

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

Paulius Čelkis

VISUOMENĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS
TEISINIS REGULIAVIMAS
ĮGYVENDINANT TEISĘ Į SVEIKATOS
APSAUGĄ

Daktaro disertacija
Socialiniai mokslai, teisė (01 S)

Vilnius, 2011

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

Daktaro disertacija ginama eksternu.

Mokslinis konsultantas:

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

TURINYS

| | |
|---|-----------|
| Įvadas | 5 |
| Tyrimų apžvalga | 10 |
| Darbo metodologija | 15 |
| 1. Visuomenės sveikatos priežiūra, kaip teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo priemonė..... | 17 |
| 1.1. Visuomenės sveikatos priežiūros samprata..... | 19 |
| 1.2. Teisės į sveikatos apsaugą samprata ir turinys..... | 25 |
| 1.2.1. Sveikatos koncepcija | 27 |
| 1.2.2. Teisės į sveikatos apsaugą raida | 32 |
| 1.2.3. Teisės į sveikatos apsaugą turinys..... | 39 |
| 1.2.4. Teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo reliatyvumas ir santykis su kitomis žmogaus teisėmis..... | 59 |
| 1.2.5. Teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo (sveikatos priežiūros) sritys..... | 69 |
| 1.3. Visuomenės sveikatos priežiūros sritys | 71 |
| 1.4. Visuomenės sveikatos priežiūros įgyvendinimo dilema | 94 |
| 2. Visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas ir jo įgyvendinimas Lietuvoje | 98 |
| 2.1. Visuomenės sveikatos stiprinimo teisinis reguliavimas ir jo įgyvendinimas | 99 |
| 2.2. Saugios sveikatai aplinkos užtikrinimo teisinis reguliavimas ir jo įgyvendinimas..... | 116 |
| 2.3. Visuomenės sveikatos stebėsenos teisinis reguliavimas ir jo įgyvendinimas | 139 |
| 2.4. Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės teisinis reguliavimas ir jo įgyvendinimas..... | 145 |
| Išvados | 174 |
| Siūlymai | 177 |
| Summary | 179 |
| Literatūra | 194 |
| Autoriaus skelbtų mokslinių publikacijų disertacijos tema sąrašas..... | 215 |
| Pranešimai konferencijose | 215 |

ĮVADAS

Temos aktualumas. Užtikrinti ir įgyvendinti žmogaus teises yra pagrindinis teisinės valstybės tikslas. Humanistinę pasaulėžiūrą įvardijant kaip visuotinai pripažintą teisinės doktrinos pagrindą, svarbiausiu teisės tikslu tampa žmogaus interesų teisinė apsauga. Anot A. Pumpučio, iš žmogaus ir visuomenės noro tobulėti kyla pagrindiniai poreikiai – troškimai, kuriuos suponuoja socialinės prielaidos, o jų visuma daro įtaką žmogaus teisių sistemai bei jų realizavimo lygiui¹. Poreikis saugoti žmogų kaip integralią fizinę ir dvasinę būtybę yra ir demokratinės visuomenės interesas, ir teisinės valstybės tikslas. Prigimtinės žmogaus teisės yra tas atskaitos taškas, nuo kurio plėtojamos ir pildomos visos kitos teisės, jos atspindi tarptautinės bendruomenės neginčijamai pripažintas vertybes². Žmogaus teisės nuo pilietinių ir politinių teisių plėtėsi iki socialinių ir ekonominių. Viena iš šios grupės teisių ir yra teisė į sveikatos apsaugą.

Teisė į sveikatos apsaugą priskiriama „antrosios kartos“ socialinėms teisėms ir valstybė yra įpareigota imtis aktyvių veiksmų, kad asmeniui būtų užtikrintas šios teisės įgyvendinimas, t. y. valstybė turi sukurti teisinį mechanizmą, kuris padėtų asmeniui realizuoti turimą teisę. Tai lemia pačios teisės, kaip socialinės teisės, prigimtis. Atkreiptinas dėmesys, kad terminas „teisė į sveikatos apsaugą“ tinkamai atskleidžia minėtos teisės turinį. „Teisę į sveikatos apsaugą“³ vadinant „teise į sveikatą“ būtų preziumuojama, kad įsipareigojama užtikrinti asmeniui sveikatą^{4,5} neatsižvelgiant, pavyzdžiui, į jo paveldėtas ligas⁶, gyvenimo būdą ar asmens įpročius, kurie turi įtakos jo sveikatai⁷, o „teisė į sveikatos apsaugą“ suprantant tik kaip „paciento teises“ būtų apimamos tik asmens besinaudojančio sveikatos priežiūros įstaigų paslaugomis, t. y. dažniausia sergančio asmens, teisės⁸. Todėl teisė į sveikatos apsaugą apima ne tik valstybės pareigas

¹ Pumputis, A. *Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija ir jos įgyvendinimo mechanizmas*. Vilnius: Lietuvos teisės universiteto Leidybos centras, 2000, p. 9.

² Spruogis, E. *Šiuolaikinės demokratinės valstybės socialinė paskirtis ir funkcijos*. Daktaro disertacija. Socialiniai mokslai (teisė). Vilnius: Lietuvos teisės universitetas, 2002, p. 52–53.

³ Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas oficialiojoje konstitucinėje doktrinoje taip pat vartoja terminą „teisė į sveikatos apsaugą“. *Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo oficialiosios konstitucinės doktrinos nuostatos 1993-2009*. Vilnius: Baltijos kopija, 2010, p. 449.

