1408/71 dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims, savarankiškai dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, persikeliantiems Bendrijoje, ir Reglamentą (EEB) Nr. 574/72, nustatantį Reglamento (EEB) Nr. 1408/71 įgyvendinimo tvarką, siekiant juos taikyti studentams. Europos Sąjungos oficialusis leidinys, 1999, 05/3 t.

¹⁵⁹ Elzbergas, T. Paciento teisė į sveikatos priežiūros paslaugas kitose ES valstybėse narėse. *Socialinių mokslų studijos*, 2010, 1(5), 343.

¹⁶⁰ *Ibid*, p. 343.

¹⁶¹ Decision No 191 of 18 June 2003 concerning the replacement of forms E 111 and E 111 B by the European health insurance card. Text with relevance for the EEA and for the EU/Switzerland Agreement. Official Journal of the European Union, 2003/753/EC, article 2.

Lichtenšteine, Norvegijoje ir Šveicarijoje. Tačiau galima išskirti ir kai kuriuos naudojimosi Europos sveikatos draudimo kortele apribojimus¹⁶²:

- ES nepriklausančių šalių piliečiai negali naudotis EHIC gydymo paslaugoms gauti Danijoje;
- Kroatijos piliečiai negali naudotis EHIC Šveicarijoje;
- EHIC nepadės gelbėjimo ir repatriacijos atvejais. Jei reikėtų nemokamai parvežti namo, jei lankantis kitoje šalyje atsitiktų nelaimė, po kurios atsirastų laikinas neįgalumas, reikės atskiro draudimo;
- Besinaudojantys EHIC negali prašyti padengti privačios sveikatos priežiūros arba planinio gydymo išlaidų kitoje ES šalyje.

Kai kuriose šalyse EHIC išduodama kartu su nacionaline sveikatos kortele, kitose šalyse asmuo jos turi prašyti atskirai. Tačiau, bet kuriuo atveju už ją mokėti nereikia¹⁶³. Lietuvoje teisės aktai, reglamentuojantys EHIC išdavimą, yra Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas Nr. 883/2004¹⁶⁴ Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas Nr. 987/2009¹⁶⁵, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Europos sveikatos draudimo kortelės išdavimo Lietuvoje privalomuoju sveikatos draudimu apdraustiems asmenims“¹⁶⁶, Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2010 m. gruodžio 28 d. įsakymas Nr. 1K-244 „Dėl Europos sveikatos draudimo kortelės išdavimo, keitimo ir naikinimo taisyklių patvirtinimo“¹⁶⁷.

Tokiu būdu, netikėtai susirgus per viešnagę, bet kuriam ES piliečiui suteikiama teisė į gydymą, kurį būtina suteikti asmeniui iki jam grįžtant į gyvenamąją valstybę. Kiekvienam ES narės piliečiui suteikiamos tokios pačios teisės į sveikatos priežiūrą kaip ir valstybės, kurioje jis apsistoja, piliečiams.

¹⁶² „Sveikatos draudimas lankantis užsienyje,“ žiūrėta 2016 02 07

http://europa.eu/youreurope/citizens/health/unplanned-healthcare/temporary-stays/index_en.htm.

¹⁶³ *Ibid.*

¹⁶⁴ Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas (EB) Nr. 883/2004 „Dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo,“ (Specialusis leidimas, 5 skyrius, 5 tomas), 72.

¹⁶⁵ Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas (EB) Nr. 987/2009, nustatantis Reglamento (EB) Nr. 883/2004 „Dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo“ įgyvendinimo tvarką, 1.

¹⁶⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. birželio 22 d. įsakymas Nr. V-510 „Dėl Europos sveikatos draudimo kortelės išdavimo Lietuvoje privalomuoju sveikatos draudimu apdraustiems asmenims“. *Valstybės žinios* 80, 2925 (2005).

¹⁶⁷ Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2010 m. gruodžio 28 d. įsakymas Nr. 1K-244 „Dėl Europos sveikatos draudimo kortelės išdavimo, keitimo ir naikinimo taisyklių patvirtinimo“. *Valstybės žinios* 3, 115 (2011).

Šiuo metu ES laikomasi nuostatos, kad „būtinoji pagalba – tokia pagalba, kurios nesuteikus žmogus gali mirti arba jos nesuteikimas turės neigiamų pasekmių sveikatai, todėl pagalbą teikiantis gydytojas privalo atsižvelgti į numatomą lankymosi šalyje narėje trukmę, nes privalo būti suteikta tokio masto pagalba, kad nereikėtų dėl medicininių priežasčių anksčiau laiko grįžti į šalį, kurioje asmuo yra apdraustas“¹⁶⁸. Kaip galima pastebėti ES nėra priimto teisės akto, kuris nustatytu vienodas būtiniosios pagalbos teikimo taisykles bei mastą. Kiekviena ES valstybė būtinąsias medicinos paslaugas teikia remiantis nacionalinę sveikatos apsaugos sistemą reglamentuojančiais teisės aktais, todėl asmenys atvykę į kitas valstybes nares gali susidurti su būtiniosios medicinos pagalbos teikimo, apmokėjimo ir apimties skirtumais¹⁶⁹. Pavyzdžiui, pirminę medicinos pagalbą Lietuvoje reglamentuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas¹⁷⁰, kuris numato, jog „būtinoji (pirmoji ir skubioji) medicinos pagalba asmens sveikatos priežiūros įstaigose teikiama visiems pacientams, priklausomai nuo pagalbos indikacijų, t.y. pagalba gali būti teikiama nedelsiant (1 kategorija), tuo pat metu vertinama paciento būklė ir atliekami gydymo veiksmai bei neatidėliotinai, kuomet paciento būklės vertinimas ir gydymas turi būti pradėti ne vėliau kaip per 10 min. (2 kategorija) arba ne vėliau kaip per 30 min. (3 kategorija) nuo atvykimo į asmens sveikatos priežiūros įstaigą. Paciento būklė vertinama ir gydymo veiksmai dažnai atliekami vienu metu“¹⁷¹. Tokia bendra tvarka galioja tiek Lietuvis piliečiams, tiek ir asmenims, atvykusiems iš kitų šalių.

Teisiškai reglamentuojama ir ES šalių piliečių teisė ir į planinę sveikatos priežiūrą kitoje ES šalyje tokiomis pačiomis sąlygomis ir už tokią pačią kainą kaip ir tos šalies gyventojai¹⁷². Europos Komisijos Reglamento 1408/71 22 straipsnyje nustatyta, kad „norintys gauti planines sveikatos priežiūros paslaugas kitoje valstybėje narėje pacientai turi gauti kompetentingos savo valstybės narės įstaigos leidimą išvykti gydytis į kitos valstybės narės teritoriją, o gydymo išlaidas kitoje valstybėje narėje apmoka tokį leidimą išdavusios valstybės narės įstaigos“¹⁷³.

2005 m. kovo 17 d. Europos Bendrijų darbuotojų migrantų socialinės apsaugos administracinės komisijos sprendimas Nr. 20230 nustato, kad „leidimai gauti planines sveikatos

¹⁶⁸ Tadas Elzbergas, „Paciento teisė į sveikatos priežiūros paslaugas kitose ES valstybėse narėse“, *Socialinių mokslų studijos* 1, 5 (2010): 344.

¹⁶⁹ *Ibid.*

¹⁷⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 4 d. įsakymas Nr. V-208 „Dėl Būtiniosios medicinos pagalbos ir Būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“. *Valstybės žinios* 55, 1915 (2004).

¹⁷¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 4 d. įsakymas Nr. V-208 „Dėl Būtiniosios medicinos pagalbos ir Būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“. *Valstybės žinios* 55, 1915 (2004), 1 priedas.

¹⁷² „Teisė į planinį gydymą Europoje“ žiūrėta 2016 01 12, http://europa.eu/youreurope/citizens/health/planned-healthcare/right-to-treatment/index_en.htm.

¹⁷³ Tadas Elzbergas, op. cit., p. 344.

priežiūros paslaugas kitoje valstybėje narėje įforminami E112 forma, kurią išduoda valstybės narės, kurioje pacientas nuolat gyvena, kompetentingos institucijos¹⁷⁴. Tačiau kai kurios šalys gali riboti galimybes naudotis kai kuriomis sveikatos priežiūros paslaugomis, nes tų paslaugų paklausa yra didesnė negu jų pajėgumai tokias paslaugas teikti¹⁷⁵. Todėl kai kurios šalys riboja leidimus gauti E112 formą tam tikrų šalių piliečiams¹⁷⁶:

- Kipro, Čekijos, Estijos, Vengrijos, Latvijos, Lietuvos, Maltos, Lenkijos, Slovakijos ir Slovėnijos piliečiai negali naudotis Šveicarijoje teikiama sveikatos priežiūra;
- Islandijos, Lichtenšteino ir Norvegijos piliečiai gali naudotis sveikatos paslaugomis bet kurioje ES šalyje, išskyrus Šveicariją;
- Žmonės, kurie neturi Jungtinės Karalystės, Ispanijos, Šveicarijos pilietybės ar nėra Europos ekonominės erdvės pilietis sveikatos priežiūros paslaugas gali gauti visose ES šalyse, išskyrus Daniją, Norvegiją, Lichtenšteiną ir Šveicariją. Tuo tarpu Islandijoje šie žmonės gali gauti tik būtinąją pagalbą.
- Šveicarijos piliečiai gali gauti sveikatos paslaugas visose ES šalyse, išskrus Lichtenšteiną ir Norvegijoje. Islandijoje jie įtraukiami tik į būtiniosios pagalbos asmenų sąrašą.
- Laisvosios ekonominės erdvės šalių piliečiai, kurie nuolat gyvena Jungtinėje Karalystėje gali gauti sveikatos priežiūros paslaugas visose ES šalyse ir Šveicarijos, nepriklausomai nuo jų tautybės.

Nors, anot T. Elzbergo, valstybės narės turi plačią diskrecijos teisę sprendamos klausimą dėl leidimo išdavimo, tačiau jos privalo laikytis visų sąlygų, kurios numatytos reglamente¹⁷⁷. Remiantis Reglamento Nr. 1408/71 22 straipsnio 2 dalimi valstybių narių kompetentingoms įstaigoms numatomos dvi sąlygos, kurioms esant įstaiga privalo išduoti leidimą asmeniui vykti gydytis į kitą ES valstybę¹⁷⁸:

- „Pirmoji sąlyga, būtina išankstiniam leidimui gauti, yra objektyvi ir siejama su valstybėje narėje, kurioje asmuo nuolat gyvena, gydymo kompensavimo taisyklėmis. Ši sąlyga įvykdoma, jei gydymas, kurį pacientas siekia gauti kitoje valstybėje narėje, būtų apmokamas valstybėje narėje, kurios teritorijoje asmuo nuolat gyvena“.

¹⁷⁴ Tadas Elzbergas, *supra note* 168, p. 344.

¹⁷⁵ „Right to planned treatment abroad“ žiūrėta 2016 02 04, http://europa.eu/youreurope/citizens/health/planned-healthcare/right-to-treatment/index_en.htm.

¹⁷⁶ Department of Health, „Health advice for travelers“ (2005), 6.

¹⁷⁷ Tadas Elzbergas, *op. cit.*, p. 345.

¹⁷⁸ *Ibid.*

- „Antroji sąlyga yra subjektyvi ir siejama su paciento sveikatos būkle, kurią vertina gydytojas specialistas, praktikuojantis valstybėje narėje, kurioje pacientas nuolat gyvena. Antroji sąlyga įvykdoma tik jei gydymas, kurį pacientas numato gauti kitoje valstybėje narėje, vertinant pagal esamą paciento sveikatos būklę ir tikėtiną jo ligos eigą, negali būti suteiktas per terminą, paprastai būtiną atitinkamam gydymui gauti toje valstybėje narėje, kurioje jis nuolat gyvena“.

Taigi pagal Reglamento 1408/71 nuostatas „pacientas turi teisę gauti leidimą gydytis kitoje valstybėje narėje, jei valstybėje narėje, kurioje pacientas gyvena, dėl laukiančių gydymo pacientų eilės gydymas negali būti suteiktas per mediciniškai pagrįstą laikotarpį“¹⁷⁹. Tokiu būdu užtikrinamas sveikatos priežiūros savalaikiškumo principo užtikrinimas. Tačiau pastebimos ir teritorinio sveikatos apsaugos prieinamumo problemos ES šalyse, kurias sąlygoja įvairiose šalyse vyraujantis skirtingas teisinis reguliavimas (žr. 1 priedą), mažinantis galimybes lygiateisiškai pasinaudoti sveikatos paslaugomis ES teritorijoje. Pacientai, atvykę iš kitų šalių susiduria su problema gauti leidimą planinėms sveikatos priežiūros paslaugoms kitoje valstybėje; skiriasi EHIC išdavimo terminai; gydymo įstaigos nenori suteikti tam tikrų paslaugų be išankstinio apmokėjimo, skiriasi šalių požiūris į būtinąją pagalbą ir pan. EK ataskaitoje apie klausimus, susijusius su EHIC taikymu¹⁸⁰, atkreipiamas dėmesys, jog kai kurių šalių piliečiams atsisakoma išduoti EHIC dėl įvairių priežasčių:

- Žinių apie procedūras trūkumas (Estija, Italija, Latvija, Vengrija ir Portugalija);
- Numatytų procedūrų nebuvimas arba neaiškumas (Italija, Austrija ir Lietuva);
- Kalbos nesupratimas (Estija ir Lenkija);
- Abejonės dėl teisėtumo bei galiojimo (Lenkija ir Portugalija);
- Ilga išdavimo procedūra (Italija, Vengrija ir Slovakija);
- Planinės sveikatos priežiūros paslaugų tvarka (Belgija, Italija ir Portugalija);
- Būtinųjų sveikatos priežiūros paslaugų apimtys (Italija, Vengrija ir Lenkija);
- Privatus sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas (Belgija, Airija, Nyderlandai ir Portugalija);
- Privatus draudimas (Italija);
- Didelės išlaidos gydymui (Italija);
- Pirmenybė mokėjimų grynaisiais pinigais (Rumunija);
- Neaiškios atsisakymo priežastys (Italija, Latvija, Lenkija);

¹⁷⁹ Tadas Elzbergas, *supra note* 168, p. 345.

¹⁸⁰ Jozef Pacolet, Frederic De Wispelaere, *The European Health Insurance Card. EHIC. Questionnaire*. (European Commission, 2014), 15.

- Neatsiskaitymas ar pavėluotas atsiskaitymas už suteiktas paslaugas (Italija, Lenkija ir Rumunija);
- Administracinė našta (Austrija ir Slovakija).

Tad, galima konstatuoti, jog pagrindinės sveikatos apsaugos prieinamumo teisinio reguliavimo problemos kyla dėl to, jog kiekviena ES šalis, teikdama sveikatos priežiūros paslaugas kitų šalių piliečiams vadovaujasi savo nacionaliniais teisės aktais, kurie skiriasi, todėl kyla nesusipratimų tiek dėl sveikatos paslaugų apimtys, tiek dėl paslaugų teikimo procedūrų, tiek dėl apmokėjimo už paslaugas.

Apibendrinant galima konstatuoti, jog teritorinio sveikatos apsaugos prieinamumo principui užtikrinti ES skiria ne mažai dėmesio, kurdama šių sritį reguliuojančius teisinius dokumentus bei analizuodama šių dokumentų įgyvendinimo privalumus bei trūkumus. Vienas iš esminių teritorinio prieinamumo teisinio reguliavimo privalumų – tai, kad bet kurios ES šalies narės pilietis turi teisę gauti sveikatos priežiūros paslaugas bet kurioje šalyje kai tik jų prireikia. Tam yra sukurti mechanizmai, gerinantys sveikatos apsaugos prieinamumą, pvz. Europos sveikatos draudimo kortelė, kurios turėtojas turi teisę gauti tokias pat sveikatos priežiūros paslaugas, kaip ir vietinis tos šalies gyventojas. Vienas iš esminių sveikatos apsaugos prieinamumo užtikrinimo teisinio reguliavimo trūkumų – tas, kad nėra nustatytos vieningos paslaugų teikimo sistemos, kiekviena ES šalis vadovaujasi savo nacionaliniais teisės aktais, kurie įvairiose šalyse skiriasi ir tai sukelia kai kurių nepatogumų tiek sveikatos paslaugų teikėjams, tiek pacientams, atvykusiems iš kitų šalių.

2.1.3. Finansinio prieinamumo principo teisinis reguliavimas

Kaip jau buvo pastebėta ES reglamentai įpareigoja valstybes nares užtikrinti universalų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą visiems ES piliečiams. Tačiau daugelyje šalių šis principas nėra tinkamai įgyvendinamas. Sveikatos paslaugų prieinamumo netolygumus lemia skirtinga šalių socialinė ir ekonominė padėtis, kuri riboja kai kurių socialinių grupių galimybes¹⁸¹. Sveikatos apsaugos finansinį prieinamumą reglamentuoja Direktyvos 2011/24/ES 4 str. 4 dalis, kuriame nurodoma, jog „Valstybės narės užtikrina, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai jų teritorijoje pacientams iš kitų valstybių narių taikytų tokias pačias sveikatos priežiūros paslaugų kainas, kokias medicininiu požiūriu panašiu atveju moka vietiniai pacientai, arba kad jie nustatytų kainą, apskaičiuojamą taikant objektyvius ir nediskriminacinius kriterijus, jei vietiniams pacientams

¹⁸¹ Dorota Sienkiewicz, “Access to Health Services in Europe,” *European Social Watch Report* (2010): 17.

tokia kaina nėra nustatyta¹⁸². Teisę gauti sveikatos priežiūros paslaugas lygiomis sąlygomis kaip ir tos šalies gyventojas, suteikia EHIC. Turint šią kortelę, už reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas kiekvienos ES šalies gyventojas moka tą pačią kainą, kaip ir vietos gyventojai, pvz., jeigu vietos gyventojai gauna paslaugas nemokamai, tokios paslaugos turi būti suteiktos ir kitų šalių piliečiams. „Jei už gydymą reikia susimokėti, galima dar esant šalyje, paprašyti kompensuoti išlaidas nacionalinės institucijos ir tiesiogiai toje šalyje gauti kompensaciją arba kompensuoti išlaidas paprašyti savo sveikatos draudimo įstaigos, kai grįžtama namo. Patirtos išlaidos bus padengiamos atsižvelgiant į šalies, kurioje gydomasi, taisykles ir tarifus. Tad bus kompensuotos visos gydymo išlaidos arba reiks sumokėti paciento mokesį pagal šalies, kurioje buvo suteiktos gydymo paslaugos, taisykles“¹⁸³.

Europos teisės aktai reglamentuoja sveikatos apsaugos finansinį prieinamumą ir pacientams, kurie neturi EHIC arba negali ja naudotis, pavyzdžiui, pacientui sveikatos priežiūros paslaugos yra suteikiamos privačioje gydymo įstaigoje, kuri nepriklauso EHIC sistemai). Tokiu atveju sveikatos paslaugų teikėjas gali paprašyti susimokėti už paslaugas iš anksto, o pacientas gali prašyti kompensacijos grįžęs į savo gyvenamąją valstybę. Tačiau kompensacijos sąlygos už privačių ir valstybinių gydymo paslaugų suteikimą yra skirtingos¹⁸⁴:

- „Gali būti kompensuojamos tik tokio gydymo išlaidos, į kurį pacientas turite teisę savo šalyje“;
- „Gali būti kompensuota tik tokia išlaidų suma, kuri neviršija gydymo kainos kilmės šalyje, todėl ji gali būti mažesnė negu realiai sumokėta kaina“.

Kadangi sveikatos paslaugų kaina bei apmokėjimo tvarka nustatoma vadovaujantis toje šalyje galiojančiais medicinos paslaugų tarifais, o paslaugų išlaidas apmoka valstybės narės, kurioje asmuo yra apdraustas sveikatos draudimu, draudimo įstaigos, tokiu atveju kyla įvairių paciento teisių pažeidimo problemų. EK 2015 m. ataskaitoje dėl Direktyvos 2011/24/ES įgyvendinimo taikymo ES šalyse¹⁸⁵ nurodoma, kad:

- Ne mažiau kaip trijose valstybėse narėse vadovujamasi tokia tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimo praktika, kai pacientams mokamos kompensacijos dydis

¹⁸² Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2011/24/ES „Dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo“ (2011).

¹⁸³ „Neplaninės sveikatos priežiūros mokesčiai ir kas kompensuojama“ žiūrėta 2016 01 08, http://europa.eu/youreurope/citizens/health/unplanned-healthcare/payments-reimbursements/index_lt.htm.

¹⁸⁴ *Ibid.*

¹⁸⁵ Europos Komisija, „Komisijos ataskaita Europos Parlamentui ir Tarybai. Komisijos ataskaita dėl Direktyvos 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo taikymo,“ (Briuselis: Europos Komisija, 2015), 4-5.

nustatomas remiantis išlaidomis, kurias draudimo valstybė narė padengtų už sveikatos priežiūros paslaugas, gautas iš privataus paslaugų teikėjo ar paslaugų teikėjo, su kuriuo nesudaryta sutartis (tai yra gerokai mažesnė suma, palyginti su kompensacijos dydžiu, kuris mokamas, kai paslaugą teikia valstybinis ar pagal sutartį įsipareigojęs paslaugų teikėjas), jeigu ta sveikatos priežiūros paslauga suteikta tos valstybės narės teritorijoje;

- Trijose valstybėse narėse reikalaujama, kad kompensaciją už tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas siekiantis gauti pacientas pateiktų įrodymus, kad medicininis požiūris būtina, kad tam tikra sveikatos priežiūros paslauga būtų suteikta kitoje šalyje. Abejojama, ar tai neprieštarauja laisvo pacientų judėjimo principui ir atitinka 7 straipsnio 9 ir 11 dalyse nustatytus kriterijus;

- Dvylikoje valstybių nustatyta sistema, pagal kurią pacientai privalo turėti bendrosios praktikos gydytojo arba šeimos gydytojo išduotą siuntimą, kad galėtų gauti gydytojo specialisto teikiamą sveikatos priežiūros paslaugą. Todėl tokio siuntimo reikalaujama ir kai siekiama gauti kompensaciją už kitoje valstybėje narėje gautas tokias gydytojo specialisto suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas. Penkiose iš šių dvylikos valstybių aiškiai reikalaujama, kad siuntimas būtų išduotas jų šalies specialisto;

- Keturiuose valstybėse narėse reikalaujama, kad pacientai pateiktų oficialiai patvirtintą sąskaitų faktūrų vertimą (vienoje valstybėje net reikalaujama, kad visus paciento dokumentus patvirtintų jo šalies konsulas gydymo valstybėje).

Gana didelių neaiškumų kyla ir dėl Direktyvos nuostatų taikymo vadinamajai telemedicinai, t. y. nuotoliniu būdu teikiamoms sveikatos priežiūros paslaugoms. Per atstumą bendrosios praktikos gydytojo teikiamos konsultacijos kai kuriose valstybėse narėse yra kompensuojamos arba teikiamos, o kitose – ne. Jeigu pacientas iš valstybės narės, kurioje tokios konsultacijos neteikiamos ir nefinansuojamos, valstybėje narėje, kurioje tokios konsultacijos teikiamos, telemedicinos būdu konsultuojasi su bendrosios praktikos gydytoju, draudimo valstybė gali atsisakyti mokėti kompensaciją¹⁸⁶.

Tad, analizuojant finansinį sveikatos apsaugos prieinamumą ES šalyse, galima pastebėti, jog šio principo įgyvendinimą reglamentuoja dvi teisinės priemonės, kurios iki 2013 m. spalio 25 d. turėjo būti perkelta į valstybių narių nacionalinę teisę – tai Direktyva 2011/24/ES¹⁸⁷ bei Reglamentai

¹⁸⁶ Europos Komisija, *supra note* 185, p. 5.

¹⁸⁷ Europos Parlamento ir Tarybos direktyva *supra note* 182.

(EB) Nr. 883/2004¹⁸⁸ ir (EB) Nr. 987/2009¹⁸⁹ dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo, kiek tai susiję su sveikatos priežiūra. Šių teisinių priemonių įgyvendinimo problemas tenka spręsti Europos Teisingumo Teismui (toliau – ETT). Dar prieš priimant Direktyvą 2011/24/ES ETT jau nagrinėjo kai kuriuos su tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimu susijusius klausimus, visų pirma klausimus dėl kitoje nei sveikatos priežiūros paslaugų gavėjo gyvenamosios vietos valstybėje narėje suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimo. ETT nuo 1998 metų savo sprendimuose nuosekliai pasisakydavo, kad „pacientai turi teisę gauti tokią pat kompensaciją už užsienyje gautas sveikatos priežiūros paslaugas, kokią jie gautų savo šalyje“¹⁹⁰. Tikslinga paminėti keletą bylų iš teismų praktikos, kurios turėjo esminę reikšmę Bendrijos teisėje:

- „Sprendimai *Kohll* ir *Decker* bylose, 1998 m. balandžio 28 d., bylos C-120/95 ir C-158/96. ES piliečiai gali be išankstinio gydymosi leidimo gydytis kitoje valstybėje narėje, o jų gydymosi išlaidos padengiamos pagal šalies, kurioje jie yra apdrausti, draudimo išmokų tarifus. Šios teismo bylos susijusios su akinių ir ortodontinio ambulatorinio gydymo išlaidų padengimu“¹⁹¹. „Po šių svarbių bylų teisė į sveikatos priežiūros paslaugas kitoje valstybėje narėje buvo pripažinta kaip universali teisė visiems ES piliečiams. ETT išaiškino, kad reikalavimas gauti išankstinį leidimą sulaiko pacientus nuo galimybės naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis kitoje valstybėje narėje ir sudaro kliūtis laisvam pacientų judėjimui. Tokia kliūtis negali būti pateisinta remiantis argumentais, kad leidimai būtini siekiant apsaugoti visuomenės sveikatą arba išlaikyti valstybių narių socialinės apsaugos sistemų stabilumą“¹⁹².

- „Sprendimas *Geraets-Smits* ir *Peerboms* byloje, 2001 m. liepos 12 d., byla C-157/99. Nors išankstiniais gydymosi leidimais pagrįstos sistemos gali riboti ligoninių medicininių paslaugų teikimo laisvę, jos yra reikalingos tam, kad socialinės apsaugos sistemos būtų finansiškai subalansuotos, o ligoninių teikiamos paslaugos visiems prieinamos¹⁹³.“ „Šiose bylose ETT stacionarias sveikatos priežiūros paslaugas išskyrė į atskirą kategoriją ir nustatė pagrindus, kurie gali pateisinti išankstinių leidimų reikalingumą. ETT pritarė nacionalinių vyriausybių pozicijai, kad stacionariai teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, palyginti su kitomis medicinos paslaugomis, kurios teikiamos gydytojo kabinete ar paciento namuose, yra neabejotinai ypatingos: pirma,

¹⁸⁸ Europos Parlamento ir Tarybos Reglamentas (EB) Nr. 883/2004 „Dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo“, (Europos Sąjungos oficialusis leidinys, 2004).

¹⁸⁹ Europos Parlamento ir Tarybos Reglamentas (EB) Nr. 987/2009 nustatantis Reglamento (EB) Nr. 883/2004 „Dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo“ įgyvendinimo tvarką, (Europos Sąjungos oficialusis leidinys 2009).

¹⁹⁰ Tadas Elzbergas, *supra note* 168, p. 346.

¹⁹¹ Europos Komisija, „Teismų praktika“ žiūrėta 2016 12 18, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=572&langId=lt>.

¹⁹² Tadas Elzbergas, *op. cit.*, p. 347.

¹⁹³ Europos Komisija, *op. cit.*

valstybės teritorijoje siekiama užtikrinti, kad būtų pakankamos ir nuolat prieinamos įvairios ir subalansuotos kokybiškos stacionaraus gydymo paslaugos; antra, stacionarių gydymo paslaugų planavimas leidžia kontroliuoti išlaidas ir išvengti finansinių, techninių ir žmogiškųjų išteklių švaistymo. Atsižvelgiant į šias priežastis reikalavimas gauti išankstinį leidimą tam, kad nacionalinė draudimo sistema padengtų kitoje valstybėje narėje numatytą stacionarų gydymą, yra būtina ir pagrįsta priemonė¹⁹⁴.

- „Sprendimas *Vanbraekel* byloje, 2001 m. liepos 12 d., byla C-368/98. Teismas apibrėžia, kurios gydymosi išlaidos padengiamos operacijos ligoninėje atveju. Jei jums buvo nepagrįstai atsisakyta išduoti leidimą gydytis kitos šalies ligoninėje, o vėliau gydymosi leidimas jums vis dėlto buvo išduotas (pvz., teismo sprendimu), turite teisę reikalauti, kad jums būtų padengta bent tokia gydymosi išlaidų suma, kurią būtumėte gavęs gydydamasis šalyje, kurioje esate apdraustas¹⁹⁵. „Taigi ETT pripažino paciento teisę į visišką gydymo kitoje valstybėje narėje kompensavimą. Be to, *Vanbraekel* byloje pacientui buvo suteikta ne tik teisė gauti gydymą kitoje valstybėje narėje, bet ir teisė į tiesioginę išmoką, jei kitoje valstybėje narėje suteiktas gydymas yra pigesnis nei toks gydymas kainuoja valstybėje narėje, kurioje pacientas nuolat gyvena¹⁹⁶.

- „Sprendimas *Keller* byloje, 2005 m. balandžio 12 d., C-145/03. Dėl skubių medicininių priežasčių ne valstybės narės ligoninėje atsidūrusio asmens, turinčio formas E 111 ir E 112, gydymo išlaidas turi padengti buvimo vietos valstybės narės socialinio draudimo institucija pagal šios valstybės taisykles valstybės narės, kurioje asmuo yra apdraustas, institucijos sąskaita¹⁹⁷.

- „Sprendimas *Watts* byloje, 2006 m. gegužės 16 d., byla C-372/04. Pareiga sumokėti už kitoje valstybėje narėje suteiktą gydymą ligoninėje taikoma ir nacionalinei sveikatos priežiūros tarnybai, kuri jas teikia nemokamai. JK nacionalinė sveikatos priežiūros tarnyba (toliau - NHS) neturi teisės atsisakyti išduoti leidimo gydytis užsienyje, remdamasi gydymo valstybėje, kurioje pacientas gyvena, laukimo termino motyvu, nebent ši tarnyba gali įrodyti, kad gydymo laukimo terminas neviršija termino, kuris yra pateisinamas paciento būklės ir klinikinių poreikių medicininiu įvertinimu. Jei pacientas prašo leidimo gydytis užsienyje remdamasis tuo, kad gydymasis jo gyvenamoje valstybėje narėje jam negali būti suteiktas per šiam gydymui gauti būtiną terminą, JK NHS neturi teisės atsisakyti išduoti šio leidimo, nebent ji įrodytų, kad gydymo laukimo terminas neviršija termino, kuris yra pateisinamas paciento būklės ir klinikinių poreikių medicininiu

¹⁹⁴ Tadas Elzbergas, *supra note* 168, p. 348.

¹⁹⁵ Europos Komisija, *supra note* 191.

¹⁹⁶ Tadas Elzbergas, *op. cit.*, p. 350.

¹⁹⁷ Europos Komisija, *supra note* 191.

įvertinimu¹⁹⁸.“ „ETT pripažino valstybių narių teisę atsisakyti išduoti leidimą, jei toks pat gydymas gali būti suteiktas valstybėje narėje neviršijant mediciniškai priimtino termino. Taigi ETT užkirto kelią nevaldomai pacientų migracijos bangai, kurią galėjo sukelti vien tai, kad tapatus gydymas kitoje valstybėje narėje yra greičiau pasiekiamas“¹⁹⁹.

- „Sprendimas *Stamatelaki* byloje, 2007 m. balandžio 19 d., byla C-444/05. Valstybių narių įstatymai, pagal kuriuos neatlyginamos jokios stacionarinio gydymo privačiose sveikatos priežiūros įstaigose, įsteigtose kitose valstybėse narėse, išlaidos, nesuderinami su laisvo paslaugų teikimo principu. ETT nagrinėja šiuo aspektu teisės aktus, pagal kuriuos kitose valstybėse narėse suteiktos gydymo paslaugos traktuojamos skirtingai nei tos pačios valstybės narės teritorijoje suteiktos panašios paslaugos. Pilietis turi sumokėti už gydymo privačioje ligoninėje kitoje valstybėje narėje paslaugas ir šios išlaidos jam nekompensuojamos, tačiau jam nereikia mokėti už gydymo valstybinėje arba sutartį pasirašiusioje privačioje ligoninėje paslaugas savo šalyje. Skubaus stacionarinio gydymo privačioje įstaigoje kitoje valstybėje narėje išlaidos taip pat nekompensuojamos, o skubaus stacionarinio gydymo išlaidos privačioje sutarties nepasirašiusioje įstaigoje savo šalyje yra kompensuojamos. Tokie teisės aktai pacientams atima norą, o gal net ir užkerta kelią kreiptis į ligonines kitose valstybėse narėse. Absoliutus draudimas neatitinka tikslų; galėtų būti numatytos kitokio pobūdžio – ne taip ribojančios ir labiau atitinkančios laisvo paslaugų tiekimo principą – priemonės“²⁰⁰.

Tokiu būdu, ETT sprendimai yra svarbūs išaiškinant ES teisę, kad būtų užtikrintas jos vienodas taikymas visose ES šalyse, ir būtų sprendžiami ES šalių vyriausybių ir ES institucijų teisiniai ginčai.

Apibendrinant galima teigti, jog finansinis sveikatos apsaugos prieinamumas yra ne mažiau svarbus nei informacinis ar teritorinis prieinamumas, kadangi negalėdamas susimokėti už reikalingas paslaugas, pacientas neįgyvendina savo teisių į kokybišką sveikatos apsaugą. Todėl ES teisės aktais siekiama reglamentuoti visų ES šalių narių pacientų teisę naudotis nemokamomis sveikatos priežiūros paslaugomis bet kurioje ES šalyje, jeigu asmuo yra draustas privalomuoju sveikatos ar kitokiu draudimu. Pacientas taip pat turi teisę prašyti kompensacijos iš savo šalies draudėjo, jeigu prireikia susimokėti už nenumatytas sveikatos priežiūros paslaugas. Kad šalys ir ES institucijos nepažeistų šių paciento teisių ir, kad ES teisė būtų vienodai aiškinama ir taikoma visose

¹⁹⁸ Europos Komisija, *supra note* 191.

¹⁹⁹ Tadas Elzbergas, *supra note* 168, p. 350.

²⁰⁰ Europos Komisija, *op. cit.*

ES šalyse, užtikrina Europos Teisingumo Teismas, kurio išaiškintų bylų išvados daro esminę įtaką Bendrijos teisėkūroje.

2.1.4. Sveikatos paslaugų prieinamumo teisinio reguliavimo įgyvendinimas ES ir kitose Europos valstybėse

Kaip jau buvo pastebėta, siekiant užtikrinti sveikatos apsaugos prieinamumo principą, kiekviena ES valstybė rengia šio principo įgyvendinimą reguliuojančius teisės aktus, kurių turinys neprieštarauja bendriems ES teisėms aktams, sudarantiems vienodas galimybes visiems ES šalių narių pacientams gauti kokybišką sveikatos apsaugą bet kurioje Bendrijos šalyje. Siekiant gerinti sveikatos apsaugos prieinamumą ES teisė reglamentuoja šiuos pagrindinius principus: informacijos gavimą; būtinosios pagalbos ir planinių pasaugų teikimo tvarką; nemokamų sveikatos paslaugų gavimo bei kompensavimo už paslaugas tvarką. Toliau trumpai bus apžvelgiama, kaip minėti principai integruojami į nacionalinę ES šalių teisę.

Austrija. Už informacijos suteikimą atsakinga kiekviename regione veikiantis sveikatos draudimo biuras. Valstybinės sveikatos priežiūros paslaugos gyventojams yra nemokamos, todėl ir kiti ES piliečiai jas gali gauti tokia pačia tvarka. Privačių gydytojų paslaugos yra mokamos, bet suteikiama teisė į dalinį išlaidų grąžinimą. Stacionariniam gydymui būtinas gydytojos siuntimas. Už pirmąsias gulėjimo ligoninėje 28 d. mokestis negrąžinamas. Gydantis privačiai tiek savo paties prašymu, tiek ir dėl nelaimingo atsitikimo, gali būti suteikta teisė į grąžinamąją išmoką iš regioninio sveikatos draudimo biuro specialiuųjų lėšų, kurios skiriamos ligoninėms. Norint gauti kompensaciją už gydymąsi kitoje šalyje būtina regioniniam sveikatos draudimo biurui pateikti visus mokėjimų kvitus: tiek originalus, tiek jų kopijas²⁰¹

Belgija. Informacija teikiama regioniniame biure „Ligų ir neįgalumo draudimo pagalbos fonde“ arba teritorinėse liginių kasose. Gydymas šalyje yra nemokamas, mokamos yra tik odontologo paslaugos bei vaistų išsigijimas, tačiau pacientai turi teisę gauti iki 75 proc. kompensacijos už šias išlaidas. Greitosios medicinos pagalbos paslaugos yra nemokamos, tačiau ligoninėje gali tekti padengti dalį išlaidų. Visas kompensacijas už patirtas sveikatos priežiūros paslaugas tvarko teritorinės ligonių kasos, kurioms pacientai turi pateikti visu mokėjimų kvitų originalus²⁰².

²⁰¹ Department of Health, „Health advice for travelers“, 2005, 16.

²⁰² *Ibid.*

Kipras. Visą informaciją suteikia Sveikatos apsaugos ministerija. Valstybinėse įstaigose gydytojo paslaugos yra nemokamos jei pacientas turi EHIC, reiks susimokėti 1 eurą už kiekvieną vizitą pas gydytoją ar odontologą (šie mokesčiai negražinami). Turintys EHIC reikiamus vaistus gali įsigyti valstybinėje vaistinėje ir už tai gauti kompensaciją, neturintys kortelės vaistus turės pirkti privačioje vaistinėje, už kuriuos nebus kompensuojama. Kitų šalių piliečiai gali gauti stacionarinį gydymą, jeigu juos nukreipia gydantis gydytojas, kitu atveju stacionarinė pagalba galima tik skubios pagalbos ar nelaimingo atsitikimo atveju. Specialios įstaigos, atsakingos už kompensacijų tvarkymą nėra, kiekvienas pacientas tiesiogiai gydymo įstaigai ar vaistinei susimoka jam nustatytą mokesčio dydį. Ši tvarka negalioja šiaurės Kipre ir ten besigydantys kitų šalių piliečiai turi susimokėti visą gydymo kainą ir už tai negauna jokios kompensacijos, todėl vykstantiems į šią Kipro dalį rekomenduojama įsigyti privatų sveikatos draudimą²⁰³.

Čekija. Visą reikiamą informaciją pacientams suteikia Tarptautinis kompensacijų centras. Tiek gydytojo, tiek ir odontologo paslaugos yra mokamos tiek, kiek reglamentuoja įstatymai, tačiau norint gauti kompensaciją, pacientas turi gydytis gydymo įstaigoje, pasirašiusioje sutartis su sveikatos priežiūros centru (sveikatos draudimo fondu). Už vaistus reikia susimokėti nekompensuojamą dalį. Specialios įstaigos, atsakingos už kompensacijų tvarkymą nėra, kiekvienas pacientas tiesiogiai gydymo įstaigai ar vaistinei susimoka jam nustatytą mokesčio dydį²⁰⁴.

Danija. Visą reikiamą informaciją pacientams suteikia vietos taryba. Atvykus į šalį reikia kreiptis į šią tarybą, kuri užregistruos paciento turimą EHIC ir suteiks specialią sveikatos kortelę. Perkant vaistus, pirmo pirkimo metu reikia užregistruoti turimą kortelę arba rinkti visus pirkimo kvitus. Gydytojo ir odontologo paslaugos yra nemokamos, jeigu gydymo įstaiga yra įregistruota Danijos visuomenės sveikatos priežiūros tarnyboje. Už šių gydytojų konsultacijas sumokėta suma yra kompensuojamas, išskyrus dantų gydymą bei protezavimą. Už vaistus reikia susimokėti visą kainą, kurios dalis gali būti gražinama: paprastai kompensuojama tik vaikams (iki 18 m.) 50 proc. išlaidų, Stacionarinis gydymas yra nemokamas. Farerų salos nėra EEE dalis, todėl čia galioja kita tvarka nei visoje šalyje, šios salos yra sudariusios atskirą sveikatos priežiūros sutartį su JK²⁰⁵.