⁴ Roscam Abbing nurodo, kad „teisė į sveikatą niekada negali būti pasiekta, kai ji reiškia kiekvieno teisę į duotą gėrį, kuris negali būti objektyviai suformuluotas. Siekiant apginti „sveikatos“ darymą kaip pagrindinę socialinę teisę, kartais yra argumentuojama, kad asmenys turi turėti teisę ne tik į sveikatos priežiūrą (prevencinę ir gydomąją), bet taip pat ir į sąlygas, kurios padėtų skatinti sveikatą: sveiką gyvenamąją aplinką, sveiką geriamąjį vandenį, sveiką maistą ir netgi į daugiau ar mažiau palankias socialines aplinkybes, pavyzdžiui, apsirūpinimą būstu ir rekreaciją.“ De Groot, R., *Right to health care and scarcity of resources. Health law, human rights and the biomedicine convention (Essays in Honour of Henriette Roscam Abbing)*. Leiden: Koninklijke Brill NV, 2005, p. 55. Plačiau šis klausimas nagrinėjamas šio darbo 1.2.4 poskyryje.

⁵ Sveikatos samprata apibrėžiama šio darbo 1.2.1 poskyryje.

⁶ Dažnai apibrėžiamos kaip genetinės ligos, kurios dažniausiai yra paveldimos: astma, vėžys, autizmas, Dauno liga, ir pan.

⁷ Pavyzdžiui, rūkymas turės neigiamos įtakos asmens sveikatai, o sportas turės teigiamos įtakos.

⁸ Tokias, kaip teisė į kokybišką sveikatos priežiūrą, teisė pasirinkti sveikatos priežiūros specialistą ir t. t.

užtikrinti asmeniui kokybišką, prieinamą ir priimtina⁹ sveikatos priežiūrą, bet ir suteikti jo sveikatai saugias gyvenimo, darbo ir laisvalaikio sąlygas, skatinti asmenis gyventi sveikatai palankų gyvenimo būdą, esant užkrečiamųjų ligų protrūkiams efektyviai kovoti su jomis ir pan.

Analizuojant teisę į sveikatos apsaugą kaip socialinę teisę yra aktualu išsiaiškinti, ar valstybė vykdo visas iš jos turinio kylančias pareigas. Teisės į sveikatos apsaugą turinyje įtvirtintas pareigas valstybėms galima sugrupuoti į dvi sveikatos priežiūros sritis – asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą. Visuomenės sveikatos priežiūra kartu su asmens sveikatos priežiūra yra sudėtinės sveikatos apsaugos sistemos sritys, skirtos įgyvendinti teisę į sveikatos apsaugą. Asmens sveikatos priežiūra¹⁰ yra siekiama sukurti mechanizmus, kurie užtikrintų žmogui pagalbą susirgus. Visuomenės sveikatos priežiūra yra prevencinė veikla, t. y. valstybė sudaro sąlygas asmeniui gyventi saugioje jo sveikatai aplinkoje¹¹, ji apima sritis nuo sveikos gyvensenos ugdymo iki saugios sveikatai gyvenamosios, darbo bei laisvalaikio aplinkos užtikrinimo. Preziumuojama, kad valstybė, neužtikrindama minėtų priemonių, o tik sudarydama sąlygas asmenims susirgus gydytis, tinkamai įgyvendins tik dalį teisės į sveikatos apsaugą turinyje esančių įpareigojimų, be to, neefektyviai naudos tiek materialinius, tiek žmogiškuosius išteklius, kadangi pašalinti ligos atsiradimo priežastis yra pigiau¹² ir efektyviau, nei gydyti ligas, o sveikas žmogus ir visuomenė sudaro sąlygas ir bendros valstybės gerovės plėtrai. Todėl, nepaneigiant asmens sveikatos priežiūros svarbos, visuomenės sveikatos priežiūra, kaip prevencinė priemonė, turėtų būti valstybės prioritetas.

Tarptautinių žmogaus teisių dokumentų, įtvirtinančių teisę į sveikatos apsaugą, normų formuluotės rodo, kad visuomenės sveikatos priežiūros kaip teisės į sveikatos apsaugą, priemonės užtikrinimas turėtų reikšti kokybiškos, prieinamos ir priimtinos sveikatos priežiūros garantijas, saugias gyvenimo, darbo ir laisvalaikio sąlygas, sveikatos švietimą ir ugdymą, efektyvius veiksmus kovoje su užkrečiamųjų ligų protrūkiais ir pan. Tačiau Lietuvos teisės doktrinoje iki šiol išsamiau nėra nagrinėti praktikoje aktualūs klausimai: kokius konkrečiai valstybės turi prisiimti įsipareigojimus šioje srityje; ar valstybės vykdo (yra pajėgios vykdyti) visas iš aptariamų teisės turinio kylančias ir joms priskiriamas pareigas; ar esamas visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas tinkamai (ir ar iš viso) įgyvendina teisėje į sveikatos apsaugą glūdinčius įpareigojimus valstybei; ar valstybė esamu visuomenės sveikatos priežiūros teisiniu reguliavimu apsaugo asmenį ir visuomenę (bendrai) nuo grėsmių jų sveikatai, ar sudaro jų sveikatai palankias gyvenimo, darbo ir laisvalaikio aplinkas. Teoriniu požiūriu labai aktuali ir

⁹ Pastarieji kriterijai apibrėžiami šio darbo 1.2.3 poskyryje.

¹⁰ Asmens sveikatos priežiūra iš esmės nukreipta iš asmenų (pacientų) gydymą, reabilitaciją bei slaugą, taip pat apima ir farmacinę veiklą (vaistų gamybą ir platinimą).

¹¹ Apima gyvenamąją, darbo ir laisvalaikio aplinkas (plačiau apie tai – šio darbo 1.3 skyriuje) ir siekia apsaugoti asmenį nuo žalingų jo sveikatai veiksnių (cheminių medžiagų, jonizuojančios ir nejonizuojančios spinduliuotės ir kt.) ir pan.

¹² Tokia pozicija dažniausiai yra pateikiama visuomenės sveikatos priežiūros specialistų, teigiant, kad pašalinti ligos priežastis, ją anksti identifikuoti, vykdyti prevencines programas yra pigiau, nei gydyti pačią ligą, tačiau esama ir priešingos nuomonės. Plačiau apie tai: Dunt, D. R., Crowley, S., Day, N. A. Is prevention really better than cure? Parameters of the debate and implications for program evaluation design. *Health promotion international*. 1995, 10(4): 325-334; Butler, J. A. Prevention may be more expensive than cure. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1993, (86):341-344.

teorinė diskusija, ar atsižvelgiant į plačią visuomenės sveikatos priežiūros sampratos apimtį yra įmanomas visuomenės sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo galimybių ir ribų objektyvus apibrėžimas ir įvertinimas teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo požiūriu.

Teisės į sveikatos apsaugą sampratos analizė atskleidžia šios socialinės teisės turinį, parodo, kokios joje glūdi valstybės pareigos įgyvendinant šią teisę, o tai įtakoja visuomenės sveikatos priežiūros teisinį reguliavimą. Nežinant teisės į sveikatos apsaugą turinio, jame glūdinčių įpareigojimų valstybei bei visuomenės sveikatos priežiūros konkrečių sričių (priemonių) ir jų įgyvendinimo ypatumų, manytina, sunkiai įmanomas šios srities teisinis reguliavimas. Tokiu atveju jis dažniausiai būna chaotiškas, sprendžiantis pavienes problemas, o ne sureguliuojantis sritį kompleksiskai ir iš esmės. Tai patvirtina ir atlikta analizė, atskleidusi, kad Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas per pastaruosius 7 metus taip ir nesukūrė teisinių pagrindų, leidžiančių padėti pagrindus moderniai visuomenės sveikatos priežiūros sistemai, kuri užtikrintų visos visuomenės sveikatos gerovę¹³.

Taip pat svarbu paminėti ir tai, kad valstybė be aktyvių žmogaus pastangų nepajėgi garantuoti jam efektyvaus teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo. Jei asmuo gyvena nesveiką gyvenimo būdą¹⁴, nepasinaudos valstybės garantuojamomis priemonėmis, pavyzdžiui, vakcinacija nuo vakcinomis valdomų užkrečiamųjų ligų¹⁵, kad ir kaip gerai funkcionuojančią teisės įgyvendinimo sistemą valstybė sukurs, ji nepadės asmeniui be jo paties pastangų būti sveikam.

Tad šioje disertacijoje yra nagrinėjamas visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas, kaip valstybės mechanizmas, įgyvendinantis teisę į sveikatos apsaugą, kurio efektyvus įgyvendinimas sudarys sąlygas asmenims būti sveikiems ir gyventi sveikoje aplinkoje.

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

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

Siekiant šio tikslo darbe keliami **tokie uždaviniai**:

1. Išanalizuoti visuomenės sveikatos priežiūros, kaip teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo priemonės, turinio teorinius aspektus:
 - 1.1. išnagrinėti visuomenės sveikatos priežiūros sampratą ir visuomenės sveikatos priežiūros sritis bei joms būdingas įgyvendinimo priemones;
 - 1.2. išnagrinėti sveikatos ir teisės į sveikatos apsaugą sampratą, teisės į sveikatos apsaugą turinį;

¹³ Čelkis, P. Visuomenės teisės į sveikatą būklė Lietuvoje. *Visuomenės sveikata*, 2007; 3(38):12.

¹⁴ Nesveikas gyvenimo būdas ar nesveika gyvensena apima rūkymą, nesaikingą alkoholinių gėrimų vartojimą, netinkamą mitybą ir t. t. Plačiau apie tai – šio darbo pirmoje dalyje.

¹⁵ Pavyzdžiui, gripas, kitos vakcinomis valdomos užkrečiamosios ligos. Plačiau apie tai – šio darbo pirmoje dalyje.

1.3. atskleisti teisės į sveikatos apsaugą reliatyvumą ir santykį su kitomis asmenų teisėmis.

2. Išanalizuoti visuomenės sveikatos priežiūros teisinį reguliavimą Lietuvoje bei jo praktinį taikymą per atskiras visuomenės sveikatos priežiūros sritis ir įvertinti šį reguliavimą teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo požiūriu.

Disertacijos hipotezė. Visuomenės sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo apimtis lemia teisės į sveikatos apsaugą turinio ypatumai ir visuomenės sveikatos priežiūros samprata.

Darbo mokslinis naujumas. Nors sveikata ir teisė į jos apsaugą yra pamatinė asmens vertybė, nuo kurios tiek tiesiogiai, tiek ir netiesiogiai priklauso kitų asmens teisių ir laisvių įgyvendinimas, ši disertacija yra pirmasis bandymas Lietuvoje analizuoti visuomenės sveikatos priežiūros teisinį reguliavimą asmens teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo požiūriu. Analizuojant teisę į sveikatos apsaugą, kurios, kaip socialinės teisės, įgyvendinimas yra visų pirma valstybės pozityvi pareiga, išanalizuojamas jos turinys ir išskiriami jį sudarantys kiekybiniai ir kokybiniai parametrai, atskleidžiamas šios pareigos reliatyvumas. Darbe taip pat išnagrinėjama visuomenės sveikatos priežiūros, kaip vienos iš valstybės vykdomos sveikatos priežiūros sričių, samprata, turinys bei tikslai.