Estija. Visą reikiamą informaciją pacientams suteikia Estijos sveikatos draudimo fondo tarptautinių ryšių departamentas. Kitų šalių pacientai turi sumokėti dalį gydytojo bei odontologo paslaugų, įskaitant ir vizitus į namus ir šios išlaidos nekompensuojamos. Vaikai (jaunesni kaip 19 m.) gali gauti nemokamą dantų gydymą, o suaugusiems pacientams nereikia mokėti už dantų

²⁰³ Department of Health, *supra note* 201, p. 17.

²⁰⁴ *Ibid*, p. 18.

²⁰⁵ *Ibid*, p. 19.

šalinimą bei infekcijų gydymą. Jei vaistas nėra nacionalinių vaistų sąrašė, reikia sumokėti visą kainą ir ji nėra gražinama. Stacionarinio gydymo atveju reikia susimokėti mokestį už pirmąsias 10 d., šio mokesčio nereikia mokėti vaikams iki 19 metų amžiaus; nėščiosioms ir gimdyvėms; intensyvios priežiūros atveju. Greitosios pagalbos paslaugos yra nemokama avarijos atveju. Privačių gydymo įstaigų teikiamos paslaugos nekompensuojamos²⁰⁶.

Suomija. Visą reikiamą informaciją pacientams suteikia vietos sveikatos draudimo departamentas. Gydymas teikiamas nemokamai arba už standartinį mokestį, priklausomai nuo savivaldybės dydžio. Jeigu pacientas gydomi privačioje klinikoje, turi gauti gydymo išlaidų kvitą, kurio dalį išlaidų galės susigrąžinti. Odontologo paslaugoms taikomas standartinis mokestis, o su EHIC savivaldybės sveikatos centro skubus dantų gydymas gali būti atliktas nemokamai. Valstybinių odontologų paslaugos kitų šalių piliečiams yra griežtai ribojamos. Už vaistus reikia susimokėti visą sumą, bet vėliau galima gauti 50 proc. išlaidų kompensaciją. Prireikus stacionariųjų paslaugų, reikalingas gydančio gydytojo siuntimas ir turint EHIC paslaugos yra nemokamos. Esant būtinybei galima kreiptis į artimiausią viešąją ligoninę be gydytojo siuntimo, tačiau tokiu atveju reiks susimokėti vienkartinį negražinamą mokestį. Norint gauti sveikatos išlaidų kompensaciją, reikia sveikatos draudimo departamentui pateiktis visus mokėjimą patvirtinančius kvitus²⁰⁷.

Prancūzija. Visą reikiamą informaciją pacientams suteikia Europos ir tarptautinių ryšių centras, priklausantis socialinės apsaugos departamentui. Už visas sveikatos priežiūros paslaugas reikia susimokėti nustatytą kainą. Jeigu pacientas gydėsi Prancūzijos sveikatos apsaugos sistemai priklausančioje gydymo įstaigoje, tuomet jis gali susigrąžinti iki 70 proc. gydymo išlaidų bei nuo 35 iki 65 proc. – išlaidų vaistams įsigyti. Stacionaraus gydymo atveju pacientas iš anksto turi susimokėti 75 proc. gydymo kainos bei fiksuotą dienos mokestį, iš kurių 25 proc. negražinami. Visas kompensacijas tvarko vietos sveikatos draudimo biurai. Jeigu asmuo dar yra Prancūzijoje kompensacijas išmoka artimiausia sveikatos draudimo tarnyba, kitu atveju kompensacija siunčiama gyvenamosios vietos adresu, susimokant siuntimo mokestį. Gražinimo procesas paprastai trunka apie du mėnesius²⁰⁸.

Vokietija. Visą reikiamą informaciją pacientams suteikia kiekvienoje vietovėje esantis sveikatos draudimo fondas. Už gydytojo bei odontologo konsultacijas reikia mokėti fiksuoto dydžio mokestį, kuris nėra gražinamas. Už vaistus reikia mokėti nustatytą kainą, kuri negražinama. Nelaimės atveju galima vykti tiesiai į ligoninę, kuri kreipiasi į sveikatos draudimo fondas dėl

²⁰⁶ Department of Health, *supra note* 201, p. 19.

²⁰⁷ *Ibid*, p. 20.

²⁰⁸ *Ibid*, p. 21.

patvirtinimo, kokios išlaidoms pacientui bus kompensuojamos. Kitais atvejais už stacionarinį gydymą reikia susimokėti nustatyto dydžio dienos mokesčių už pirmąsias 28 d., kuris negražinamas (šio mokesčio nereikia mokėti už vaikus iki 18 m.)²⁰⁹.

Graikija. Visą reikiamą informaciją pacientams suteikia bei kompensacijas tvarko Socialinio draudimo institutas arba jo regioniniai biurai. Turint EHIC gydytojo bei odontologo konsultacijos ir gydymas yra nemokamas, gali tekti susimokėti tik už papildomas procedūras, pvz., rentgeno, kineziterapeuto ir pan. Jeigu vaistai perkami vaistinėje, nurodytoje Socialinio draudimo instituto sąrašuose, reikia susimokėti nedidelį standartinį mokesčių ir 25 proc. vaisto vertės, šios išlaidos negražinamos. Perkant vaistus kitose vaistinėse, išlaidos nekompensuojamos. Stacionariam gydymui reikalingas gydytojo siuntimas, kuris patvirtinamas per Socialinio draudimo instituto sistemą. Turint EHIC galima kreiptis tiesiai į ligoninę ir be gydytojo siuntimo, tuomet su Socialinio draudimo institutu susisiekiama pati ligoninė²¹⁰.

Vengrija. Visą reikiamą informaciją pacientams suteikia bei kompensacijas tvarko Nacionalinio sveikatos draudimo fondo Tarptautinių ryšių ir ES integracijos departamentas. Kitų šalių pacientai gali gauti tik tų gydytojų ir odontologų paslaugas, kurie yra sudarę sutartis su Nacionaliniu sveikatos draudimo fondu. Tokiu atveju gydytojų konsultacijos yra nemokamos ir nemokamas skubius dantų gydymas. Visos kitos paslaugos yra mokamos ir kompensacija už jas negražinama. Kai kurie receptiniai vaistai yra nemokami, už kitus mokama pilna arba dalinė kaina. Stacionarus gydymas su gydytojo siuntimu yra nemokamas. Reikia susimokėti už pageidaujamas papildomas paslaugas, pvz., papildomus vaistus, geresnes sąlygas ar maitinimą ir pan., už kurias kompensacija negražinama. Greitosios pagalbos paslaugos nemokamos. Specialios įstaigos, atsakingos už kompensacijų tvarkymą nėra, kiekvienas pacientas tiesiogiai gydymo įstaigai ar vaistinei susimoka jam nustatytą mokesčio dydį²¹¹.

Islandija. Visą reikiamą informaciją pacientams suteikia Valstybinis socialinės apsaugos institutas. Kitų šalių pacientams sveikatos paslaugas teikia valstybinės gydymo įstaigos arba sveikatos centrai. Už gydymą reikia susimokėti nustatyto dydžio mokesčių, kuris negražinamas. Už odontologo paslaugas reikia mokėti pilną kainą, kuri negražinama. Vaikai iki 16 m. turi mokėti tik 25 proc. paslaugų kainos. Už vaistus kitų šalių pacientai taip pat moka visą kainą, kuri nekompensuojama. Pacientai gali būti hospitalizuoti tik tada, kai turi gydytojo siuntimą, tačiau skubiais atvejais, pacientams gali kreiptis į skubios pagalbos skyrių. Ligoninės stacionare gydymas

²⁰⁹ Department of Health, *supra note* 201, p. 22.

²¹⁰ *Ibid.* p. 24.

²¹¹ *Ibid.* p. 25.

yra nemokamas tiems pacientams, kurie turi EHIC, priešingu atveju reikia mokėti. Greitosios pagalbos paslaugos yra mokamos. Atskiras susitarimas yra taikomas tarp Islandijos ir JK, kurios gyventojai, turėdami specialią medicininę kortelę, gali pasinaudoti nemokamomis skubios sveikatos pagalbos paslaugomis²¹².

Airija. Visą reikiamą informaciją pacientams suteikia vietos sveikatos priežiūros valdyba. Būtinąją medicininę pagalbą bei receptai yra nemokami, jeigu naudojamos bendrosios medicinos gydytojo paslaugomis. Valstybinėse ligoninėse stacionarus gydymas yra nemokamas. Jeigu reikalingi skubių vaistų, recepto reikia kreiptis į sveikatos priežiūros valdybos gydytoją, priešingu atveju už recepto išrašymą reiks mokėti mokestį²¹³.

Italija. Visą reikiamą informaciją pacientams suteikia bei kompensacijas tvarko vietinė sveikatos priežiūros valdyba. Šiai valdybai priklausančių gydymo įstaigų paslaugos (tiek ambulatorinės, tiek ir stacionarios) yra nemokamos. Gydantis privačiose gydymo įstaigose už gydymą reikia susimokėti pilną kainą, tačiau pateikus EHIC, galima gauti išlaidų kompensaciją. Odontologai paprastai yra privatūs asmenys ir jų paslaugos yra mokamos bei nekompensuojamos. Vaistai yra mokami ir jų kaina nekompensuojama²¹⁴.

Latvija. Visą reikiamą informaciją pacientams suteikia vietinis Sveikatos draudimo fondas arba Privalomojo sveikatos draudimo valstybinė agentūra. Kitų šalių pacientams už gydytojo paslaugas reikia mokėti standartinį mokestį, kuris netaikomas vaikams iki 18 m. ir nėščioms moterims visą nėštumo laikotarpį. Už odontologo paslaugas reikia mokėti visą kainą, kuri šiek tiek mažesnė yra Sveikatos draudimo fondui arba Privalomojo sveikatos draudimo valstybinei agentūrai priklausančiose įstaigose. Vaikams iki 18 m. dauguma odontologinių procedūrų yra nemokamos. Už vaistus reikia mokėti nustatyto dydžio kainą, kuri nekompensuojama. Greitosios pagalbos paslaugos nemokamos, jeigu ji kviečiama skubios pagalbos atveju. Skubios pagalbos atveju galima tiesiogiai vykti ir į stacionarią ligoninę, priešingu atveju, stacionarus gydymas taikomas tik su bendrosios praktikos gydytojo siuntimu. Ligoninėje taikomas priėmimo mokestis bei kasdieniai mokestis už stacionarinį gydymą, kuris taikomas nuo antros gydymo dienos iki reikiamo gydymo pabaigos. Stacionaraus gydymo mokestis gali būti kompensuojamas. Gydymas privačiose gydymo įstaigose yra mokamas ir nekompensuojamas²¹⁵.

²¹² Department of Health, *supra note* 201, p. 26.

²¹³ *Ibid.* p. 27.

²¹⁴ *Ibid.* p. 28.

²¹⁵ *Ibid.* p. 29.

Lichtenšteinas. Visą reikiamą informaciją pacientams suteikia Nacionalinis ekonomikos biuras. Dėl sveikatos priežiūros paslaugų kitų šalių piliečiai gali kreiptis į bet kurią viešąją sveikatos priežiūros įstaigą, kur turi sumokėti standartinį mokestį. Valstybinių odontologų šalyje nėra ir už jų paslaugas reikia mokėti pilną kainą, kuri nekompensuojama. Lichtenšteine yra tik viena ligoninė, kurioje gali gauti stacionarias paslaugas kitų šalių pacientai. Dėl patekimo į ligoninę reikia kreiptis į ambulatorinę gydymo įstaigą, išskyrus nelaimingų atsitikimų ar avarijų atveju²¹⁶.

Lietuva. Visą reikiamą informaciją pacientams suteikia bei kompensacijas tvarko teritorinės ligonių kasos, kurių šalyje yra penkios (didžiuosiuose Lietuvos miestuose: Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose bei Panevėžyje). Kitų šalių pacientai nemokamas gydytojo konsultacijas bei gydymą gali gauti tik įstaigose, pasirašiusiose sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis. Odontologo konsultacijos yra nemokamos, tačiau reikia susimokėti už naudotas stomatologines medžiagas, šis mokestis negražinamas. Naudojantis privačių odontologų paslaugomis reikia mokėti pilną kainą, kuri negražinama. Turint EHIC iš šeimos gydytojo galima gauti kompensuojamų vaistų receptą, už kuriuos reiks susimokėti nuo 10 iki 50 proc. vaisto kainos, ši suma negražinama. Nemokamą stacionarią pagalbą galima gauti nelaimingų atsitikimo ar avarijos atveju, priešingu atveju reikalingas ambulatorinio gydytojo siuntimas. Gydantis privačioje gydymo įstaigoje, reikia susimokėti pilną kainą, kuri negražinama. Greitosios medicinos pagalbos pasaugos yra nemokamos. Neturint EHIC gali tekti susimokėti už visas sveikatos priežiūros paslaugas, tačiau jeigu pacientas turi privalomą sveikatos draudimą savo šalyje, jis gali kreiptis į savo šalies institucijas dėl gražinamosios išmokos, tam reikalingi visų mokėjimų originalūs kvitai²¹⁷.

Liuksemburgas. Visą reikiamą informaciją pacientams suteikia bei kompensacijas tvarko Darbuotojų sveikatos draudimo fondas bei jo teritoriniai padaliniai. Kitų šalių pacientai dėl sveikatos priežiūros paslaugų gali kreiptis į bet kurią šalies gydymo įstaigą ar odontologą. Pacientui reikia padengti visas gydymo išlaidas, už kurių dalies gražinimą gali kreiptis į savo šalies atsakingas institucijas. Stacionarus gydymas yra nemokamas, reikia susimokėti tik nustatyto dydžio kasdienį negražinamą mokestį²¹⁸.

Malta. Visą reikiamą informaciją pacientams suteikia bei kompensacijas tvarko Sveikatos ministerijos teisės skyrius. Greitosios medicinos pagalbos gydymas yra nemokamas vyriausybės sveikatos centruose. Skubiais atvejais dantų gydymas teikiamas nemokamai nestacionariose gydymo įstaigose ar vyriausybės sveikatos centruose, tačiau tai nėra plačiai prieinama. Dauguma odontologų

²¹⁶ Department of Health, *supra note* 201, p. 30.

²¹⁷ *Ibid*, p. 30.

²¹⁸ *Ibid*, p. 32.

praktikuoja privačiai, todėl jų paslaugos yra mokamos ir išlaidos už jas negražinamos. Visi vaistai yra mokamai ir kompensacija už juos negražinama. Skubios pagalbos atveju stacionarus gydymas yra nemokamas vyriausybinėse ligoninėse, toks gydymas teikiamas pirmąsias tris dienas, pasibaigus šiam laikotarpiui už gydymą reikia mokėti. Šie mokesčiai yra negražinami. Greitosios pagalbos kelionės yra nemokamos skubių atvejų pagalba įrodžius, kad pacientas turi teisę į gydymą²¹⁹

Nyderlandai. Visą informaciją apie medicininės paslaugas, sveikatos centrų ir ligoninių, kurios veikia per valstybinę sistemą, pavadinimus ir adresus suteikia Sveikatos draudimo fondo vietiniai biurai. Valstybinėse gydymo įstaigose gydymas paprastai yra nemokama. Dantų priežiūra nemokama tik vaikams. Vaistai yra mokami, dalis vaistų yra kompensuojami, todėl reikia sumokėti tik dalį kainos, o už nekompensuojamus reikia mokėti pilną kainą. Šios išlaidos negražinamos. Gavus Sveikatos draudimo fondo leidimą, gydymas stacionare yra nemokamas. Greitosios pagalbos paslaugos yra nemokamas tik tuomet, jei gydytojas patvirtina, kad jos būtinos²²⁰.

Norvegija. Visą informaciją pacientai gali gauti Vietiniame sveikatos biure arba Nacionaliniame užsieniečių socialinio draudimo biure. Tiek ambulatorinis, tiek stacionarus gydymas yra mokamas ir pacientas turi susimokėti visą kainą, tačiau jeigu gydomasi pas gydytoją, kuris sudaręs sutartį su Nacionaliniu užsieniečių socialinio draudimo biuru, bus galima susigrąžinti patirtų išlaidų kompensaciją. Odontologo paslaugos yra mokamos ir patirtos išlaidos negražinamos. Vaistai yra mokami, tačiau išrašius receptą specialiaame mėlyname recepte (vaistai lėtinėms ligoms gydyti), mokama tik 36 proc. vaistų kainos. Stacionarus gydymas nemokamas tik nelaimės atveju, kuomet reikalinga būtinoji pagalba²²¹.

Lenkija. Visą informaciją pacientams suteikia Nacionalinis sveikatos fondas bei regioniniai jo filialai. Užsieniečiams sveikatos paslaugas teikia tik įstaigos, sudariusios sutartis su Nacionaliniu sveikatos fondu, gydantis kitose gydymo įstaigose reikia susimokėti visą gydymo kainą, kuri yra negražinama. Odontologo paslaugos yra mokamos, nemokama tik skubi dantų priežiūra. Vaistų kainos yra tokios pačios, kaip ir vietiniams gyventojams: visa suma, 30 proc., 50 proc., priklausomai nuo vaisto ir šios išlaidos negražinamos. Gydymas ligoninėse, sudariusiose sutartį su Nacionaliniu sveikatos fondu yra nemokamas, ligonis gali kreiptis tiesiai į tokią ligoninę arba gauti gydančio gydytojo siuntimą²²².

²¹⁹ Department of Health, *supra note* 201, p. 32.

²²⁰ *Ibid*, p. 33.

²²¹ *Ibid*, p. 34.

²²² *Ibid*, p. 35.

Portugalija. Žemyninėje Portugalijoje reikiamą informaciją pacientam suteikia artimiausios regioninės sveikatos paslaugų tarnybos, Azorų salose – Regioninis sveikatos priežiūros tarnybos direktoratas. Norint gauti nemokamą gydymą, atėjus į sveikatos centrą reikia informuoti, jog norima naudotis paslaugomis kaip ES šalių pilietis, tuomet gydymo įstaiga pildo formas, su kuriomis galima gauti patirtų išlaidų gražinimą savo šalyje. Portugalijoje yra nustatytas standartinis mokestis gydymo įstaigai, kuris negražinamas. Privačių gydymo įstaigų paslaugos yra mokamos ir negražinamos, išskyrus Madeirą, kuri yra autonominė sritis ir turi savo tvarką, todėl kai kuriais atvejais šioje šalies dalyje besigydantys pacientai gali gauti gražinamą išmoką ir už privataus gydytojo suteiktas paslaugas. Odontologo paslaugos yra mokamos ir nekompensuojamos. Vaistų kainos tokios pačios, kaip ir vietiniams gyventojams: pilna kaina, 30 arba 80 proc. priemoka. Vaistų įsigijimo išlaidos negražinamos. Stacionarus gydymas nemokamas, tik reikia susimokėti už antrinius tyrimus: rentgeno bei laboratorinius tyrimus, šios išlaidos negražinamos²²³.

Slovakija. Informaciją apie gydymo tvarką užsienio piliečiams suteikia Sveikatos apsaugos ministerija. Nemokamas gydymas arba gražinamosios kompensacijos garantuojamos tik tiems užsienio pacientams, kurie turi EHIC ir gydomi įstaigose, sudariusiose sutartis su pagrindine sveikatos draudimo bendrove. Kiekvienas besigydantis Slovakijoje turi susimokėti pradinį gydymo mokestį, kuris negražinamas. Odontologo paslaugos yra mokamos ir negražinamos, tik skubiu atveju galima gauti nemokamą pagalbą, tačiau reiks susimokėti standartinį mokestį, kuris negražinamas. Už vaistus mokama nustatyta kaina, kuri negražinama. Stacionarus gydymas galimas tik su gydytojo siuntimu, be jo tik nelaimės atveju. Gydymas ligoninėje yra nemokamas, reikia susimokėti tik kasdienį lovos mokestį arba už sudėtingas procedūras, šie mokesčiai negražinami. Greitosios pagalbos paslaugos nemokamos tik nelaimės atveju; jeigu iškviečia gydytojas, reikia susimokėti standartinį mokestį; jeigu kviečiasi pats asmuo, moka visas išlaidas, kurias negražinamos²²⁴.