Disertacijoje pirmą kartą įvertinamas nacionalinis visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo aspektu: ar esamas teisinis reguliavimas sudaro prielaidas įgyvendinti teisės į sveikatos apsaugą kiekybinius ir kokybinius parametrus ir ar tai lemia, kad asmeniui sudaromos saugios gyvenimo, darbo ir laisvalaikio sąlygos, ar valstybėje funkcionuoja sveikatos stiprinimo ir stebėsenos sistemos, ar valstybės sukurti mechanizmai apsaugo sveikatą esant ligų protrūkiams. Šie ir kiti klausimai analizuojami sistemiškai, siekiant ne tik atskleisti nacionalinio visuomenės sveikatos priežiūros teisinio reglamentavimo ypatumus, bet ir pateikti siūlymus, kaip jį tobulinti.

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

Ginamieji teiginiai. Disertacijoje yra ginami šie teiginiai:

- sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo apimtį lemia teisės į sveikatos apsaugą turinio kiekybiniai (apimantys pagrindinius minimalius įpareigojimus valstybei) ir kokybiniai (parodantys, kaip valstybė turi įgyvendinti teisės turinio kiekybinius parametrus) parametrai;
- visuomenės sveikatos priežiūros teisiniame reguliavime įtvirtinta klasikinė „santarinė“ visuomenės sveikatos priežiūros samprata (apsiribojanti prevencinėmis ir organizacinėmis priemonėmis, skirtomis užtikrinti sveiką gyvenimo, darbo ir laisvalaikio aplinką ir ugdyti asmenis sveikai gyventi) neapima šiuolaikinės „nau-

- josios“ visuomenės sveikatos priežiūros (be kita ko, integruojančios ir asmens sveikatos priežiūros priemonės, skirtas užtikrinti ligų prevenciją ir lygias galimybes naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis socialiai remtiniems žmonėms, taip pat aplinkos apsaugos, socialines ir ekonomines priemones) priemonių;
- visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas Lietuvoje neužtikrina teisės į sveikatos apsaugą efektyvaus įgyvendinimo, dėl ko yra tobulintinas.

Tyrimo rezultatų aprobavimas. Darbas apsvarstytas Mykolo Romerio universiteto Teisės fakulteto Bioteisės katedroje. Tyrimo rezultatai buvo skelbiami moksliniuose straipsniuose, mokslinėse konferencijose bei darbo grupėse tam tikrais sveikatos teisės klausimais.

Darbo struktūrą lemia tai, kad visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas atskleidžiamas apibrėžiant teisę į sveikatos apsaugą ir visuomenės sveikatos priežiūrą. Darbą sudaro įvadas, dvi dalys bei išvados ir siūlymai.

Pirmojoje darbo dalyje apibrėžiamas analizės objektas – visuomenės sveikatos priežiūra. Visuomenės sveikatos priežiūros sąvoka ir visuomenės sveikatos priežiūros tikslai analizuojami per „sanitarinės“ ir „naujosios“ visuomenės sveikatos priežiūros koncepcijas, atskleidžiami jų skirtumai ir visuomenės sveikatos priežiūrai keliami nauji iššūkiai.

Siekiant atskleisti visuomenės sveikatos priežiūros sampratą yra aptariama teisės į sveikatos apsaugą samprata, kuri apibrėžia sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo, tuo pačiu ir visuomenės sveikatos priežiūros, ribas.

Apibrėžiant teisę į sveikatos apsaugą, įvardijami jos, kaip teisinės kategorijos, turinio ypatumai. Analizuojant teisės į sveikatos apsaugą turinį atskleidžiama pastarosios plėtra nuo sveikatos, kaip pagrindinės žmogaus vertybės, įtvirtinimo tarptautinės teisės dokumentuose, iki evoliucionavimo kaip savarankiškos teisės, kuriai įgyvendinti taikomos vis konkretesnės įgyvendinimo priemonės. Analizuojant teisės į sveikatos apsaugą turinį išskiriami šios teisės kiekybiniai ir kokybiniai parametrai, kuriuos valstybė, įgyvendindama šią teisę, turi realizuoti. Taip pat atskleidžiamas teisės į sveikatos apsaugą reliatyvumas, kuris suponuoja tai, kad ši teisė nėra absoliuti ir negali garantuoti asmeniui absoliučios sveikatos, o tik, priklausomai nuo valstybės sukurtos sveikatos priežiūros sistemos ir turimų išteklių, valstybei privalu užtikrinti saugią sveikatai aplinką bei gydymą asmeniui susirgus.

Teisės į sveikatos apsaugą sampratos analizė pradedama apibrėžiant sveikatos, kaip teisės į sveikatos apsaugą objekto, sampratą, atskleidžiamas poreikis jos apsaugą reguliuoti teisės normomis. Atskleidus teisės į sveikatos apsaugą raidą apibrėžiami jos turinyje esantys įpareigojimai valstybei, įtvirtinti tiek tarptautinės teisės dokumentuose, tiek ir Lietuvos Respublikos Konstitucijoje.

Išanalizavus teisės į sveikatos apsaugą turinį parodomas šios teisės santykis su kitomis asmens teisėmis ir laisvėmis. Atskleidžiamos teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo priemonės per kiekybinius teisės į sveikatos apsaugą turinio parametrus.

Apibrėžiant visuomenės sveikatos priežiūros sąvoką ir jos tikslus pastarieji analizuojami per „sanitarinės“ ir „naujosios“ visuomenės sveikatos priežiūros koncepcijas, atskleidžiami pastarųjų skirtumai ir visuomenės sveikatos priežiūrai keliami nauji iššūkiai.

Visuomenės sveikatos priežiūros sričių (ir atskirų jos priemonių) analizė leidžia apibrėžti visuomenės sveikatos priežiūros srities teisinio reguliavimo apimtį, t. y. visuomenės sveikatos priežiūros sričių sampratoje glūdinčius tikslus ir poreikius juos realizuoti.

Šioje darbo dalyje išskiriamas visuomenės sveikatos priežiūrai būdingas „visuomeniškumas“, t. y. pastarosios įgyvendinimas kolektyviniais, o ne individualiais veiksmais, dėl ko jos įgyvendinimas pirmiausia priskiriamas valstybės atsakomybei.

Apibrėžus visuomenės sveikatos priežiūros ir teisės į sveikatos apsaugą sampratas vertinamas visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas ir jo įgyvendinimas Lietuvoje.

Antroje darbo dalyje nagrinėjamas visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas ir jo praktinis įgyvendinimas per atskiras visuomenės sveikatos priežiūros sritis: visuomenės sveikatos stiprinimą, visuomenės sveikatos stebėseną, saugios sveikatai aplinkos užtikrinimą (visuomenės sveikatos saugą ir kontrolę) bei užkrečiamųjų ligų profilaktiką ir kontrolę.

Taip pat atskleidžiamas minėtų visuomenės sveikatos priežiūros sričių teisinis reglamentavimas, apžvelgiamos asmenų teisės ir pareigos, jų teisinės apsaugos mechanizmas bei valstybės sukurta šios teisės įgyvendinimo institucinė sistema bei parodoma nacionalinių teismų formuojama praktika įgyvendinant teisės aktų nuostatas.

Kiekvienos visuomenės sveikatos priežiūros srities teisinis reguliavimas analizuojamas siekiant įvertinti, ar įgyvendinami teisės į sveikatos apsaugą turinyje glūdinčios kiekybiniai ir kokybiniai parametrai. Atskleidžiama, kad visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas nors ir apima teisės į sveikatos apsaugą turinyje esančius kiekybinius parametrus, tačiau iš esmės yra deklaratyvus, pasižymi teisinio reguliavimo spragomis, jam trūksta sistemiškumo. Atitinkamai konstatuojama, kad tai lemia, jog neefektyviai įgyvendinami teisės į sveikatos apsaugą kokybiniai parametrai, dėl to visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas yra tobulintinas, pateikiami pasiūlymai.

Tyrimų apžvalga

Darbo tema yra tarpdisciplininės prigimties, kuri lemia, kad atskiri visuomenės sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo analizės teisės į sveikatos apsaugą požiūriu klausimai nagrinėjami teisės, medicinos, filosofijos, sociologijos literatūroje.

Reikia pripažinti atskiri nagrinėjamos temos klausimai yra sulaukę nemažo akademinės bendruomenės susidomėjimo ir mokslinėje literatūroje yra nagrinėjama gana plačiai.

Tarp, manytina, didžiausią įtaką teisės į sveikatos apsaugą doktrinos plėtrai turėjusių leidinių paminėtinas Pasaulio sveikatos organizacijos 1998 m. išleistas specialusis leidinys „International digest of Health Legislation“, skirtas sveikatos teisėkūrai XXI amžiuje. Šiame leidinyje nagrinėjamu klausimu – teisės į sveikatos apsaugą, sveikatos

priežiūros teisės ir jos reguliavimo apimčių – yra paskelbta daug mokslinių publikacijų¹⁶, kurios sudarė mokslinius pagrindus analizuoti teisę į sveikatos apsaugą.

Užsienio šalių autoriai yra analizavę ir „sveikatos“ sąvokos problematiką. Vieni autoriai, kaip S. van der Geest¹⁷, sveikatą apibūdina kaip fizinio asmens kūno gerovę, o kiti autoriai, kaip W. Wright¹⁸, R. Kalėdienė, J. Petrauskienė ir A. Rimpelė¹⁹, sveikatą sieja ne tik su asmens kūno gerove, bet ir su supančia socialine aplinka ir asmens pasitenkinimu ja. Nors, pasak R. G. Evans ir L. Stoddart²⁰, E. Gefeno²¹, Pasaulio sveikatos organizacijos pateikiama sveikatos, kaip visiškos fizinės, protinės ir socialinės gerovės būsenos, samprata ir turi savo trūkumų, tačiau nepaisant jų darbe teigiama, kad pastaroji geriausiai atspindi teisės į sveikatos apsaugą objektą, ir ja yra remiamasi apibrėžiant pačią teisę.

Teisės į sveikatos apsaugą turinys iš esmės yra apibrėžiamas remiantis Jungtinių Tautų Ekonomikos ir socialinės tarybos Pagrindiniu komentaru Nr. 14 „Dėl teisės į aukščiausiojo standarto sveikatą“²², kuris parengtas aiškinant Tarptautinių ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakto²³ 12 straipsnio nuostatas. Minėtame komentare išskiriami pagrindiniai teisės į sveikatos apsaugą elementai: prieinamumas, priimtinum ir kokybė. Tačiau daugiausiai mokslinėje literatūroje²⁴ diskutuojama aptariant teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo „pareigų trilogiją“, kurią sudaro pareigos gerbti, saugoti ir įgyvendinti.