Slovėnija. Reikiamą informaciją suteikia artimiausias Sveikatos draudimo instituto regioninis biuras. Skubi medicininė pagalba yra nemokama ir valstybinėse ir privačiose gydymo įstaigose, sudariusiose sutartis su Sveikatos draudimo institutu. Gydymas nemokamas tik valstybinėse gydymo įstaigose, pasirašiusiose sutartį su Sveikatos draudimo institutu. Gydantis privačioje gydymo įstaigoje, kuri pasirašiusi sutartį su Sveikatos draudimo institutu, galima gauti dalinį išlaidų gražinimą, gydantis kitose privačiose gydymo įstaigose reikia susimokėti pilną kainą, kuri negražinama. Vaistų kainos tokios pačios, kaip ir vietiniams gyventojams: pilna kaina, 25 arba

²²³ Department of Health, *supra note* 201, p. 35.

²²⁴ *Ibid*, p. 36.

75 proc. priemoka. Vaistų įsigijimo išlaidos negražinamos. Į ligoninę nukreipti gali tik gydantis gydytojas, tuomet gydymas bus nemokamas. Skubios pagalbos atveju galima kreiptis į ligoninės skubios pagalbos skyrių, kur bus suteikta nemokama pagalba. Jei gydytojas siunčia į ligoninę, greitosios pagalbos transporto paslaugos yra nemokamos, kitais atvejais reikia susimokėti iki 70 proc. kelionės išlaidų, kurios negražinamos²²⁵.

Ispanija. Visą informaciją suteikia Sveikatos priežiūros tarnybos regioniniai biurai. Kitų šalių pacientus gydo tik valstybinės sveikatos tarnybai priklausančios gydymo įstaigos, tuomet turint EHIC gydymas nemokamas. Dantų gydymas paprastai nėra numatytas valstybėje sistemoje, todėl yra mokamas ir išlaidos už gydymą nebus kompensuojamos. Nelaimės atveju, reikia greitosios pagalbos medikui parodyti savo EHIC ir pasakyti, jog norima gydytis kaip ES šalių pilietis, kadangi Ispanijoje užsieniečiams gydyti ligoninės bei gydymo centrai turi atskirus chirurgus. Už vaistus gali tekti sumokėti iki 40 proc. sumos, nebent ligonis yra JK ar Europos Ekonominės Erdvės šalių pensininkas, tuomet vaistai jam yra nemokami arba gali susigražinti sumokėtą sumą. Jeigu ligoninėje skiriami vaistai, kurie yra kompensuojami, tuomet ambulatorijos gydytojas gali išrašyti receptą ir bus galima įsigyti vaistų pigiau²²⁶.

Švedija. Visą informaciją suteikia ir vietinė Socialinio draudimo tarnyba. Turint EHIC valstybinėse gydymo įstaigose gydymas yra nemokamas. Jeigu tenka susimokėti už papildomas gydymo išlaidas, jos negražinamos. Už Odontologo paslaugas reikia mokėti pilną kainą ir ji negražinama. Už vaistus taip pat reikia mokėti nustatytą kainą, kuri negražinama. Stacionarus gydymas nemokamas, reikia susimokėti tik fiksuotą dieninį mokestį, kuris negražinamas. Privačių gydymo įstaigų paslaugos mokamos ir negražinamos. Atskiros įstaigos, atsakingos už gražinamųjų išmokų tvarkymą nėra, kadangi užsienio piliečiams visos kainos paskaičiuojamos atmetus gražinamą sumą²²⁷.

Šveicarija. Reikiamą informaciją suteikia bei gražinamasias kompensacijas tvarko Federalinio sveikatos draudimo įsteigta bendrųjų reikalų institucija. Kitų šalių pacientai paprastai turi sumokėti visas sveikatos paslaugų išlaidas, o vėliau prašyti dalies išlaidų gražinimo. Negražinamas fiksuotas ambulatorinio gydymo mokestis, stacionarinio gydymo paciento mokestis bei mokesčiai už maitinimą ir lovą, 50 proc. greitosios pagalbos paslaugų kainos, odontologo paslaugos bei privačių gydymo įstaigų teikiamos paslaugos²²⁸.

²²⁵ Department of Health, *supra note* 201, p. 37.

²²⁶ *Ibid*, p. 38.

²²⁷ *Ibid*, p. 39.

²²⁸ *Ibid*, p. 40.

Apibendrinant galima konstatuoti, jog visos ES šalys tinkamai įgyvendina paciento teisę į informacijos gavimą: kiekvienoje šalyje yra paskirta kompetentinga institucija, kuri suteikia visą reikiamą informaciją, susijusią su šalies sveikatos apsauga. Visos šalys tinkamai įgyvendina sveikatos paslaugų savalaikiškumo principą, užtikrindamos, jog bet kurios šalies pilietis turėtų galimybę gauti nemokamą būtinąją pagalbą. Sveikatos apsaugos teritorinio prieinamumo principas skirtingose šalyse įgyvendinamas nevienodai: vienoje šalyje šis principas įgyvendinamas tinkamai, kadangi bet kurios šalies pacientas gali pasinaudoti planinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis bet kurioje artimiausioje sveikatos paslaugų įstaigoje. Kitose šalyse, valstybė nustatyta paslaugų teikimo tvarka apriboja teritorinį prieinamumą, kadangi kitos šalies pacientas paslaugas gali gauti tik valstybės nustatytoje sveikatos paslaugų įstaigoje. Jeigu paciento gyvenamojoje teritorijoje tokios įstaigos nėra, jam tenka vykti į kitą tos šalies regioną, kurioje tokia institucija yra. Nevienodai įgyvendinamas ir finansinis sveikatos apsaugos paslaugų prieinamumas. Vienoje valstybėje bet kurios šalies pilietis, turintis galiojantį savo šalies sveikatos draudimą, gali gauti tas pačias nemokamas paslaugas, kaip ir tos šalies gyventojas. Kitose valstybėse iš kitų šalių atvykę pacientai turi susimokėti nustatyto dydžio mokestį už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas ir įgyja teisę gauti dalies patirtų išlaidų kompensaciją.

2.2. Sveikatos apsaugos priimtino teisinis reguliavimas ir jo įgyvendinimas Lietuvoje ir kitose ES šalyse

Kaip jau buvo pastebėta, priimtinas yra valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, kurios atitinka sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimus²²⁹. Vertinant sveikatos paslaugų prieinamumą šiame darbe bus vadovaujama šiuo metu įtakingais bioetikos principais: autonomija (savarankiško asmens sugebėjimo priimti sprendimus gerbimas), žalos nedarymas (vengimas sukelti žalą), naudingumas (naudos teikimas ir derinimas, atsižvelgiant į riziką ir išlaidas) ir teisingumas (teisingas naudos, rizikos ir išlaidų paskirstymas²³⁰).

Tad, šioje analizės dalyje sveikatos paslaugų priimtino administracinis teisinis reguliavimas yra traktuojama, kaip „priemonė, kurios paskirtis sureguliuoti teisinius sveikatos

²²⁹ Kęstutis Štaras, Tomas Vedlūga, Neringa Kalvelytė, „Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtino vertinimas ir analizė“, *Sveikatos mokslai* 23, 4 (2013): 28.

²³⁰ Jonas Juškevičius, „Teisės principų taikymas norminant sveikatos priežiūros sritį“, *Jurisprudencija* 12, 114 (2008): 13.

apsaugos sistemos dalyvių (paslaugų gavėjo ir sveiktos paslaugų teikėjo) santykius taip, kad sveikatos paslaugų teikėjo veiksmai ir priimami sprendimai būtų suderinti su sveikatos paslaugų gavėjų pageidavimais bei atitiktų jų poreikius ir įstatymų reikalavimus, t.y. gaudamas sveikatos priežiūros paslaugas sveikatos paslaugų gavėjas (pacientas) turi teisę į informuoto paciento sutikimą bei teisę reikalauti saugių bei rūpestingumo kriterijus atitinkančių paslaugų gavimo. Tuo tarpu sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas, vykdydamas savo veiklą, turi pareigą užtikrinti tokį rūpestingumo laipsnį, kokio tikimasi iš sąžiningo asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo; jo veikla turi būti grindžiama atsakomybe, kurią nustato įstatymai, kiti teisės aktai ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų profesijos standartai²³¹.

Remiantis šiais reikalavimais, sveikatos apsaugos priimtumo principo teisinį reguliavimą bus siekiama išanalizuoti, remiantis pacientų autonomijos (informuoto sutikimo doktrina), pacientų saugos (sveikatos paslaugų teikėjų profesinės atsakomybės) užtikrinimo bei padarytos žalos atlyginimo teisinį reguliavimą Lietuvoje ir kitose ES šalyse.

2.2.1. Pacientų autonomijos ir informuoto sutikimo užtikrinimo teisinis reguliavimas

Europos tarybos rekomendacijoje dėl medicininio gydymo sprendimų priėmimo proceso pabrėžiama, jog „pagarba autonomijai prasideda pripažįstant įstatymine teisę ir asmens gebėjimą asmeniškai pasirinkti. Autonomijos principas įgyvendinamas per laisvą (be jokių netinkamų suvaržymų ar spaudimo) ir informuotumu pagrįstą (teikiant atitinkamą informaciją apie siūlomus veiksmus) sutikimą²³². Todėl sveikatos teisės doktrinoje šis principas tampa vienu iš pagrindinių principų. Asmens autonomija čia jau kuris laikas suvokiama kaip asmens apsisprendimo laisvė, kai asmuo turi plačią, jei ne absoliučią, diskreciją savo paties kūno ar net gyvybės atžvilgiu²³³.

Tad, galima teigti, jog pacientų autonomija yra „teisinis principas, kuriuo grindžiama asmens teisė svarstyti ir priimti informuotus sprendimus kylančius iš objektyvaus, atidaus ir rūpestingo apsvaistymo“²³⁴. Asmens autonomijos principo įgyvendinimas besąlygiškai susijęs su informuoto paciento sutikimu. Informuoto paciento sutikimas, kuris paremtas išsamiu paciento

²³¹ „Lietuvos Respublikos Civilinio kodekso patvirtinimo, įsigaliojimo ir įgyvendinimo įstatymas“ *Valstybės žinios* 74, 2262 (2000).

²³² Europos Taryba, „Rekomendacijos dėl medicininio gydymo sprendimų priėmimo procesų gyvenimo pabaigos situacijose“ (2015): 9, <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168039e8da>.

²³³ Jonas Juškevičius, *supra note* 230, p. 12.

²³⁴ Edita Gruodytė, Laura Šalčiūtė – Pratkienė, „Informuoto paciento sutikimo doktrinos samprata ir svarba sveikatos priežiūroje“, *Teisės apžvalga* 1, 10 (2013): 136.

informuotumu, pasireiškia paciento teisėmis pasirinkti atitinkamą gydymą ar galimybe atsisakyti tam tikrų medicininių intervencijų. Todėl gydymas kai pacientas neišreiškia savo sutikimo yra laikomas neteisėtu veiksnu, kuris gydytojui sukelia teisinę atsakomybę: „netinkamai įvykdžius informavimo pareigą, atsiranda atsakomybė net ir tais atvejais, jeigu atlikdamas medicinos procedūrą jis veikė rūpestingai“²³⁵.

Teisės aktuose paciento autonomijos bei informuoto sutikimo principai reglamentuojami remiantis trimis pagrindiniais reikalavimais: paciento savanoriškumas, informacijos išsamumas bei raštiškas sutikimas²³⁶. Reikalavimas tinkamai informuoti pacientą apie teikiamas paslaugas bei šio reikalavimo teisinis reglamentavimas jau buvo aptartas ankstesniame šio darbo skyriuje (žr. 2.1.1. skyrių), tad šiame skyriuje išsamiau bus aptartas informuoto paciento sutikimo teisinis reglamentavimas.

Pagrindiniai tarptautiniai dokumentai, reglamentuojantys informuoto paciento sutikimo koncepciją yra 1947 m. priimtas Niurnbergo kodeksas, kuris numato, kad „asmuo, duodantis sutikimą dalyvauti tyrimuose, turi turėti galimybę pasinaudoti laisva valia rinktis, būti veiksnus duodamas sutikimą, pakankamai suprasti, kad galėtų priimti tinkamą sprendimą, turi turėti atitinkamų žinių, kuriomis remdamasis galėtų savarankiškai spręsti“²³⁷. 1964 metais Pasaulio medikų asociacijos priimtoje Helsinkio deklaracijoje biomedicinos tyrimams buvo iškelti nauji reikalavimai. Pagal šią deklaraciją tiriamasis privalo būti supažindintas su tyrimo esme, metodais, laukiama sėkme, galimais pavojais ir nepatogumais²³⁸. Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencijoje, priimtoje 1997 m., iškeliamas reikalavimas, kad „kiekviena intervencija sveikatos srityje gali būti atliekama tik gavus atitinkamo asmens laisvai duotą ir informuotumu pagrįstą sutikimą. Šiam asmeniui iš anksto suteikiama atitinkama informacija apie intervencijos tikslą ir pobūdį, taip pat apie jo padarinius ir pavojus. Atitinkamas asmuo gali bet kada laisvai atšaukti savo sutikimą“²³⁹. Ir galiausiai, 2005 m. buvo priimta visuotinėje Deklaracijoje dėl bioetikos ir žmogaus teisių, kurioje nurodoma, kad „kiekviena profilaktinė, diagnostinė ir gydomoji medicinos intervencija turi būti atliekama tik gavus atitinkamo asmens išankstinį savanoriškai ir sąmoningai duotą sutikimą. Šis sutikimas atitinkamais atvejais turėtų būti aiškiai išreikštas ir gali būti atitinkamo asmens bet kada ir dėl bet kurios priežasties atšaukiamas nepatiriant jokių nepalankių padarinių ar

²³⁵ Edita Gruodytė, Laura Šalčiūtė – Pratkienė, *supra note* 234, p. 136.

²³⁶ Leclercq, K. G., et al., „A Review of Surgical Informed Consent: Past, Present, and Future. A Quest to Help Patients Make Better Decisions,“ *World Journal of Surgery* 34, 7 (2010): 1406.

²³⁷ Irena Paukštytė, „Informuoto asmens sutikimo sampratos raida sveikatos priežiūroje,“ *Visuomenės sveikata* 1, 48 (2010): 24

²³⁸ *Ibid.*

²³⁹ „Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje“ (1997).

žalos²⁴⁰. Šios konvencijos nuostatų įgyvendinimui kiekviena ES šalis savo vidaus teisėje turi imtis reikalingų priemonių. Pavyzdžiui, Lietuvoje šios konvencijos nuostatos dėl laisvo pacientų pasirinkimo įgyvendinamos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pagrindu, kurio 14 str. nurodoma, jog „pacientui nuo 16 metų sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos tik su jo sutikimu, o nepilnamečiam pacientui iki 16 metų sveikatos priežiūra teikiama tik su jo atstovų sutikimu“²⁴¹. Paciento sutikimas dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo turi būti pagrįstas informacija ir tinkamas²⁴².

Anglija pirmoji Europos valstybė, kurioje 18 a. Buvo pradėta plėtoti teisinė pacientų sutikimo gydymui koncepcija (byla *Slater v. Baker & Stapleton* 1767 m.)²⁴³. Šioje byloje gydytojas buvo pripažintas atsakingu už atliktas medicinos procedūras be paciento sutikimo. E. Gruodytė ir L. Šalčiūtė – Pratkienė pažymi, kad „šioje byloje informuoto paciento sutikimo doktrina nebuvo nagrinėjama ar minima kaip tokia, tačiau ši byla yra svarbi tuo, kad teismas pripažino, jog gydytojas prieš operaciją turi gauti paciento sutikimą, t.y. teismo sprendimas išskėlė į pirmą vietą asmens autonomijos principą, kuris vėliau išaugo į bendrosios teisės informuoto paciento sutikimo doktriną“²⁴⁴. Lietuvoje šiuo klausimu teismų praktika pradėta formuoti tik 2001 m. Tada Lietuvos aukščiausiasis teismas pasisakė (LAT), jog „netgi esant paciento sutikimui, sveikatos priežiūros specialistas gali būti pripažintas kaltu, jeigu jis išsamiai neinformavo paciento apie šiam siūlomo gydymo metodus, priemones, padarinius, todėl tokiu būdu pažeidė savo profesinę pareigą“²⁴⁵. Taigi galima daryti išvadą, kad informuoto paciento sutikimo doktrina kilo iš bendrosios teisės šalių, ir jai paplitus buvo pradėta taikyti administracinėje ir civilinėje teisėje kitose šalyse.

Analizuojant atskirų ES šalių informuoto paciento sutikimo koncepcijos teisinio reguliavimo principus, galima pastebėti, jog visose šalyse yra įtvirtinta paciento informuoto sutikimo teisė²⁴⁶, kuri užtikrina paciento aktyvų dalyvavimą savo gydymo procese. Tik gerai žinodamas ir suprasdamas gydymo procesą, pacientas yra pajėgus rinktis sau priimtinausią gydymo būdą. Todėl ES šalių nacionaliniai įstatymai ne tik įpareigoja, bet ir uždeda prievolę sveikatos paslaugų teikėjui gauti paciento sutikimą bet kokiai intervencijai į jo kūną prieš tai suteikus jam visą reikiamą informaciją. Vienas iš esminių skirtumų tarp ES šalių yra tas, jog vienos šalys yra

²⁴⁰ „Visuotinė deklaracija dėl bioetikos ir žmogaus teisių“ (2005).

²⁴¹ „Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas“ *Valstybės žinios* 102, 2317 (1996).

²⁴² *Ibid.*

²⁴³ Tom O’Shea, „Consent in History, Theory and Practice“, *The Essex Autonomy Project*. 2012, 13.

²⁴⁴ Edita Gruodytė, Laura Šalčiūtė – Pratkienė, *supra note* 234, p. 146.

²⁴⁵ *Ibid.*

²⁴⁶ „European Patient Rights Legislation/General Overview“, žiūrėta 2015 12 12.

http://europatientrights.eu/general_overview_patient_rights_legislation.html?LAN=E/

parengusios specialius pacientų teises reglamentuojančius įstatymus, kuriuose dėmesys skiriamas ir informuoto sutikimo principui, tuo tarpu kitos šalys šį principą pamini bendruose šalies įstatymuose, susijusiuose su gyventojų teisėmis. Pirmoji pacientų teises, tarp kurių buvo ir teisė į informaciją bei teisė apsispręsti, reglamentavo Suomija (1992 m.) specialiu įstatymu (*Act on the Status and Rights of Patients*). Nyderlandai (Olandija) pacientų teises taip pat reglamentavo specialiu įstatymu 1994 m., Lietuva – 1996 m., Vengrija – 1997 m., Islandija – 1997 m., Čekija – 1998 m., Lenkija – 1998 m., Estija – 2001 m., Belgija – 2002 m., Prancūzija – 2002., Ispanija – 2003 m., Portugalija – 2003 m., Rumunija – 2003 m., Bulgarija – 2004 m., Slovakija – 2004 m., Kipras – 2005 m., Danija – 2005 m., Graikija – 2005., Slovėnija – 2008 m., Vokietija – 2013 m.^{247 248}. Tačiau dar ir dabar yra tokių šalių, kurios specialaus įstatymo reglamentuojančio pacientų teises neturi, pvz., viena iš tokių šalių yra Švedija, kur galioja patvirtinta Apskričių tarybų federacijos chartija, kurioje yra keletą principų skatinančių pacientų teises, grindžiamų kitais galiojančiais teisės aktais ir susitarimais. Šios chartijos pagrindu visos apskričių tarybos skatinamos formuoti savo apskrities pacientų teisių politiką. Tačiau šis dokumentas yra tik rekomenduojančio pobūdžio ir nėra teisiškai įgaliojanti²⁴⁹. Latvija, kuri nors ir yra pasirašiusi Žmogaus teisių ir biomedicinos konvenciją, tačiau pacientų teisių teisėkūroje nėra labai aktyvi ir specialaus įstatymo reglamentuojančio pacientų teises, neturi, reglamentus dėl pacientų teisių, galima rasti Medicininio gydymas ir terapijos įstatymo trumpame skyriuje²⁵⁰. Konkrečių pacientų teises reglamentuojančio teisės aktų nėra ir Italijoje, šioje šalyje pagrindinis pacientų teises reglamentuojantis dokumentas yra Medicinos etikos kodeksas²⁵¹. JK taip pat neturi atskiro pacientų teises reglamentuojančio įstatymo, šioje šalyje pagrindiniu teisės aktu yra laikoma Europos žmogaus teisių konvencija, kurios nuostatos yra perkeltos į nacionalinę teisę²⁵².

Todėl galima teigti, kad Lietuva, Suomija ir Nyderlandai yra pirmaujančios valstybės Europoje įstatymų leidybos atžvilgiu, tačiau anot E. Gruodytės ir L. Šalčiūtės–Pratkienės, „tai dar nereiškia, kad kitose šalyse, kurios informuoto paciento sutikimo specialiaame įstatyme nereglamentavusios arba reglamentavusios vėliau, šis institutas nėra ar nebuvo taikomas.“ Tokiu pavyzdžiu gali būti Prancūzija, kuri laikoma civilinės teisės šalimi. Prancūzijos Aukščiausiasis teismas dar 1942 m. išaiškino, kad prieš bet kokią medicininę intervenciją gauti paciento sutikimą

²⁴⁷ *Supra note* 246.

²⁴⁸ „Patients' Rights Laws in Europe“ žiūrėta 2015 12 10, <http://home.broadpark.no/~wkeim/patients.htm#liste>.

²⁴⁹ „National Patient Rights Legislation/Sweden“, žiūrėta 2015 12 10, <http://europatientrights.eu/countries/signed/sweden/sweden.html>.

²⁵⁰ „National Patient Rights Legislation/Latvia“, žiūrėta 2015 12 10, <http://europatientrights.eu/countries/signed/latvia/latvia.html>.

²⁵¹ „National Patient Rights Legislation/Italy“, žiūrėta 2015 12 10, <http://europatientrights.eu/countries/signed/italy/italy.html>.

²⁵² „Patients' Rights Laws in Europe“ žiūrėta 2015 12 10, <http://home.broadpark.no/~wkeim/patients.htm#liste>.

yra fundamentali gydytojo pareiga, o įstatymas, kuris reglamentuoja pacientų teises sveikatos priežiūroje, priimtas tik 2002 m.²⁵³.

Tad, galima teigti, kad informuoto paciento sutikimo teisinio reglamentavimo pagrindas yra nustatyti paciento teises bei sveikatos paslaugų teikėjų pareigas šių teisių įgyvendinimui. ES šalių teisės doktrina pripažįsta, kad „tik teisės aktai numato informuoto paciento sutikimo koncepcijos įgyvendinimo mechanizmą, grindžiamą priešpriešinių paciento ir gydytojo teisių bei pareigų nustatymu: pacientui suteikiama teisė į informaciją (arba teisė žinoti) apie savo sveikatos būklę, reikiamą ištyrimą ir gydymą bei gydymo prognozę, teisė sutikti ar atsisakyti siūlomo tyrimo/gydymo, o gydytojui numatoma pareiga suteikti pacientui reikiamą informaciją, gauti jo sutikimą atlikti tyrimą ir gydyti bei paisyti jo valios. Tad, būtent informuoto paciento sutikimas padaro gydytojo intervenciją į jo kūną teisėtą“²⁵⁴. Nors daugumos ES šalių yra numatytas aiškus informuoto paciento sutikimo teisinis reglamentavimas, tačiau jo taikymas yra problemiškas ne tik Lietuvoje, bet ir kitose užsienio šalyse. Lietuvoje šią problematiką sąlygoja pačių sveikatos paslaugų teikėjų supratimas, koku atveju būtinas paciento sutikimas medicininės intervencijos taikymui, o koku ne, kadangi įstatymai numato galimybę atlikti intervenciją ir be paciento sutikimo, pvz., kai pacientui reikalinga būtinoji medicininė pagalba, o asmuo negali pats išreikšti savo valios²⁵⁵ ar tuo atveju kai pacientas yra asmuo iki 16 metų ir nėra galimybių su jo atstovais susisiekti taip greitai, kaip tai būtina, ar gauti jų informacija pagrįstą sutikimą laiku²⁵⁶. Kita priežastis – teisinių precedentų stoka, pvz., užsienio teismų praktika nuolat analizuoja informuoto paciento sutikimo atskirus elementus, tačiau Lietuvos teismų praktikoje šis institutas yra pakankamai naujas, todėl ir komplikuotas²⁵⁷.

Pacientų informuoto sutikimo principo įgyvendinimo problemos esmę sudaro informacijos turinio bei jo suvokimo problema, pvz., ne visi pacientai yra tiek mediciniškai išprusę, jog galėtų suprasti visų galimų gydymo būdų bei jų alternatyvų esmę ir savarankiškai pasirinkti, kuris gydymo būdas jam būtų priimtinausias. Šiuo atveju geriausią sprendimą gali parinkti tik pats gydytojas. Tuomet kyla klausimas ar apie visas galimas gydymo alternatyvas gydytojas privalo informuoti pacientą, jeigu jos savo poveikiu yra panašios, ar neužtenka gydytojui pačiam parinkti tinkamiausią gydymo būdą ir apie jį išsamiai informuoti pacientą? Pavyzdžiui, remiantis Europos šalių teisinės

²⁵³ Edita Gruodytė, Laura Šalčiūtė – Pratkienė, *supra note* 234, p. 147.

²⁵⁴ Jelena Kutkauskien, Antanas Rudzinskas, „Informuoto paciento sutikimas: pacientui teikiamos informacijos teisinio įvertinimo problemos,“ *Socialinių mokslų studijos* 2, 2 (2009): 322.

²⁵⁵ „Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas“ *Valstybės žinios* 102, 2317 (1996).

²⁵⁶ *Ibid.*

²⁵⁷ Edita Gruodytė, Laura Šalčiūtė – Pratkienė, *op. cit.*, p. 148.

literatūros ir teismų praktikos analize leidžia galima išskirti dvi pagrindines alternatyvas, kurios riboja gydytojų profesinio pasirinkimo laisvę:

1. „Vakarų Europos šalyse, kuriuose sveikatos sistemose įdiegtas socialinio sveikatos draudimo modelis, gydytojo profesinės laisvės ribojimo kriterijus siejamas su alternatyvių gydymo/tyrimo metodų keliama rizika ir tikimais rezultatais. Vokietijoje, Austrijoje ir Olandijoje gydytojui leidžiama neinformuoti paciento apie alternatyvius gydymo metodus tik tada, jei jų keliama rizika ir laukiami rezultatai yra lygiaverčiai. Iš vienos pusės tokia gydytojo pasirinkimo laisvė gali būti reikšminga, atsižvelgiant į specialios informacijos gausą, kurios nėra nei praktiškai įmanoma nei tikslinga pateikti pacientui. Iš kitos pusės, minėtas alternatyvių gydymo metodų atskleidimo standartas yra kritikuotinas dėl jo taikomų kriterijų nepakankamo faktinio ir teisinio apibrėžtumo, pvz., gydymo keliama rizika ir rezultatai (kitaip dar vadinama sėkmės tikimybė) yra medicinos mokslo objektas, kuris išreiškiamas statistiniais dydžiais, todėl skirtingų gydymo metodų vienodų reikšmių tikimybė yra maža. Kita vertus, rizika bei sėkmė priklauso nuo konkrečių aplinkybių (ligos eigos, paciento predispozicijos ir kt.), kurios taip pat daro įtaką skirtingų metodų rezultatams“²⁵⁸.

2. „Kitas alternatyvių gydymo metodų atskleidimo standartas yra būdingas šalims, kuriose sveikatos sistema veikia pagal nacionalinį sveikatos draudimo modelį ir kurių teisės sistemoje yra įtvirtintas individualių ir visuomenės interesų derinimo imperatyvas. Šiaurės Europos šalyse (išskyrus Daniją ir Islandiją) ir JK gydytojas, vertindamas alternatyvių gydymo metodų taikymo galimybę, turi vadovautis ligos ir gydymo išlaidų santykiu bei teikti pirmenybę ekonomiškai naudingam sprendimui. Švedijos įstatymas įpareigoja gydytoją atsižvelgti ne tik į galimų alternatyvių gydymo metodų, bet ir į ligos išlaidas, į kurias įskaičiuojamos ne tik sveikatos sektoriaus išlaidos, bet ir socialinio sektoriaus (nedarbingumo pašalpos ir kt.) išmokos. Be to, šalyse, kuriose sveikatos priežiūros organizavimas griežtai siejamas su teritoriniu paskirstymu (pvz., Švedija, Suomija), paciento teisė pasirinkti gydymo metodą ribojama ir teritoriniu principu – jei bent vienas iš galimų gydymo metodų įdiegtas jo gyvenamojoje grafystėje, tai gydytojas turi siūlyti būtent šį metodą. Papildoma teisinė apsauga suteikiama tik pacientams, sergantiems sunkiomis ligomis, – jie turi teisę į kito specialisto nuomonę, jei gydytojo pasiūlytas gydymo metodas gali turėti svarbių pasekmių gyvenimo kokybei arba yra labai rizikingas“²⁵⁹.

²⁵⁸ Jelena Kutkauskienė, Antanas Rudzinskas, *supra note* 254, p. 326.

²⁵⁹ *Ibid.*

Ekonominės naudos principas neprieštaruoja ir tarptautinių teisės aktų nuostatomis, pvz., Biomedicinos konvencijos aiškinamojoje ataskaitoje²⁶⁰ aiškiai pabrėžiama, kad kiekviena valstybė imasi priemonių užtikrinant pacientų teises, atsižvelgdama į leidžiamus išteklius. Todėl kiekviena valstybė turi teisę rinktis priemones pagal turimas finansines galimybes, atsižvelgdama į būtinybę užtikrinti vienodas galimybes naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis.

Analizuojant Lietuvos atvejį, Pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymas įtvirtina paciento teisę „gauti informaciją apie taikomus ar gydytojui žinomus kitus gydymo ar tyrimo būdus, galimą riziką, komplikacijas, šalutinį poveikį, gydymo prognozę ir kitas aplinkybes, kurios gali turėti įtakos paciento apsisprendimui sutikti ar atsisakyti siūlomo gydymo, taip pat apie padarinius atsisakius siūlomo gydymo“²⁶¹, tačiau teisės aktai nenumato šios prievolės tinkamo atlikimo vertinimo kriterijaus. Teismų praktikoje galima aptikti prielaidas suformuoti mišrų alternatyvių gydymo metodų atskleidimo standartą, taikomą 2 etapais:

- „Pirmuoju etapu būtų taikomas nacionalinį sveikatos draudimo modelį įdiegusių šalių informavimo apie gydymo ir tyrimo metodus standartas – pacientui suteikta teisė rinktis iš galimų metodų suponuoją privačių paciento interesų ir visuomenės interesų derinimo imperatyvo pripažinimą ir leidžia gydytojui siūlyti gydymo metodą atsižvelgiant į turimus išteklius (infrastruktūrą, finansinius išteklius, personalo kompetenciją)“²⁶².

- „Antruoju etapu būtų taikomas Vakarų Europos šalyse įdiegtas standartas: esant galimybei pasirinkti alternatyvius gydymo metodus, gydytojas privalo informuoti pacientą apie tuos metodus, kurių keliama rizika ir laukiami rezultatai nėra lygiaverčiai“²⁶³.

Teisiniu požiūriu informuoto sutikimo koncepcija ypatingai svarbi galimos rizikos atveju. Kad gydytojas nebūtų apkaltintas aplaidumu ar netinkamu savo pareigų vykdymu, jam labai svarbu tinkamai informuoti pacientą apie galimą riziką, susijusią su taikomu gydymo būdu, tokiu būdu perduodant atsakomybę už pasirinkimą pacientui bei nuimant šią atsakomybę nuo gydytojo. Teisės doktrinoje galima skirti tris koncepcijas, apibrėžiančias pacientui teiktinos informacijos apie riziką turinį:

1. Bazinės informacijos pateikimo koncepcija, kuri taikoma Vokietijoje, Austrijoje, Portugalijoje bei Anglijoje. Taikant šią koncepciją gydytojas yra įpareigotas informuoti pacientą

²⁶⁰ Directorate of Legal Affairs, „Explanatory Report to the Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine“, (Strasbourg: 1997).

²⁶¹ *Supra note 255*.

²⁶² Jelena Kutkauskien, Antanas Rudzinskas, *supra note 254*, p. 329.

²⁶³ *Ibid.*

apie didžiausias galimas rizikas, kurios yra susijusios su taikomu gydymo metodu. Pagal šią teoriją yra keliami dideli reikalavimai informacijos turiniui, nes turi būti atskleisti visi žinomi pavojai, kurie susiję su konkrečiu gydymo metodu.²⁶⁴

2. Įprastos ir numanomos rizikos koncepcija taikoma Prancūzijoje, Belgijoje, Olandijoje, kur gydytojo pareiga atskleisti riziką siejama su rizikos mastu ir dažniu: jei rizika, nors ir didelė, kyla labai retai, ji gali būti neatskleista pacientui kaip ir dažniau pasireiškianti, bet nedidelė rizika. Palyginus su bazinės informacijos pateikimo koncepcija, šios koncepcijos skiriamasis bruožas tas, kad informacijos atskleidimo kriterijumi laikomas rizikos pasireiškimo statistinis dažnis²⁶⁵.

3. Tipinės ir specifinės (individualios) rizikos atskleidimo koncepcija taikoma Šveicarijoje ir Ispanijoje. Pagal šią koncepciją rizika gali būti dvejopa: tipinė ir individuali. Remiantis statistiniais duomenimis galima prognozuoti tipinės rizikos pasireiškimo galimybes, t. y. remiantis medicinos mokslo įrodymais nustatomas ryšys tarp taikomo gydymo metodo ir konkrečios rizikos. „Specifinė (individuali) rizika pasireiškia konkrečiu atveju – ją gali lemti paciento patologija, svarbios asmeninės aplinkybės, pavyzdžiui, paciento predispozicija, profesinė rizika ir kita.“ Pagal šią koncepciją gydytojas, nustatęs specifinę riziką, privalo informuoti pacientą. Reikalavimas informuoti pacientą apie specifinę riziką atsižvelgiant į jo poreikius yra skiriamasis šios koncepcijos bruožas. Tipinės rizikos atskleidimo kriterijų atžvilgiu ši koncepcija artimesnė įprastos ir numatomos rizikos koncepcijai nei bazinės informacijos pateikimo koncepcijai²⁶⁶.

Lietuvoje rizikos atskleidimo problema nėra nagrinėjama teisės literatūroje, teismų sprendimuose šis klausimas taip nagrinėjamas nedažnai. Iš to seka išvada, kad teisės doktrina Lietuvoje šiuo klausimu dar nesusiformavo. Galima aptikti tik polinkį į tipinės ir specifinės (individualios) rizikos atskleidimo koncepcijos požiūrio priimtinumą Lietuvoje, pvz., LAT byloje *L. M. Sandienė v. VšĮ Kauno Raudonojo Kryžiaus ligoninė* vertindamas gydytojo pareigos informuoti pacientą atlikimą konstatavo, kad pacientui turi būti atskleista rizika, susijusi su jo predispozicija („pūlingos komplikacijos grėsmė didėja, nes pacientė serga cukralige“)²⁶⁷.

Apibendrinant galima konstatuoti, jog tiek Lietuvos, tiek ir kitų ES šalių administracinėje teisėje yra numatyti instrumentai pacientų informuoto sutikimo principo reguliavimui. Teisė nustato pagrindines taisykles, kuriomis turi vadovautis sveikatos paslaugų teikėjai, kad būtų užtikrinamas informuoto paciento sutikimo principo įgyvendinimas, o jų taikymas bei taikymo ypatumai

²⁶⁴ Jelena Kutkauskienė, Antanas Rudzinskas, *supra note* 254, p. 331.

²⁶⁵ *Ibid.*

²⁶⁶ *Ibid.*

²⁶⁷ *Ibid.*, p. 333.

atsiskleidžia per teismų praktiką, kurių išvados padeda tiek pacientui geriau suprasti savo teises bei jomis pasinaudoti, tiek ir sveikatos paslaugų teikėjui geriau suprasti savo prievolės turinį.

2.2.2. Sveikatos paslaugų teikėjų profesinės atsakomybės teisinis reguliavimas

Kaip jau buvo pastebėta, sveikatos apsaugos priimtinumas užtikrinamas ne tik per autonomijos/ informuoto paciento sutikimo principo įgyvendinimą, bet ir per žalos nedarymo, naudingumo ir teisingumo principų įgyvendinimą, t.y. informuotas apie galimus gydymo būdus bei jų rezultatus, sutikęs su gydymu, pacientas turi būti užtikrintas, jog intervencija bus įgyvendinama tinkamai. Šiuo atveju esminis vaidmuo tenka sveikatos paslaugų teikėjų profesinei atsakomybei. LAT iškart po naujojo CK įsigaliojimo pradėjo formuoti gydytojų profesinės atsakomybės doktriną, pabrėžiamas, jog „turi būti remiamasi ne tik teisės aktu, reglamentuojančių medicininių paslaugų teikimą, bet ir gydytojų profesinės etikos nuostatomis“²⁶⁸. Teismas aiškina, kad gydytojo profesinė atsakomybė susijusi su jo darbo reikšmingumu ir su pareiga visuomenei teikti tinkamas sveikatos priežiūros paslaugas. Anot Teismo, gydytojas disponuoja specialiomis žiniomis, kurios yra reikšmingos sprendžiant gyvybiškai svarbius klausimus: „medikas žino ir gali daugiau negu kiti, be to, jis turi pripažintą teisę specialiąsias žinias taikyti ir kvalifikaciją patvirtinančius dokumentus; specialisto turima kvalifikacija sukuria teikiamų paslaugų kokybės prezumpciją, žmogus, pasikliovęs specialistu, turi jaustis saugus, todėl atitinkamos profesijos asmeniui yra taikomi griežtesni atidumo, atsargumo bei rūpestingumo reikalavimai“²⁶⁹.

Anot L. Labanausko ir kt. „pastarąjį dešimtmetį Lietuvoje ir pasaulyje besiplečiantys judėjimai už paciento teises, medicinos teisinio reguliavimo išplėtimas, daugybės naujų gydytojo veiklą prižiūrinčių valstybinių bei nevalstybinių institucijų atsiradimas, teismo bylų prieš gydytojus skaičiaus didėjimas didina ir gydytojo veiklos kontrolę, ir jo atsakomybę, todėl šiuolaikinis gydytojas atsidūrė dviejų procesų sandūroje“²⁷⁰. Iš vienos pusės, nuolat auganti sveikatos ir gyvybės vertė, didina sveikatos priežiūros paslaugų gavėjų reiklumą, o iš kitos pusės, didėjantis pacientų informuotumas ir išsilavinimas, teikia prielaidas griežtesnei gydytojų veiklos kontrolei. Vykstant

²⁶⁸ Mindaugas Verbickas, Jonas Juškevičius, „Gydytojų profesinės etikos standartai teismų praktikos požiūriu,“ *Soter* 50, 78 (2014): 71.

²⁶⁹ *Ibid.*

²⁷⁰ Liutauras Labanauskas, Viktoras Justickis, Aistė Sivakovaitė, „Įstatymo įvykdumas. Šiuolaikinė gydytojo atsakomybės didinimo tendencija,“ *Socialinių mokslų studijos* 4, 8 (2010): 92.

šioms procesams gydytojų atsakomybė nuolatos didėja, o tai skatina gydytojų kontrolės ir veiklos teisinio reguliavimo plėtros suintensyvėjimą²⁷¹.