¹⁶ Taip pat tokios kaip: Molinari, P. A. The right to health: from the solemnity of declarations to the challenges of practice. *International Digest of Health Legislation*. 1998, 49(1): 41-60; Grad, F. P. Public health law: its form, function, future and ethical parameters. *International Digest of Health Legislation*. 1998, 49(1):19-39; Leenen, H. J. J., Health law and health legislation: possibilities and limits. *International Digest of Health Legislation*. 1998, 49(1):77-87 ir t. t.

¹⁷ Van der Geest, S. The definition of health: W. Wright, *The Social Logic of Health*, New Brunswick: Rutgers University Press, 1982 Review article. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1985, 9:293.

¹⁸ Wright, W. *The Social Logic of Health*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1982, p. 38.

¹⁹ Kalėdienė, R., Petrauskienė, J., Rimpelė, A., *Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika*. Kaunas: Šviesa, 1999, p. 25.

²⁰ Evans, R. G., Stoddart, G. L. *Producing Health, Consuming Health Care*. London: Pergamon Press plc., 1990, p. 1.

²¹ Gefenas E. *Šiuolaikinės medicininės etikos problemos: asmens autonomija ir paternalizmas*. Daktaro disertacija. Filosofija. Vilnius: Filosofijos, sociologijos ir teisės institutas ir Vytauto Didžiojo universitetas, 1993, p. 39.

²² General comment No. 14 (2000) Substantive issues arising in the implementation of the international Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: The right to the highest standard of health. United Nations Economic and Social Council [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-07-21] <[²³ Tarptautinių pilietinių ir politinių teisių paktas. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 77-3288.](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En.>.</p></div><div data-bbox=)

²⁴ Craven, M. C. R. *The International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights: a perspective on its development*. New York: Clarendon paperbacks, 2001, p. 182; Supulveda, M. M. *The nature of the obligations under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Mortsel: Intersentia, 2003, p. 163; Hendriks, A. The right to Health in National and International Jurisprudence. *European Journal of Health Law*. 1995: 8:393; Juškevičius, J., Balsienė J. Human rights in health care: some remarks on the limits of the right to healthcare. *Jurisprudencija*. 2010, 4(122):102.

Siekiant atskleisti teisę į sveikatos apsaugą remiamasi A. Vaišvilos²⁵ apibrėžiamais subjektyvūs teisės lygmenimis: vertybiniu ir norminiu.

Teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimas yra reliatyvus ir yra išskiriami aspektai, kurie neleidžia laikyti teisės į sveikatos apsaugą absoliučia: visų pirma, gera sveikata negali būti objektyviai užtikrinta valstybės, taip pat valstybė negali numatyti žmogaus sveikatos apsaugos visais įmanomais atvejais. Panašią poziciją pateikia T. Goodman²⁶ ir H. Leenen²⁷. Nepaisydami pabrėžiamo teisės į sveikatos apsaugą reliatyvumo, H. Nys ir F. V. Wijmen²⁸, A. Hendriks²⁹ vietoj termino „teisė į sveikatos apsaugą“ vartoja terminus „teisė į sveikatą“, „teisė rūpintis sveikata“, „teisė būti pacientu“.

Preziumuojant, kad teisės į sveikatą įgyvendinimas suprantamas kaip valstybės pareiga, mokslinėje literatūroje (S. D. Jamar³⁰, R. B. Saltman³¹) aiškiai akcentuojama, kad pastarosios pareigos įgyvendinimas priklauso nuo valstybės turimų išteklių ir tai lemia teisės įgyvendinimo problemškumą. Kiti autoriai, kaip D. Jankauskienė³², atkreipia dėmesį į tai, kad problema yra ne tik sveikatos apsaugos sistemos finansavimo dydis, bet ir lėšų panaudojimo efektyvumas.

Iš Lietuvos mokslininkų, nagrinėjusių teisę į sveikatos apsaugą, darbų išskirtinos T. Birmontienės mokslinės publikacijos sveikatos teisės tema publikuojančiame moksliniame leidinyje „European Journal of Health Law“. Paminėtini naujausieji jos straipsniai: „The influence of the rulings of the Constitutional Court on the development of Health law in Lithuania“³³, „Health legislation in Eastern European Countries: the Baltic States“³⁴. Profesorė tvirtina, kad teisė į sveikatos apsaugą, kaip viena svarbiausių socialinių teisių, yra įtvirtinta Lietuvos Respublikos Konstitucijoje, o oficiali Konstitucinio Teismo formuluojama doktrina daro ženklų įtaką Lietuvos teisinei sistemai, tuo pačiu ir sveikatos teisei. Pasak profesorės, tai, kad teisė į sveikatos apsaugą yra įtraukta į konstitucinių teisių katalogą kaip socialinė teisė ir ji apibrėžiama visų pirma kaip socialinė, o ne individuali (paciento) teisė, lemia tai, kad iki šiol, atsižvelgiant į Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo aktus, ši teisė yra suprantama kaip konstitucinė pareiga valstybei rūpintis visuomenės sveikata.

²⁵ Vaišvila, A. *Teisės teorija*. Vilnius: Justitia, 2004.

²⁶ Goodman, T. Is there a right to health? *Journal of Medicine and Philosophy* [interaktyvus]. 2005, 30:644 [žiūrėta 2011-03-14]. <<http://j.mp.oxfordjournals.org/content/30/6/643.full.pdf+html>>.

²⁷ Dute, J. *The leading principles of the convention on human rights and biomedicine. Health law, human rights and the biomedicine convention (Essays in Honour of Henriette Roscam Abbing)*. Leiden: Koninklijke Brill NV, 2005, p. 6.

²⁸ Nys H., Wijmen F. V. Maastricht 2002: Health law in an Era of Globalization. *European Journal of Health Law*. 2002, 9:1-4.

²⁹ Hendriks, A. The right to Health in National and International Jurisprudence. *European Journal of Health Law*. 1995, 8:389-408.

³⁰ Jamar, S. D. The international human right to health. *Southern University Law Review*. 1994, 22:1-53.

³¹ Saltman, R.B., et al. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham: Open University Press, 1998, p. 424.

³² Buivydas R., et al. *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*. Vilnius: Elfrata, 2010, p. 135.

³³ Birmontienė, T. The influence of the rulings of the Constitutional Court on the development of Health law in Lithuania. *European Journal of Health Law*. 2007, 14:321-333.

³⁴ Birmontienė, T. Health legislation in Eastern European Countries: the Baltic States. *European Journal of Health Law*. 2004, 11:77-86.

Taip pat paminėtinas ir K. Lapinsko mokslinėje konferencijoje skaitytas pranešimas „Asmens socialinių teisių apsaugos klausimai Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo jurisprudencijoje“³⁵, kuriame aptariama teisė į sveikatos apsaugą ir jos plėtojimas Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo jurisprudencijoje, bei L. Bieliūnienės straipsnis „The Right to Health Protection“³⁶, išspausdintas leidinyje „Human rights in Lithuania“. G. Andriulionis disertacijoje „Asmens autonomija sveikatos teisėje“³⁷ atskleidžia asmens biologinės būties autonomijos sampratą, struktūrą, įtaką jai darančius veiksnius, taip pat jos sąsajas su asmens moraline autonomija.

Kaip buvo minėta, teisės į sveikatos apsaugą mokslinės diskusijos plėtrai didelę įtaką turi leidinys „European Journal of Health Law“. Šiame leidinyje savo straipsnius skelbė S. Gevers, nagrinėjantis teisės į sveikatos apsaugą sampratą, jos priklausomybę nuo sveikatos apsaugos finansavimo³⁸ ir jos tolimesnes plėtros perspektyvas³⁹, H. Nys, nagrinėjęs sveikatos teisę, jos plėtros aspektus priėmus Biomedicinos konvenciją⁴⁰, H. Roscam Abbing, išsamiai išnagrinėjusi tiek teisę į sveikatos apsaugą⁴¹, tiek iš įvairių tarptautinių konvencijų kylančias pareigas valstybei ir jose įtvirtintą minėtos teisės turinį. Itin svarbūs yra profesorės darbai ne tik vystant teisės į sveikatos apsaugą koncepciją, bet ir nagrinėjant atskiras sveikatos teisės teisinio reguliavimo sritis⁴², taip pat ir susijusias su visuomenės sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo atskiromis sritimis⁴³.

Kaip itin svarbi ir padedanti metodologinius pagrindus nagrinėjamai temai paminėtina L. O. Gostin knyga „Public health law. Power, Duty, Restraint“⁴⁴. Šioje knygoje

³⁵ Lapinskas, K. *Asmens socialinių teisių apsaugos klausimai Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo jurisprudencijoje* [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-01-22]. <www.lrkt.lt/PKonferencijose/08.pdf>.

³⁶ Bieliūnienė, L. *The Right to Health Protection. Human rights in Lithuania*. Vilnius: Naujos sistemos, 2005.

³⁷ Andriulionis, G. *Asmens autonomija sveikatos teisėje*. Daktaro disertacija. Socialiniai mokslai (teisė). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2006.

³⁸ Gevers, S. *The right to Health Care. European Journal of Health Law*. 2004, 11: 29-34.

³⁹ Gevers, S. *Health Law in Europe: From the Present to the Future. European Journal of Health Law*. 2008, 15:261-272.

⁴⁰ Nys, H. *The Biomedicine Convention as an Object and a Stimulus for Comparative Research in the European Journal of Health Law. European Journal of Health Law*. 2008,15: 273-283.

⁴¹ Roscam Abbing, H. D.C. *The Right to Care for Health: The Contribution of the European Social Charter. European Journal of Health Law*, 2005, 12:183-191; Roscam Abbing, H. D.C. *The Convention on Human Rights and Biomedicine. An appraisal of the Council of Europe Convention, European Journal for Health Law*, 1998, 377-387.

⁴² Roscam Abbing, H. D.C. *Responsibility for quality of health care. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*. 1994, 138; H. D.C. Roscam Abbing. *Rights of patients in the European context, ten years and after. European journal of health law*. 2004, 11(1):7-15; Roscam Abbing, H. D.C. *Problem doctors and patients' right to good quality care in the European Union. European journal of health law*. 2009, 16(4):301-308; Roscam Abbing, H. D.C. *Patients' rights in a technology and market driven-Europe. European journal of health law*. 2010, 7(1):11-22.

⁴³ Roscam Abbing, H. D.C. *The consent principle and diagnostic studies for HIV infection. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*. 1987, 131(33):1420-1422; Roscam Abbing, H. D.C. *Sexually transmissible diseases and contact tracing: various legal observations. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*. 1989, 133(16):838-40; Roscam Abbing, H. D.C. *The future impact of AIDS on society. Antibiotics and chemotherapy*. 1991, 43:264-71.

⁴⁴ Gostin, L. O. *Public health law. Power, Duty, Restraint*. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press, 2008.

profesorius išsamiai atskleidžia visuomenės sveikatos priežiūros teisės sampratą, jos prigimtį ir tikslus, apibrėžia visuomenės sveikatos priežiūros teisės objektą. Remiantis profesoriaus suformuota visuomenės sveikatos priežiūros teisės samprata, visuomenės sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo analizė plėtojama ne tik Jungtinėse Amerikos Valstijose, bet ir Europoje. Profesorius taip pat išsamiai atskleidžia atskirus praktinius visuomenės sveikatos priežiūros teisinio reglamentavimo ypatumus specifinėse visuomenės sveikatos priežiūros srityse, pateikia siūlymus, kaip plėtoti visuomenės sveikatos priežiūros teisę⁴⁵.