Esminiai pokyčiai sveikatos paslaugų teikėjų veiklos teisinės kontrolės srityje prasidėjo XX a. nuo rezonansinių bylų prieš gydymo klaidą padariusius gydytojus. Nors gydytojų klaidų būta ir anksčiau, tačiau šiuo metu, kuomet sveikatos apsaugos kokybei skiriamas vis didesnis dėmesys, į gydytojų klaidas imta žiūrėti kaip į profesinį neatsakingumą, kuris padaro žalą pacientų sveikatai ar net gyvybei. Todėl pradėtas skirti didelis dėmesys pacientų saugos užtikrinimui, pradėtos vykdyti plačios priemonės vyriausybių lygiu, priimtos ilgalaikės pacientų saugumą užtikrinančios nacionalinės ir lokalinės programos²⁷². Paciento saugumo revoliucija, anot L. Labanausko ir kt., prasidėjo precedentais besiremiančiose bendrosios teisės šalyse (JAV, Didžioji Britanija, Australijoje, Indijoje, Kanadoje ir kt.). Būtent šios šalys panaikino net 40 metų vyravusį *Bolam vs Friern Hospital Management Committee*“ precedentą, kuriuo remiantis gydymo standartu buvo laikomas įprastas gydytojų elgesys tam tikroje situacijoje. Gydytojas patekęs į teisminį ginčą stengdavosi surinkti kelių savo kolegų liudijimus, kurie patvirtindavo, kad analogiškoje situacijoje jie pasielgtų lygiai taip pat ir taikytų tuos pačius gydymo metodus. Tokiu būdu gydytojas įrodydavo, kad vadovavosi vyraujančia medicinine praktika ir dėl to negalėjo būti apkaltintas dėl nenusisekusio gydymo²⁷³. 1997 metais šio precedento buvo atsisakyta byloje *Bolitho v. City and Hackney Health Authority*. Šioje byloje teismas išaiškino, kad vyraujanti gydymo praktika gali būti žalinga, gydytojo susaistymas ja yra neteisingas. Šiuo sprendimu buvo iškeltas reikalavimas, kad „gydymas turi atitikti ne įprastą, paplitusį medicinos paslaugų lygį, o daug aukštesnį – atitinkantį dabartinio mokslo lygį“. Šie pokyčiai padarė panašų poveikį ir Europos šalių kontinentinei teisei. Remiantis jais buvo performuluoti gydymo standartai, kurie įpareigojo „taikyti aukščiausius (o ne įprastus, labiausiai paplitusius, vidutinius) kvalifikacinius gydymo standartus“. Tokios formulotės į sveikatos priežiūros teisinę sistemą buvo įvestos Vokietijoje, Prancūzijoje, Danijoje, Suomijoje ir kitur.²⁷⁴

Lietuvoje sveikatos paslaugų teikėjų veikla taip pat yra kontroliuojama teisinėmis priemonėmis. Viena iš tokių priemonių yra 1996 m. priimtas Lietuvos Respublikos gydytojo medicinos praktikos įstatymas²⁷⁵, kuris reglamentuoja medicinos gydytojo, gydytojo rezidento, šeimos gydytojo ir gydytojo specialisto vertimosi medicinos praktika Lietuvos Respublikoje sąlygas,

²⁷¹ Liutauras Labanauskas, Viktoras Justickis, Aistė Sivakovaitė, *supra note* 270, p. 92.

²⁷² *Ibid.*, p. 93.

²⁷³ *Ibid.*, p. 94.

²⁷⁴ *Ibid.*

²⁷⁵ „Lietuvos Respublikos gydytojo medicinos praktikos įstatymas“ *Valstybės žinios* 68, 2365 (2004).

t.y. nustato gydytojo profesinės kvalifikacijos įgijimo, teisės verstis medicinos praktika sąlygas bei gydytojo pagrindines profesines teises, pareigas ir atsakomybę. Šiame įstatyme medicinos darbuotojų profesinė atsakomybė grindžiama gydytojo pareiga gerbti pacientų teises ir jų nepažeisti, laikytis gydytojo profesinės etikos principų bei nedaryti žalos pacientui.

Nors dauguma ES šalių teisiškai reguliuoja sveikatos paslaugų teikimo tvarką, kuri padeda užtikrinti pacientų saugą, tačiau statistika rodo, jog 8 – 12 % ES pacientų vis dar patiria nepageidaujamų reiškinių gaudami sveikatos priežiūros paslaugas, pvz., su sveikatos priežiūra susijusios infekcijos (sudaro maždaug 25 % nepageidaujamų reiškinių); klaidos, susijusios su vaistų skyrimu; chirurginės klaidos; medicinos prietaisų gedimų klaidos; diagnozės klaidos; veiksmų nesiėmimas, siekiant išvengti gydymo padarinių ir pan.²⁷⁶. EK požiūriu daugeliu atvejų pacientams daromos žalos galima išvengti, imantis tam tikrų strategijų įgyvendinimo. 2009 m. ET parengė rekomendacijas, pacientų saugos srityje, kur atkreipiamas dėmesį į tai, kad „veiksmingas ir visapusiškas pacientų saugos strategijas valstybės narės rengia ir įgyvendina nevienodu spartumu, todėl reiki sukurti pagrindą, kuriuo remiantis būtų skatinamas politikos formavimas ir raginama imtis tolesnių veiksmų valstybėse narėse bei tarpvalstybiniu lygiu, siekiant spręsti svarbiausias pacientų saugos problemas“²⁷⁷.

2012 m. pateiktoje ataskaitoje, kaip ES šalys vykdo ET rekomendacijas, galima pastebėti, jog 24 šalys (Belgija, Bulgarija, Čekija, Danija, Graikija, Vokietija, Estija, Ispanija, Suomija, Prancūzija, Vengrija, Airija, Italija, Lietuva, Liuksemburgas, Latvija, Malta, Nyderlandai, Norvegija, Portugalija, Slovėnija, Švedija, Slovakija ir Jungtinė Karalystė) pranešė, kad sukūrė nacionalines ir/arba regionines strategijas ir programas pacientų saugos užtikrinimui. Dviejose šalyse (Austrija ir Rumunija) tokia strategija buvo parengta, bet dar nepatvirtinta. Ir dvi valstybės narės (Kipras ir Lenkija) nurodė, jog dar neturi parengusios nacionalinės pacientų saugos strategijos, tačiau ji rengiama²⁷⁸. Tad, galima teigti, jog visos ES šalys pacientų saugą laiko sveikatos politikos ir programų prioritetu. Kai kuriose šalyse (Belgija, Estija, Suomija, Vengrija, Airija, Italija, Jungtinė Karalystė) pacientų saugos klausimai yra įtraukti į visuomenės sveikatos politiką ir yra nacionalinių sveikatos strategijų ar programų dalis. Kitose šalyse (Austrija, Čekija, Vokietija, Ispanija, Prancūzija, Portugalija, Rumunija, Slovėnija, Slovakija) pacientų sauga yra integruota į vietines

²⁷⁶ European Commission „Policy. Patient Safety“ žiūrėta 2016 01 15, http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm.

²⁷⁷ „Council Recommendations on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections“, *Official Journal of the European Union*, (2009).

²⁷⁸ European Commission, „Detailed analysis of countries' reports on the implementation of the Council Recommendation on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections“, Brussels: (2012), 8.

sveikatos priežiūros kokybės gerinimo strategijas. Dar kitos šalys (Belgija, Malta, Lietuva, Nyderlandai) pacientų saugos priemonės įtrauktos į nacionalinius sveikatos priežiūros teisės aktus²⁷⁹. Tad, galima konstatuoti, jog ES šalių teisinėje sistemoje pacientų saugos užtikrinimas reguliuojamas keliais lygiais: nacionaliniu ir vietiniu. Pacientų saugos užtikrinimas nacionaliniu lygiu Europos prioritetu tapo nuo 2000 m. Kai kurių šalių vyriausybės paskelbė konkrečius teisės aktus, nustatančius taisykles, kurių turi laikytis sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, įgyvendinant pacientų saugos priemones, pvz., Danijoje ir Suomijoje parengta pacientų saugos strategija; Lenkijoje ir Švedijoje teisės aktai reglamentuoja pacientų dalyvavimą kuriant nacionalines programas. Kitose šalyse laikomasi ne tokių griežtų reikalavimų ir numatoma, jog vietos organizacijos turi galimybę rinktis sprendimus, kurie geriausiai atitiktų jų funkcijas, pvz., vienos šalys rengia nurodymus, principus, strategijas ar standartus (Suomija, Prancūzija, Graikija, Vengrija, Portugalija, Ispanija, Švedija ir Jungtinė Karalystė), kitos – rengia programas, planus, projektus ar akcijas (Belgija, Danija, Estija, Suomija, Prancūzija, Vengrija, Latvija, Lietuva, Malta, Lenkija ir Ispanija). Dviejuose ES šalyse buvo priimtos papildomos priemonės – pasirašytos sutartys ir susitarimai tarp vyriausybės ir sveikatos paslaugų teikėjų, pvz., Estijos sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai turi pasirašyti sutartį, kurioje patvirtinti nauji rodikliai ir standartai reikalingi siekiant pasiekti geresnių rezultatų sveikatos priežiūros kokybės srityje. Ispanijos sveikatos apsaugos ministerija, siekdama įgyvendinti pacientų saugos politiką, pradėjo bendradarbiavimą su sveikatos paslaugų teikėjais, pasirašydama sutartis tiek su viešaisiais, tiek ir su privačiais paslaugų teikėjais²⁸⁰.

Kita svarbi pacientų saugos užtikrinimo teisinio reguliavimo priemonė, taikoma nacionaliniu lygiu – sveikatos paslaugų teikėjų akreditacija ir licencijavimas. Šios priemonės užtikrina, jog sveikatos paslaugų teikimą vykdytų tik numatytus reikalavimus bei standartus atitinkantys paslaugų teikėjai. Akreditacija gali būti nacionalinė arba tarptautinė, priklausomai nuo paslaugų teikėjo veiklos pobūdžio. Nacionalinės akreditacijos buvo priimtos Danijoje, Prancūzijoje, Vokietijoje, Portugalijoje ir Ispanijoje (Andalūzija), Lietuvoje. Kitos šalys, pvz., Austrija, Vengrija ir Lenkija nepasirinko akreditacijos, bet priėmė ISO sertifikavimo sistemą sveikatos priežiūros paslaugoms²⁸¹.

EK ataskaitoje nurodoma, jog 15 valstybių narių (Austrija, Čekija, Vokietija, Danija, Estija, Ispanija, Prancūzija, Vengrija, Airija, Italija, Lietuva, Portugalija, Lenkija, Švedija, Jungtinė

²⁷⁹ European Commission, *supra note 278*, p. 8.

²⁸⁰ European Hospital and Healthcare Federation „Patient safety in practice. How to manage risks to patient safety and quality in European healthcare.“ Report on Hope Agora, The Hague (2013), 6.

²⁸¹ *Ibid.*, p. 7.

Karalystė) turi vietiniu lygiu patvirtintus ir reguliariai atnaujinamus sveikatos paslaugų teikėjų veiklos standartus. Kitose šalyse (Ispanija, Vengrija, Lenkija, Švedija) sveikatos paslaugų teikimo standartai rekomenduojami, bet neprivalomi²⁸². Kai kuriose ES šalyse (Belgija, Bulgarija, Čekija, Vokietija, Danija, Estija, Graikija, Ispanija, Suomija, Prancūzija, Airija, Italija, Lietuva, Liuksemburgas, Malta, Nyderlandai, Portugalija, Švedija, Slovakija, Slovėnija, Jungtinė Karalystė) vietiniu lygiu yra numatytos priemonės, kurių turi imtis sveikatos paslaugų įstaiga ar jos darbuotojai, kad užkirsti kelią dažniausiai pasitaikančioms gydymo komplikacijoms²⁸³. Vietiniu lygiu nustatytuose veiklos standartuose numatomi įvairūs reguliavimo mechanizmai, kurie užtikrina pacientų saugą²⁸⁴:

- Privalomos veiklos rodiklių ataskaitos (struktūra, procesai, rezultatai) (Belgija, Bulgarija, Danija, Graikija, Prancūzija, Airija, Norvegija, Slovakija);
- Sertifikavimo ar akreditavimo procedūros (Bulgarija, Vokietija, Danija, Prancūzija, Lietuva, Nyderlandai, Portugalija);
- Privalomas reguliavimas (Belgija, Bulgarija, Vokietija, Danija, Prancūzija, Vengrija, Lietuva, Slovakija);
- Finansinių sankcijų taikymas (Bulgarija, Vokietija, Prancūzija, Lietuva, Rumunija, Slovakija);
- Finansinis paskatinimas (Belgija ir Portugalija);
- Kiti mechanizmai (sveikatos priežiūros institucijų auditas, savęs vertinimas) (Vokietija, Ispanija).

Apibendrinant ES šalių patirtį galima teigti, jog pacientų saugai per sveikatos paslaugų teikėjų veiklos reguliavimą dėmesį skiria visos ES šalys. Vienos iš jų šiam tikslui pasiekti kuria teisinio reguliavimo priemones nacionaliniu mastu, kitos, šalia nacionalinių priemonių, numato ir vietinius kontrolės mechanizmus. Siekiant užtikrinti, jog pacientas gaudamas sveikatos priežiūros paslaugas jaustųsi saugūs, svarbu ne tik reguliuoti sveikatos paslaugų teikėjų veiklos kokybę bei profesinę atsakomybę, bet ir sudaryti sąlygas patiems pacientams rūpintis savo saugumu.

²⁸² European Commission, *supra note* 278, p. 11.

²⁸³ *Ibid*, p. 12.

²⁸⁴ *Ibid*, p. 39.

2.2.3 Pacientų teisinės pozicijos teisinis reguliavimas

Dar vienas paciento saugumo revoliucijos skatinamas procesas, anot L. Labanausko ir kt. yra „esminiai procesinės teisės pokyčiai, kai sparčiai stiprėja paciento teisinė pozicija, taigi ir jo galimybės patraukti sveikatos paslaugų teikėją teisinėn atsakomybėn“²⁸⁵. Vyraujant naujoms tendencijoms medicinos bylose pamažu atsisakoma pagrindinio deliktinės teisės reikalavimo, kada ieškovui (šiuo atveju tai pacientui) primetama įrodinėjimo prievolė dėl žalos fakto, neteisėtų gydytojo veiksmų, priežastinio ryšio tarp jų.²⁸⁶ Ši bendro pobūdžio taisyklė, kuri buvo taikoma visuose ginčų sprendimuose susijusiuose su žalos atlyginimu, pasirodė kaip netinkama medicinos bylose. Dėl šios priežasties Europos šalys į savo teisę įvedė novelas, kuriomis pagerino pacientų procesinę padėtį: buvo sumažinta įrodinėjimų našta pacientams, atsirado atvejai kai iš viso panaikinta būtinybė įrodinėti taip perkeliant įrodinėjimo pareigą sveikatos priežiūros profesionalams²⁸⁷.

Šiuo metu galima išskirti du teisės institutus – civilinę atsakomybę už kaltę, kuri vadinama ieškinio modeliu (angl. *tort litigation*) ir civilinę atsakomybę be kaltės (angl. *no-fault system*). Kaip jau buvo minėta, ieškininio modelio atveju nukentėjusysis privalo pateikti ieškinį teismui ir jam primetama prievolė įrodyti gydytojo kaltę dėl patirtos žalos. Tačiau visiškai priešingai yra civilinės atsakomybės be kaltės atveju, nes žala pacientui atlyginama ne teismine tvarka ir nepriklausomai nuo to ar yra gydytojo kaltė²⁸⁸. Pirmoji ši modelį pritaikė Švedija 1975 metais priėmusi Pacientų draudimo įstatymą. Vadovaudamasi įstatymu, gydymo įstaiga privalo apdrausti visus pacientus. Tokiu atveju, kai pacientas patiria žalą, jam išmokama kompensacija iš Pacientų draudimo fondo. Pagal šią socialinio draudimo schemą pacientams yra kompensuojama žala, kuri patiriama dėl sužalojimo, įvykus nelaimingam atsitikimui ar atsiradus komplikacijoms dėl suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų. Nuo 1987m. panaši draudimo sistema veikia ir Suomijoje, kurioje pacientų sveikatai padaryta žala yra kompensuojama pagal žalos faktą, kurio priežastys yra suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos. Į kompensavimo sistemą įtraukiami tik tie žalos faktai, kurie atsiranda stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Pacientas nepatiria papildomų

²⁸⁵ Liutauras Labanauskas, Viktoras Justickis, Aistė Sivakovaitė, *supra note* 270, p. 95.

²⁸⁶ *Ibid.*

²⁸⁷ *Ibid.*

²⁸⁸ Komitetas Nacionalinei pacientų saugos platformai parengti, „Nacionalinė pacientų saugos platforma 2010–2014 m.“ prieiga per internetą: <http://www.vaspvt.gov.lt/node/135>.

finansinių išlaidų, nes įvykio detales ištiria gydytojai ir teisės ekspertai. Tokiu atveju, kai įvykis atitinka žalos kompensavimo mechanizmą, pacientui yra išmokama kompensacija²⁸⁹.

Lietuvoje vyrauja ieškinio modelis, kadangi pacientas, norėdamas pareikšti ieškinį gydymo įstaigai dėl joje dirbančio asmens atliktų netinkamų veiksmų, turi įrodyti aplinkybes, kuriomis grindžia savo reikalavimus²⁹⁰, „turi pateikti kvalifikuotos ir rūpestingos pagalbos pažeidimą, žalos faktą ir priežastinį ryšį tarp gydytojo nerūpestingumo ir padarytos žalos“²⁹¹. Asmuo patyręs žalą dėl gydymo įstaigoje suteiktų paslaugų, siekdamas žalos atlyginimo, privalo nuosekliai laikytis įstatyme įtvirtintų procedūrinių reikalavimų:

- „Pirmas žingsnis – skundo (rašytinio kreipimosi, kuriame nurodomos pažeistos teisės, ar teisėti interesai bei reikalavimai kilusiai žalai atlyginti) sveikatos priežiūros įstaigai, kurioje jo manymu, buvo pažeistos jo teisės, pateikimas. Vadinasi, pretenzijas pacientas turi teisę reikšti ne konkrečiam gydytojui, bet įstaigai. Tai privalu padaryti ne vėliau kaip per vienerius metus nuo sužinojimo apie pažeidimą. Konstatavus pakankamai svarias aplinkybes terminas gali būti pratęstas, tačiau ne ilgiau kaip trejų metų laikotarpiui nuo teisių pažeidimo dienos. Skundas nagrinėjimas dvidešimties dienų laikotarpyje“²⁹².

- „Antras žingsnis – sveikatos priežiūros įstaigos vadovui atsisakius atlyginti žalą pacientas įgyja teisę su pareiškimu, laikantis jo turiniui ir formai keliamų reikalavimų, kreiptis į Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisiją, kuri yra privaloma ikiteisminė institucija, nagrinėjanti ginčus dėl pacientams padarytos žalos atlyginimo nustatymo. Komisija turinės ir neturtinės žalos dydį nustato pagal paciento pareiškimą, todėl pareiškimе būtina nurodyti kokio dydžio žalą, išreikštą pinigais, asmuo patyrė. Komisija nagrinėja tik tokius reikalavimus, kurie paremti po 2005 m. sausio 1 d. kilusios žalos faktu. Ginčai, kurie yra kilę iš civilinės atsakomybės draudimo santykių, į komisijos kompetenciją nepatenka. Pareiškimas komisijoje turi būti išnagrinėti ir sprendimas priimtas ne vėliau kaip per 2 mėnesius nuo jo gavimo dienos. Dėl objektyvių aplinkybių terminas gali būti pratęstas, tačiau ne ilgiau kaip dar 2 mėnesiams. Komisijos sprendimas sveikatos priežiūros įstaigai, pacientui, ar kitiems asmenims, turintiems teisę į žalos atlyginimą, yra privalomas“²⁹³.

- „Trečias žingsnis (paskutinės pakopos teisių gynimo instancija) – teismas. Nesutinkant su komisijos sprendimu, per 30 dienų nuo jo priėmimo abiem šalims suteikta teisė kreiptis į teismą

²⁸⁹ Komitetas Nacionalinei pacientų saugos platformai parengti, *supra note* 288.

²⁹⁰ „Lietuvos Respublikos Civilinio proceso kodekso patvirtinimo, įsigaliojimo ir įgyvendinimo įstatymas“ *Valstybės žinios* 36, 1340 (2002).

²⁹¹ „Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus 2005 m. balandžio 25 d. nutartis Nr. 3K-3-222/2005.“

²⁹² Aurelija Liutkevičiūtė, „Pacientų teisių gynimas ir sveikatai padarytos žalos atlyginimas,“ žiūrėta 2016-03-05, <http://www.teisesgidas.lt/modules/sections/index.php?op=viewarticle&artid=217>.

²⁹³ *Ibid.*

dėl ginčo nagrinėjimo iš esmės (sprendimo priėmimo metu nedalyvavusiems asmenims terminas pradedamas skaičiuoti nuo jų sužinojo apie sprendimą dienos). Esant pagrindo manyti, kad pirmos instancijos teismas priėmė sprendimą nesilaikydamas procesinių taisyklių reikalavimų, nevisapusiškai ir neišsamiai ištyrė esmines faktines bylos aplinkybes ir įrodymus, reikšmingus teisingam bylos išsprendimui, netinkamai juos įvertino, nenustatė reikšmingų bylos aplinkybių, nepagrįstais motyvais priėmė neteisėtą ir nepagrįstą sprendimą, galima apeliacijos ir kasacijos instancijos²⁹⁴.

Apibendrinant galima konstatuoti, jog pacientai patys turi aktyviai rūpintis savo sauga gaudami sveikatos priežiūros paslaugas. Tuo tikslu ES šalių teisės sistemoje yra numatomos priemonės, užtikrinančios paciento teisę patraukti sveikatos priežiūros paslaugų teikėją teisinėn atsakomybėn, jeigu jis nesilaikė paslaugų teikimo reikalavimų ir padarė fizinę ar materialinę žalą pacientui. Kai kuriose ES šalyse, tame tarpe ir Lietuvoje, paciento galimybes apskųsti sveikatos paslaugų teikėją bei prisiteisti iš jo žalos atlyginimą yra gana ribotos dėl sudėtingų procesinių veiksmų, kuomet pacientas turi surinkti visą reikiamą informaciją ir įrodyti sveikatos paslaugų teikėjo kaltę. Kitose ES šalyse pradėti esminiai procesinės teisės pokyčiai, kuomet žala pacientui atlyginama ne teismine tvarka, t.y. nuo paciento nuimama pareiga įrodyti kaltę, perkeliant ją sveikatos paslaugų teikėjui.

²⁹⁴ Aurelija Liutkevičiūtė, *supra note* 292.

IŠVADOS

1. Esminiai sveikatos apsaugos įgyvendinimo principai, užtikrinantys sveikatos apsaugos kokybę, yra sveikatos paslaugų prieinamumas bei priimtinumas. Prieinamumas reiškia, jog sveikatos priežiūra turi būti prieinama laiku, lengvai pasiekama geografiniu požiūriu bei teikiama užtikrinant medicininius poreikius. Tuo tarpu priimtinumas – tai į pacientą orientuota sveikatos priežiūra, atitinkanti individualius vartotojo poreikius ir lūkesčius bei teikiama nepažeidžiant žmogaus orumo, autonomijos ir saugos.

2. Kiekviena valstybė formuoja tam tikrą teisinę tvarką, užtikrinančią sveikatos apsaugos principų realizavimą. Tuo tikslu ir reikalingas administracinio teisinio reguliavimo mechanizmas, apimantis visumą priemonių, skirtų prižiūri ir saugoti paciento teises, teikiamų paslaugų kokybę bei paslaugų teikėjų atsakomybę. Gydytojo ir paciento santykius Lietuvoje reglamentuoja šie teisės aktai: Europos Žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija; Lietuvos Respublikos Konstitucija; Lietuvos Respublikos Civilinis kodeksas (Šeštoji knyga); Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija; Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas; Sveikatos sistemos įstatymas; Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas; Profesinės medicinos darbuotojų etikos normos (Hipokrato priesaika).

3. Atsižvelgiant į tai, jog šiandien įgyvendinama teisė laisvai judėti ES šalių ribose, todėl didelis dėmesys skiriamas sveikatos apsaugos prieinamumo bei priimtimumo principų reglamentavimui ES mastu. Pagrindinis tokio reguliavimo teisinis dokumentas Europos Parlamento ir Tarybos 2011 m. patvirtina Direktyva „dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo“, kurios nuostatas valstybės narės turėjo perkelti į nacionalinę teisę iki 2013 m. spalio 25 d. Šioje direktyvoje pateikiami sveikatos apsaugos įgyvendinimo principai, kurie visiems ES piliečiams užtikrintų vienodas teises gauti sveikatos priežiūros paslaugas bet kurioje ES šalyje.

4. Vienas iš esminių sveikatos apsaugos prieinamumo teisinio reguliavimo privalumų – tas, kad bet kurios ES šalies narės pilietis turi teisę gauti sveikatos priežiūros paslaugas bet kurioje šalyje kai tik jų prireikia. Tam yra sukurti mechanizmai, gerinantys sveikatos apsaugos prieinamumą, pvz. Europos sveikatos draudimo kortelė (EHIC), kurios turėtojas turi teisę gauti tokias pat sveikatos priežiūros paslaugas, kaip ir vietinis tos šalies gyventojas. Sveikatos draudimo kortelė užtikrina ir finansinį sveikatos apsaugos prieinamumą, suteikdama galimybes naudotis nemokamomis sveikatos paslaugomis arba gauti patirtų išlaidų kompensaciją. Lietuvoje teisės aktai, reglamentuojantys EHIC

išdavimą, yra Europos Parlamento ir Tarybos reglamentai Nr. 883/2004 bei Nr. 987/2009, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Europos sveikatos draudimo kortelės išdavimo Lietuvos Respublikoje privalomuoju sveikatos draudimu apdraustiems asmenims“.

5. Sveikatos apsaugos priimtino administracinio teisinio reguliavimo pagrindą sudaro pacientų autonomijos užtikrinimas, kuris įgyvendinamas per laisvą (be jokių suvaržymų ar spaudimo) ir informuotu sutikimu pagrįstą (teikiant atitinkamą informaciją apie siūlomus veiksmus) sveikatos paslaugų teikimą. Pagrindiniai tarptautiniai dokumentai, reglamentuojantys informuoto paciento sutikimo koncepciją yra Niurnbergo kodeksas, Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje bei Visuotinėje Deklaracijoje dėl bioetikos ir žmogaus teisių. Šių teisinių dokumentų nuostatų įgyvendinimui kiekviena ES šalis savo vidaus teisėje turi imtis reikalingų priemonių. Pavyzdžiui, Lietuvoje pacientų autonomija įgyvendinama Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pagrindu.

6. Pagrindinę sveikatos apsaugos principų teisinio reguliavimo įgyvendinimo problemą suponuoja nepakankamas pacientų teisinės pozicijos užtikrinimas. Kai kuriose ES šalyse, tarp jų ir Lietuvoje, paciento galimybes apskusti sveikatos paslaugų teikėją bei prisiteisti iš jo žalos atlyginimą yra gana ribotos dėl sudėtingų procesinių veiksnių, kurie numatomi Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme. Tuo tarpu kai kurios ES šalyse (Švedijoje, Suomijoje, Danijoje) šią problemą sprendžia esminiais procesinės teisės pokyčiais, kuomet žala pacientui atlyginama ne teismine tvarka, vadovaujantis Pacientų draudimo įstatyme numatytais nuostatomis.

PASIŪLYMAI

Atlikta sveikatos apsaugos administracinio teisinio reguliavimo Lietuvoje ir kitose ES šalyse analizė leidžia pateikti šiuos siūlymus sprendžiant nustatytas sveikatos apsaugos prieinamumo bei priimtimumo teisinio reguliavimo įgyvendinimo problemas:

- Siekiant apsaugoti pacientus nuo sveikatos paslaugų prieinamumo užtikrinimo problemų, labai svarbu užtikrinti informacijos prieinamumą ES lygiu, kadangi daugiausiai problemų kyla nežinant sveikatos paslaugų teikimo tvarkos skirtingose ES šalyse. Tuo tikslu svarbus bendradarbiavimas e. sveikatos tinkle. Lietuvoje jau yra parengta e. sveikatos sistemos 2015 – 2025 m. plėtros programa, kurioje atsižvelgiant į pacientų teisę gauti sveikatos priežiūros paslaugas kitose ES valstybėse narėse bei siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumą, yra numatoma dalyvauti ES e. sveikatos tinkle. Siekiant šių tikslų įgyvendinimo reiktų šiuo metu galiojančiuose teisės aktuose (Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme, Medicinos praktikos įstatyme) pakeisti prievolę orientuotą iš sveikatos duomenų tvarkymo rašytiniu („popieriniu“) būdu į teisę su sveikata susijusius duomenis bei dokumentus tvarkyti informacinių technologijų ir ryšių priemonėmis.

- Siekiant užtikrinti priimtinesnę sveikatos apsaugą būtina didinti pacientų teisinę poziciją. Lietuva turėtų apvarstyti galimybę įteisinti „žalos atlyginimo be kaltės modelį“, kuomet žala pacientui būtų atlyginama pagal nustatytą kompensavimo mechanizmą. Tuo tikslu Lietuvoje turėtų būti įsteigtas Pacientų draudimo fondas ir parengtas Pacientų draudimo įstatymas, kuriame būtų numatyti žalos nustatymo bei kompensavimo mechanizmai. Pagal šį įstatymą visi pacientai turėtų būti apdrausti nuo galimo sužalojimo. Tuo pačiu reiktų keisti ir Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 13 str., numatant, kad žalos atlyginimo tvarka yra nustatyta Pacientų draudimo įstatyme ir 24 str., pakeičiant prievolę turtinę ir neturtinę pacientui padarytą žalą atlyginti ne Civilinio kodekso nustatyta tvarka, bet Pacientų draudimo įstatymo nustatyta tvarka.

LIETARTŪRA

1. A Declaration on the promotion of Patients' Rights in Europe. Copenhagen: World Health Organization, 1994 June 28.
2. Act on the Status and Rights of Patients. No. 785/1992. Issued in Helsinki on 17th August 1992. <http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1992/en19920785.pdf>.
3. Adutavičiūtė, Mėta. *Teisė gauti informaciją Lietuvoje: iššūkiai ir galimybės*. Apžvalga. Vilnius: Žmogaus teisių stebėjimo institutas, 2014.
4. Aranauskienė, Asta. „Visuomenės sveikatos priežiūros strategijų įgyvendinimas administracinės teisės priemonėmis.“ Daktaro disertacija, Mykolo Romerio universitetas, 2013
5. Bakaveckas, Audrius et al. *Lietuvos administracinė teisė*. Bendroji dalis. Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, 2005.
6. Beliūnienė, Lina, ir Eglė Kavoliūnaitė – Ragauskienė. *Taisė į sveikatos apsaugą: probleminiai sveikatos priežiūros ir sveikatos aplinkos užtikrinimo aspektai*. Mokslo studija. Vilnius: Lietuvos teisės institutas, 2012.
7. Business Dictionary. „Regulation,“ žiūrėta žiūrėta 2016 02 25 <http://www.businessdictionary.com/article/aboutus/>.
8. *Council Recommendations on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections*. Official Journal of the European Union, 2009.
9. Čelkys, Paulius. „Visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas įgyvendinant teisę į sveikatos apsaugą.“ Daktaro disertacija, Mykolo Romerio universitetas, 2011. http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2011~D_20120103_124730-56070/DS.005.0.01.ETD
10. Dambrauskienė, Genovaitė et al. *Lietuvos teisės pagrindai*. Vilniaus: Justitia, 2004.
11. Danėlienė, Ingrida. Proporcingumo principo taikymas administracinėje ir aplinkos teisėje. *Teisė* 72 (2009): 1010 – 218.
12. *Decision No 191 of 18 June 2003 concerning the replacement of forms E 111 and E 111 B by the European health insurance card. Text with relevance for the EEA and for the EU/Switzerland Agreement*. Official Journal of the European Union, 2003.
13. Department of Health, „Health advice for travelers.“ 2005. <https://www.uclh.nhs.uk/PandV/PIL/Patient%20information%20leaflets/Health%20Advice%20for%20Travellers.pdf>.

14. *Detailed analysis of countries' reports on the implementation of the Council Recommendation (2009/C 151/01) on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections.* Brussels: European Commission, 2012.
15. Elzbergas, Tadas. „Paciento teisė į sveikatos priežiūros paslaugas kitose ES valstybėse narėse.“ *Socialinių mokslų studijos* 1, 5 (2010): 337–364.
16. European Commission, „Luxembourg Declaration on Patient Safety. Patient Safety – Making it Happen!“ DG Health and Consumer Protection, 2005.
17. European Commission „Policy. Patient Safety“ žiūrėta 2016 01 15, http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm.
18. European Hospital and Healthcare Federation „Patient safety in practice. How to manage risks to patient safety and quality in European healthcare.“ Report on Hope Agora, The Hague (2013).
19. Europos Komisija. „E. Sveikata. Politika“ žiūrėta 2016 02 25 http://ec.europa.eu/health/ehealth/policy/index_lt.htm.
20. Europos Komisija. „Komisijos ataskaita dėl Direktyvos 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo taikymo.“ Briuselis: 2015.
21. Europos Komisija, „Pacientų sauga. Pažanga daroma, tačiau ji nepakankama.“ Pranešimas spaudai (2014), žiūrėta 2016 01 16, http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-694_lt.htm.
22. Europos Komisija. „Teismų praktika,“ žiūrėta 2016 12 18, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=572&langId=lt>.
23. „Europos pacientų teisių chartija.“ Prieiga per internetą: http://www.pacientutyba.lt/pics/2009_plakatas.jpg.
24. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2011/24/ES „Dėl pacientų teisių į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo,“ 2011.
25. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas (EB) Nr. 883/2004 „Dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo,“ OL 2004 m. specialusis leidimas, 5 skyrius, 5 tomas.
26. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas (EB) Nr. 987/2009, nustatantis Reglamento (EB) Nr. 883/2004 „Dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo“ įgyvendinimo tvarką. OL 2009 L 284.
27. Europos Parlamento ir Tarybos Reglamentas (EB) Nr. 883/2004 „Dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo“. Europos Sąjungos oficialusis leidinys 05/5 t., 2004.

28. Europos Taryba, „Rekomendacijos dėl medicininio gydymo sprendimų priėmimo procesų gyvenimo pabaigos situacijose“, 2015.
29. „Explanatory Report to the Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine.“ Directorate of Legal Affairs. Strasbourg: 1997.
30. Giedrikaitė, Rytė, Irena Misevičienė, Irayda Jakušovaitė, „Pacientams suteiktos informacijos apie ligą ir jos eigą vertinimas ligoninėse.“ *Medicina* 43, 8 (2007): 664 – 670.
31. Gostin, O. Lawrence. *Global health law*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 2014.
32. Gostin, O. Lawrence. *Mapping the Issues: Public Health, Law and Ethics*. New York and Berkeley: Milbank Memorial Fund and the University of California Press, 2010.
33. Gostin, O. Lawrence. *Public Health Law. Power, Duty, Restraint, Revised and Expanded*. California: Milbank Books on Health and the Public, 2008.
34. Gostin, O. Lawrence, Powers, M. „What Does Social Justice Require For The Public’s Health? Public Health Ethics And Policy Imperatives.“ *Health Affairs* 25, 4 (2006): 1050 – 1060.
35. Griškevičius, Julius ir Romualdas J. Kizlaitis. *Informacinės sistemos medicinoje*. Mokomoji knyga. Vilnius: Technika, 2012.
36. Gruodytė, Edita ir Laura Šalčiūtė – Pratkienė. „Informuoto paciento sutikimo doktrinos samprata ir svarba sveikatos priežiūroje.“ *Teisės apžvalga* 1, 10 (2013): 136-170.
37. Gurevičius, Romualdas. „Kuriant į pacientą orientuotą sveikatos priežiūros sistemą.“ *Visuomenės sveikata* 1, 68 (2015):
38. Iyengar M. Sriram, „The Medical Algorithms Project,“ žiūrėta 2016 01 15, <http://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/0908/0908.0932.pdf>.
39. Justickis, Viktoras ir Tomas Saladis. „Medicinos standartai medicininės teisės sistemoje.“ *Socialinių mokslų studijos* 4, 3 (2012): 1063 – 1083.
40. Juškevičius, Jonas. „Teisės principų taikymas norminant sveikatos priežiūros sritį.“ *Jurisprudencija* 12, 114 (2008): 7–17.
41. Kaliatkaitė, Justina ir Laima Bulotaitė. „Gerovės samprata sveikatos moksluose ir psichologijoje: tyrimai, problemos ir galimybės.“ *Visuomenės sveikata* 1, 64 (2014): 9 – 24.
42. Kaminskas, Raimundas ir Eimantas Peičius. „Gydytojo – paciento santykių sociologiniai ir etiniai aspektai.“ *Filosofija. Sociologija* 4 (2005): 62–69.

43. Kargaudienė, Aušra. „Administracinės teisės pokyčiai šiuolaikinėje demokratinėje visuomenėje.“ *Jurisprudencija* 70, 62 (2005): 31 – 41.
44. Kelley, E., Hurst, J. *Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper*. OECD Health Working Papers No.23, OECD Publishing, 2006.
45. Komitetas Nacionalinei pacientų saugos platformai parengti. „Nacionalinė pacientų saugos platforma 2010–2014 m.“ Prieiga per internetą: <http://www.vaspvt.gov.lt/node/135>.
46. „Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje“ Ovjedas: 1997, http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=188028.
47. Krančiukaitė-Butylkinienė, Daina, Dovilė Peldžiūtė, Daiva Rastenytė. „Paslaugų prieinamumo vertinimas pirminės sveikatos priežiūros įstaigose.“ *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 14, 1 (2010): 17 – 22.
48. Kutkauskienė, Jelena ir Antanas Rudzinskas. „Informuoto paciento sutikimas: pacientui teikiamos informacijos teisinio įvertinimo problemos.“ *Socialinių mokslų studijos* 2, 2 (2009): 321–338.
49. Labanauskas, Liutauras, Viktoras Justickis, Aistė Sivakovaitė. „Įstatymo įvykdymas. Šiuolaikinė gydytojo atsakomybės didinimo tendencija.“ *Socialinių mokslų studijos* 4, 8 (2010): 89–107.
50. „Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus 2005 m. balandžio 25 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-222/2005.“
51. Leclercq, K. G., et al. „Review of Surgical Informed Consent: Past, Present, and Future. A Quest to Help Patients Make Better Decisions.“ *World Journal of Surgery* 34, 7 (2010): 1406–1415.
52. „Lietuvos apeliacinio teismo 2007 m. balandžio 25 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 2A-159/2007.“ Prieiga per internetą : <http://eteismai.lt/byla/39181180313333/2A-159/2007>.
53. Lietuvos pacientų organizacijų atstovų taryba, „Deklaracija dėl į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros“ žiūrėta 2016 03 05, <http://www.pacientutaryba.lt/lt/deklaracija>.
54. Lietuvos Respublikos sveikatos ministro įsakymas „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 – 2010 m. programos patvirtinimo“ *Valstybės žinios* 144, 5268 (2004).
55. „Lietuvos Respublikos Civilinio kodekso patvirtinimo, įsigaliojimo ir įgyvendinimo įstatymas“ *Valstybės žinios* 74, 2262 (2000).
56. „Lietuvos Respublikos Civilinio proceso kodekso patvirtinimo, įsigaliojimo ir įgyvendinimo įstatymas“ *Valstybės žinios* 36, 1340 (2002).

57. „Lietuvos Respublikos farmacinės veiklos įstatymas“ *Valstybės žinios* 78, 3056 (2006).
58. „Lietuvos Respublikos gydytojo medicinos praktikos įstatymas“ *Valstybės žinios* 68, 2365 (2004).
59. „Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas“ *Valstybės žinios* 102, 2317 (1996).
60. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 4 d. įsakymas Nr. V-208 „Dėl būtinosios medicinos pagalbos ir būtinosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“ *Valstybės žinios* 55, 1915 (2004).
61. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. birželio 22 d. įsakymas Nr. V-510 „Dėl Europos sveikatos draudimo kortelės išdavimo Lietuvos Respublikoje privalomuoju sveikatos draudimu apdraustiems asmenims“ *Valstybės žinios* 80, 2925 (2005).
62. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. gegužės 26 d. įsakymas Nr. V-657 „Dėl elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos naudojimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Teisės aktų registras* 2015, 08275 (2015).
63. „Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas“ *Valstybės žinios* 63, 1231 (1994).
64. Liutkevičiūtė, Aurelija. „Pacientų teisių gynimas ir sveikatai padarytos žalos atlyginimas.“ *Teisės gidas*, sausio 5, 2010.
<http://www.teisesgidas.lt/modules/sections/index.php?op=viewarticle&artid=217>.
65. Mazerskytė, Lilija. „Medicinos etikos studijos į pagalbą gydytojui.“ *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 9, 12 (2007): 844 – 847.
66. „Neplaninės sveikatos priežiūros mokesčiai ir kas kompensuojama“, žiūrėta 2016 01 08
http://europa.eu/youreurope/citizens/health/unplanned-healthcare/payments-reimbursements/index_lt.htm.
67. O’Shea, T. „Consent in History, Theory and Practice.“ The Essex Autonomy Project. EAP Research, Green Papers, 2012, <http://autonomy.essex.ac.uk/consent-in-history-theory-and-practice>.
68. „Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States and their interaction with the provision of cross-border eHealth services. Final report and recommendations.“ Funded by the Health Programme of the European Union, 2014.
69. „Patient Rights in Spain,“ žiūrėta 2016 01 10,
http://europatientrights.eu/countries/ratified/spain/spain_right_to_informed_consent.html.

70. „Patients' Rights Laws in Europe.“ žiūrėta 2015 12 10,
<http://home.broadpark.no/~wkeim/patients.htm#liste>.
71. Paukštytė, Irena. „Informuoto asmens sutikimo sampratos raida sveikatos priežiūroje.“ *Visuomenės sveikata* 1, 48 (2010): 21 – 31.
72. Pečiūra, Rimantas, Danguolė Jankauskienė, Romualdas Gurevičius. „Sprendimų reformuoti sveikatos apsaugą paieška. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teritorinio prieinamumo įvertinimas.“ *Medicina* 42, 11 (2006): 939 – 943.
73. Pečiūsis, Eimantas. „Lėtinėmis infekcinėmis ligomis sergančių pacientų dalyvavimas priimančiam pirminės sveikatos priežiūros sprendimams: kokybinio tyrimo analizė.“ *Visuomenės sveikata* 1 (2014): 90 – 97.
74. Pečiūsis, Eimantas. *Sveikatos profesionalumo ir paciento santykių transformacija: tarp paternalizmo ir autonomijos*. Vilnius: Lietuvos bioetikos komitetas, 2013.
<http://bioetika.sam.lt/index.php?2691180069>.
75. „Planinė sveikatos priežiūra. Kontaktiniai centrai.“ žiūrėta 2016 01 10,
http://europa.eu/youreurope/citizens/health/planned-healthcare/get-more-info/index_lt.htm.
76. Prieiga prie Europos sąjungos teisės (EUR – Lex). „Visuomenės sveikata“, žiūrėta 2016 01 08,
http://eur-lex.europa.eu/summary/chapter/public_health.html?root_default=SUM_1_CODED%3D29&locale=lt.
77. „Right to planned treatment abroad“ žiūrėta 2016 02 04,
http://europa.eu/youreurope/citizens/health/planned-healthcare/right-to-treatment/index_en.htm.
78. Rutkauskaitė, Aurelija. „Gydytojų profesinė atsakomybė dėl pacientams padarytos žalos. Paciento sutikimo dėl gydymo svarba,“ žiūrėta 2016 03 02, <http://lt.triniti.ee/archives/3555>.
79. Sienkiewicz, Dorota. „Access to Health Services in Europe.“ *European Social Watch Report* (2010): 17 – 20.
80. Sriubas, Modestas. „Informuoto paciento sutikimo pažeidimo atvejai.“ *Teisės problemos* 1, 71 (2011): 29 – 58.
81. Sriubas, Modestas. „Paciento teisės į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas turinio ypatumai Lietuvoje.“ *Teisinės problemos* 1, 79 (2013): 58 – 85.
82. Stoškus, Krescentius. „Medikas ir pacientas: bendravimo etika,“ žiūrėta 2016 02 08
<http://bioetika.sam.lt/index.php?2290882227>.

83. *Sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų Sanglaudos skatinimo veiksmų programos priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimas. Galutinė ataskaita.* Vilnius: Estep, 2011.

84. „Sveikatos draudimas lankantis užsienyje“ žiūrėta 2016 02 07

http://europa.eu/youreurope/citizens/health/unplanned-healthcare/temporary-stays/index_en.htm.

85. FRA – Europos Sąjungos pagrindinių teisių agentūra, „Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė. Nelygybė ir daugialypė diskriminacija,“ žiūrėta 2016 02 15, https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-factsheet_inequalititesmultidiscrimination_lt.pdf.

86. Šimonis, Mindaugas. „Paciento autonomija: esmė ir įtvirtinimas Lietuvos teisėje.“ *Teisė* 58 (2006): 134 – 147.

87. Špokienė, Indrė. „Retųjų vaistų prieinamumo problema įgyvendinant teisę į sveikatos priežiūrą.“ *Jurisprudencija* 12, 114 (2008): 64–72.

88. Štaras, Kęstutis, Tomas Vedlūga, Neringa Kalvelytė. „Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtimumo vertinimas ir analizė.“ *Sveikatos mokslai* 23, 4 (2013): 27 – 33.

89. Tamutienė, Ilona, Inga Černiauskas, Austė Sruogaitė. „Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai.“ *Kultūra ir visuomenė* 2, 1 (2011): 95 – 110.

90. „Tarybos Reglamentas (EB) Nr. 307/1999 iš dalies pakeičiantis Reglamentą (EEB) Nr. 1408/71 dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims, savarankiškai dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, persikeliantiems Bendrijoje, ir Reglamentą (EEB) Nr. 574/72, nustatantį Reglamento (EEB) Nr. 1408/71 įgyvendinimo tvarką, siekiant juos taikyti studentams.“ *Europos Sąjungos oficialusis leidinys*, 1999, 05/3 t.

91. „Tarybos Reglamentas (EEB) Nr. 1408/71 dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, judantiems Bendrijoje.“ *Europos Sąjungos oficialusis leidinys*, 1971, 05/1 t.

92. Trumpulis, Ugnius. „Žmogaus individualūs interesai kaip viešojo intereso pagrindas.“ *Socialinių mokslų studijos* 2, 6 (2010): 123–137.

93. Urmonas, Algimantas. „Administracinė teisė socialinių pokyčių erdvėje.“ *Jurisprudencija* 5, 83 (2005): 37–47.

94. Vaišvila, Alfonsas. *Teisės teorija. Antrasis, pataisytas ir papildytas leidimas.* Vilnius: Justitia, 2004.

95. Vaitkienė, Rima. *ES teisės aktų ir institucijų reikšmė sveikatos priežiūros organizavimui*. Vilnius: VU Visuomenės sveikatos institutas, 2012. Prieiga per internetą web.vu.lt/mf/a.berzanskyte/files/2012/09/Vaitkienės_2_paskaita.ppt.

96. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2010 m. gruodžio 28 d. įsakymas Nr. 1K-244 „Dėl Europos sveikatos draudimo kortelės išdavimo, keitimo ir naikinimo taisyklių patvirtinimo“. *Valstybės žinios* 3, 115 (2011).

97. Verbickas, Mindaugas, Juškevičius, Jonas. „Gydytojų profesinės etikos standartai teismų praktikos požiūriu.“ *Soter* 50, 78 (2014): 65–80.

98. „Visuotinė Deklaracija dėl bioetikos ir žmogaus teisių“ (2005).

99. Williamsas J. R. *Medicinos etikos vadovas*. *World Medical Association*. Vertimas į lietuvių kalbą – Lietuvos gydytojų sąjunga 138 (2005).

100. World Health Organisation. *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*, 2006.

101. World Health organization. „Patients' rights.“ žiūrėta 2015 12 10, <http://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/>.

Šetkauskis T. (2016) Sveikatos apsaugos administracinio teisinio reguliavimo aktualijos ir problematika / Teisės magistro baigiamasis darbas. Vadovas – prof. dr. Eglė Bilevičiūtė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas Teisės fakultetas Viešosios teisės institutas, – p. 100.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe apibūdinama sveikatos apsauga bei analizuojami jos administracinio teisinio reguliavimo mechanizmai. Teoriniu aspektu apžvelgiama sveikatos apsauga, remiantis jos įgyvendinimo principais – prieinamumu bei priimtinum. Siekiant nuodugniau išanalizuoti sveikatos apsaugos principus, pateikiama prieinamumo bei priimtinum samprata, taip pat atskleidžiama tų principų reikšmė įgyvendinant sveikatos apsaugą. Apibrėžus pagrindines sveikatos apsaugą apibūdinančias sąvokas, pateikiama administracinio teisinio reguliavimo samprata bei apibūdinami jo mechanizmai, padedantys įgyvendinti sveikatos apsaugos principus. Praktiniu aspektu analizuojamas sveikatos apsaugos principų administracinis teisinis reguliavimas bei jo įgyvendinimas Lietuvoje ir kitose ES šalyse, remiantis teisės aktais, teismų praktika bei teisės aktų įgyvendinimo ataskaitomis.

Sveikatos apsaugos prieinamumo teisinis reguliavimas analizuojamas remiantis informacijos prieinamumo, teritorinio prieinamumo ir sveikatos paslaugų savalaikiškumo bei finansinio prieinamumo reguliavimo priemonėmis. Sveikatos apsaugos priimtinum teisinis reguliavimas analizuojamas remiantis pacientų autonomijos (informuoto paciento sutikimo doktrinos), sveikatos paslaugų teikėjų profesinės atsakomybės bei pacientų teisinės pozicijos reguliavimo priemonėmis. Šios analizės tikslas – nustatyti sveikatos apsaugos principų administracinio teisinio reguliavimo aktualijas bei įgyvendinimo problemas.

Reikšminiai žodžiai: sveikatos apsauga, prieinamumo principas, priimtinum principas, administracinis teisinis reguliavimas.

Šetkauskis T. (2016) Health care administrative legal regulation actuality and issues / Law Master degree thesis. Supervisor - prof. dr. Eglė Bilevičiūtė - Vilnius: Mykolas Romeris University Law faculty, Institute of Constitutional and Administrative Law, - p. 100.

ANNOTATION

Master degree thesis describes health care and analyzes its administrative legal regulation mechanisms. In theoretical aspect review health care on the basis of its implementation principles - availability and acceptability. In order to more thoroughly analyze the health care principles, it is provided the conception of availability and acceptability, as well as revealed the principles for the implementation of health care. After defining the essential health care describing terms it is provided the administrative legal regulation concept and described its mechanisms to implement the health care principles. From a practical point it is analyzed the health care principles administrative legal regulation and its implementation in Lithuania and other EU countries, on the basis of legal acts, court practice and legal acts implementation reports.

Legal regulation of health care availability is analyzed on the basis of information availability, territorial availability and health service timeliness and then availability of financial availability regulatory measures. Legal regulation of health care acceptability is analyzed on the basis of patient autonomy (informed patient agreement doctrine), health service providers professional responsibility and patients' legal position regulatory measures. The purpose of the analysis - identify administrative legal regulation of health care principles actualities and implementation issues.

Keywords: Health care, availability principle, acceptability principle, administrative legal regulation.

SANTRAUKA

Magistro baigiamojo darbo tema – „Sveikatos apsaugos administracinio teisinio reguliavimo aktualijos ir problematika“. Administracinio teisinio reguliavimo aktualijų sveikatos apsaugos srityje įvertinimas sąsajoje su sveikatos paslaugų prieinamumu bei priimtinumu yra svarbus dėl to, jog prieinamumas bei priimtinumas – tai pagrindiniai sveikatos apsaugos įgyvendinimo principai, be kurių užtikrinimo sunku įgyvendinti asmens teisę pačiam tinkamai rūpintis savo sveikata, o be asmens pastangų neįmanoma įgyvendinti ir visuomenės sveikatos apsaugos priemonių.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti sveikatos apsaugos administracinio teisinio reguliavimo aktualijas sveikatos apsaugos prieinamumo bei priimtumo požiūriu ir nustatyti šio reguliavimo problemas. Tyrimo uždaviniai: 1) Pateikti sveikatos apsaugos įgyvendinimo principų sampratą teoriniu aspektu; 2) Nustatyti sveikatos apsaugos įgyvendinimo administracinio teisinio reguliavimo mechanizmus; 3) Išanalizuoti sveikatos apsaugos įgyvendinimo principų teisinio reguliavimo aktualijas; 4) Nustatyti sveikatos apsaugos įgyvendinimo principų teisinio reguliavimo problemines sritis.

Magistro baigiamąjį darbą sudaro dvi pagrindinės dalys. Pirmoje dalyje apžvelgiama sveikatos apsaugos prieinamumo bei priimtumo, kaip sveikatos apsaugos įgyvendinimo principų, reguliavimo samprata teoriniu aspektu. Antroje darbo dalyje atliekama sveikatos apsaugos prieinamumo bei priimtumo principų administracinio teisinio reguliavimo Lietuvoje ir kitose ES šalyse apžvalga, remiantis teisės aktais, teismų praktika bei teisės aktų įgyvendinimo ataskaitomis.

Analizės rezultatai rodo, jog tiek Lietuvos, tiek ir kitų ES šalių vyriausybės rengdamos sveikatos apsaugą reguliuojančius nacionalinius teisės aktus vadovaujasi ES bendrosios teisės rekomendacijomis bei teismų praktikos precedentais, kurie padeda numatyti tokias administracinio teisinio reguliavimo priemones, kurios leidžia taip sureguliuoja teisinius sveikatos apsaugos sistemos dalyvių (sveiktos paslaugų gavėjo ir sveiktos paslaugų teikėjo) santykius, kad sveikatos paslaugų teikėjo veiksmai ir priimami sprendimai būtų suderinti su sveikatos paslaugų gavėjų poreikiais, paslaugų teikimo standartais ir užtikrintų pacientų saugą bei žalos išvengimą.

Pagrindinės sveikatos apsaugos teisinio reguliavimo įgyvendinimo problemos yra finansinių išteklių trūkumas, neleidžiantis tinkamai užtikrinti sveikatos paslaugų prieinamumą visiems ja norintiems pasinaudoti asmenims bei sudėtingos teisinės procedūros įgyvendinant savo teisę skųstis ir gauti atlyginimą už padarytą žalą.

SUMMARY

Master degree thesis theme - "Health care administrative legal regulation actuality and issues". Administrative legal regulation actuality in health care area evaluation in connection with the health service availability and acceptability are important regarding the fact that the availability and acceptability is the main health care implementation principles, without which ensuring it is difficult to implement persons right properly take care of their health and without persons effort it's impossible to implement society health care tools.

Research objective is to analyze administrative legal regulation of health care actuality in a point of view of health care availability and acceptability and to determine the regulatory issues. Research tasks: 1) Provide health care implementation principles concept in term of theoretical aspect; 2) Set health care implementation administrative legal regulation mechanisms; 3) Analyze health care implementation principles legal regulation actualities; 4) Set the problem areas of health care implementation principles legal regulation.

The Master's thesis consists of two main parts. The first part provides an overview of health care accessibility and acceptability as health care implementation principles regulatory conception of a theoretical point of view. In the second part of thesis overview is performed of health care availability and acceptability principles administrative legal regulation in Lithuania and other EU countries, on the basis of legal acts, court practice and legal acts implementation reports.

Results of analysis show that both Lithuania and other EU governments in preparation of health care regulation national legal acts follows the EU common law recommendations and court practice precedents, which helps to foresee such administrative legal regulation tools, that allows as to adjust the legal health care system participants (health service recipient and health service provider) relationships, that health service providers actions and decisions are aligned with the needs of health service recipients, service standards and ensure patient safety and harm avoidance.

The main health care legal regulatory implementation issues is the lack of financial resources, preventing the proper provision of health services for all persons who want to take an advantage of it and complex legal procedures realizing the right to complain and get compensation for the damage caused.

Sveikatos paslaugų prieinamumo teisinio reguliavimo skirtumai ES šalyse

Šalis	EHIC išdavimo terminas	Netinkamas EHIC naudojimas	Atsisakymas išduoti EHIC	Būtiniosios pagalbos sampratos skirtumai	Sąskaitos atmetimas
Belgija	Nuo 1 iki 2 m.	Ne	Ne	Taip	Ne
Bulgarija	1 m. ekonomiškai aktyviems asmenims, 5 m. vaikams, 10 m. pensininkams	Taip	Taip	Taip	Ne
Čekija	5 m.	Taip	Taip	Taip	Taip
Danija	Maksimaliai iki 5 m.	Ne	Taip	Taip	Ne
Vokietija	Pagal situaciją nuo kelių dienų/ savaičių, iki kelerių metų	Taip	Taip	-	Ne
Estija	Maksimaliai iki 3 m. suaugusiems bei 5 m. vaikams	Ne	Taip	Taip	Ne
Airija	4 metai	Ne	Ne	Ne	Taip
Graikija	1 m., kai kuriais atvejais 4 – 6 mėn.	-	Ne	Ne	-
Ispanija	2 m.	-	Ne	Ne	-
Prancūzija	1 m.	Ne	Ne	Ne	Taip
Kroatija	1 m.; maksimaliai iki 2 m. esantiems komandiruotėse ir jų šeimos nariams; 4 m. ar daugiau diplomatams ar konsulams ir jų šeimos nariams	Ne	Taip	Ne	Ne
Italija	6 m.	Taip	Ne	Taip	Taip
Kipras	Maksimaliai 5 m.	Ne	Ne	Taip	Taip
Latvija	3 m.	Taip	Ne	Taip	Taip
Lietuva	Maksimaliai 2 m. dirbantiems; iki 6 m. valstybės apdraustiesiems; 1 m. studentams	Taip	Ne	Ne	Ne
Liuksemburgas	Nuo 3 iki 60 mėn.	Ne	Taip	Ne	Ne
Vengrija	3 m.; valstybės tarnautojams iki 4 m.	Taip	Taip	Taip	-

Šalis	EHIC išdavimo terminas	Netinkamas EHIC naudojimas	Atsisakymas išduoti EHIC	Būtiniosios pagalbos sampratos skirtumai	Sąskaitos atmetimas
Malta	5 m.	Ne	Ne	Ne	Ne
Nyderlandai	1 – 5 m.	Taip	Taip	Taip	Taip
Austrija	1 – 5 m.; pensininkams iki 10 m.		Taip	Taip	Taip
Lenkija	6 mėn.; pensininkams iki 5 m.	Taip	Taip	Taip	Taip
Portugalija	3 m.	Taip	Ne	Taip	Taip
Rumunija	6 mėn.	Taip	Taip	Taip	Ne
Slovėnija	1 m.; vaikams, pensininkams ir jų šeimų nariams iki 5 m.	Ne	Ne	Ne	Taip
Slovakija	Neribota, išskyrus pagal terminuotas darbo sutartis dirbantiems asmenims	Taip	Taip	-	Taip
Suomija	2 m.	Taip	Taip	Taip	Taip
Švedija	3 m.	-	Ne	-	-
Jungtinė Karalystė	5 m.	Taip	Ne	Taip	Taip
Islandija	3 m.; pensininkams 5 m.	Taip	Taip	Taip	-
Norvegija	5 m.	Ne	Ne	Taip	Ne
Lichtenšteinas	3 m.	Taip	Ne	Ne	Ne
Šveicarija	3 – 10 m. (vidutiniškai 5 m.)	Taip	Taip	Ne	Ne

Šaltinis: Pacolet, J., De Wispelaere, F. The European Health Insurance Card (EHIC) Questionnaire. European Commission, 2014, p. 5, 15, 30, 34, 36.

PATVIRTINIMAS APIE ATLIKTO DARBO SAVARANKIŠKUMĄ

2016- -
Vilnius

Aš, Mykolo Romerio universiteto (toliau – Universitetas),
Teisės fakulteto Viešosios teisės instituto Viešosios teisės

(fakulteto / instituto, programos pavadinimas)

Studentas (-ė) _____ Tadas Šetkauskis _____,
(vardas, pavardė)

patvirtinu, kad magistro baigiamasis darbas

„Sveikatos apsaugos administracinio teisinio reguliavimo aktualijos ir problematika“:

1. Yra atliktas savarankiškai ir sąžiningai;
2. Nebuvo pristatytas ir gintas kitoje mokslo įstaigoje Lietuvoje ar užsienyje;
3. Yra parašytas remiantis akademinio rašymo principais ir susipažinus su rašto darbų

metodiniais nurodymais.

Man žinoma, kad už sąžiningos konkurencijos principo pažeidimą – plagijavimą studentas gali būti šalinamas iš Universiteto kaip už akademinės etikos pažeidimą.

(parašas)

(vardas, pavardė)