Nagrinėjant visuomenės sveikatos priežiūros sampratą išskirtinas R. Kalėdienės, J. Petrauskienės ir A. Rimpelė išleistas vadovėlis „Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika“, kuriame apibrėžiama visuomenės sveikatos priežiūros samprata, šiuolaikinės visuomenės sveikatos priežiūros koncepcijos, pagrindinės visuomenės sveikatos priežiūros sritys. Taip pat paminėtinas ir T. H. Tulchinsky ir E. A. Varavikova studija „The new public health. An introduction for the 21st century“⁴⁶, kuriame aptariami veiksniai, turintys įtakos visuomenės sveikatos priežiūros proceso organizavimui, klasikinės visuomenės sveikatos priežiūros koncepcijos, tokios kaip sanitarija, epidemiologija ir visuomenės sveikatos stiprinimas, derinant su naujais universaliais sveikatos priežiūros, ekonomikos ir valdymo modeliais, vertinami skirtingi Jungtinių Amerikos Valstijų, Rusijos Federacijos, Jungtinės Karalystės, Vokietijos, Kanados, Skandinavijos šalių ir besivystančių šalių, būtent Nigerijos bei Kolumbijos, sveikatos modeliai. Šie darbai padėjo pagrindus, leidusius darbe suformuoti visuomenės sveikatos priežiūros sampratą, jai keliamus tikslus ir veiklos apimtis. Visuomenės sveikatos priežiūros samprata mokslinėje literatūroje apibrėžiama tiek ir „klasikine“ sanitarine prasme, tiek ir kaip „naujoji visuomenės sveikatos priežiūra“. A. Baubinas⁴⁷, J. A. Tobey⁴⁸, C. E. A. Winslow⁴⁹, ypač pastarasis, iš esmės visuomenės sveikatos priežiūrą apibūdina kaip priemonę, skirtą rūpintis aplinkos sauga, kontroliuoti infekcines ligas, mokyti individualios higienos, organizuoti medicinos bei slaugos tarnybas, anksti diagnozuoti ir gydyti ligas, plėsti, tobulinti socialines tarnybas. Tokie autoriai kaip D. J. Ncayiyana⁵⁰,

⁴⁵ Gostin, L. O. Public health theory and practice in the constitutional design. *Health matrix*. 2001; 11(2):265-326; Gostin, L. O., Hodge, J. G., Valdiserri, R. O. Informational privacy and the public's health: the Model State Public Health Privacy Act. *American journal of public health*. 2001, 91(9):1388-1392; Gostin, L. O. Public health law reform. *American journal of public health*. 2001, 91(9):1365-1368; Gostin, L. O., Erickson, D. L., Street, J., Mills, S P. The power to act: two model state statutes. *The Journal of law, medicine & ethics*. 2002, 30; Gostin, L. O., Bayer, R., Fairchild, A. L. Ethical and legal challenges posed by severe acute respiratory syndrome: implications for the control of severe infectious disease threats. *JAMA*. 2004, 290(24):3229-37; Gostin, L. O., Hodge, J. G., Gebbie, K., Erickson, D. L. Transforming public health law: the Turning Point Model State Public Health Act. *The Journal of law, medicine & ethics*. 2006, 34(1):77-84.

⁴⁶ Tulchinsky, T. H., Varavikova, E. A. *The new public health. An introduction for the 21st century*. San Diego: Academic press, 2000.

⁴⁷ Ašmenskas, J., et al. *Aplinkos medicina*. Vilnius: Avicena, 1997, p. 6.

⁴⁸ Tobey, J. A. Public Health Law: A Manual for Sanitarians. *American Journal of the Medical Sciences*. 1926, 172(5):749.

⁴⁹ Kalėdienė, R., Petrauskienė, J., Rimpelė, A. *Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika*. Kaunas: Šviesa, 1999, p. 27.

⁵⁰ Ncayiyana, D., et al. *New Public Health and the WHO's Ninth General Program of Work: A Discussion Paper*. Geneva: World Health Organization, 1995.

T. Tulchinsky ir E. A. Varavikova visuomenės sveikatos priežiūrą apibūdina kaip siekiančią išplėsti senosios visuomenės sveikatos priežiūros sampratą taip, kad ji apimtų ir asmens sveikatą, susiedama ją su gyventojų sveikata. Pasak autorių, tokia visuomenės sveikatos priežiūra siekia spręsti šiuolaikines sveikatos problemas, susijusias su lygionimis galimybėmis naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis, aplinkos apsauga, politiniu valdymu ir socialine bei ekonomine plėtra.

Atskiros visuomenės sveikatos priežiūros sritys (visuomenės sveikatos stiprinimas, visuomenės sveikatos stebėseną, saugios sveikatai aplinkos užtikrinimas (visuomenės sveikatos sauga ir kontrolė) ir užkrečiamųjų ligų profilaktika ir kontrolė) taip pat yra mokslinių diskusijų objektas⁵¹. Atsižvelgiant į tai, kad įgyvendinant teisę į sveikatos apsaugą per saugios sveikatai gyvenamosios aplinkos užtikrinimą pastaroji sritis yra glaudžiai susijusi su asmens teise į sveiką ir švarią aplinką, disertacijoje yra remiamasi autoriais, nagrinėjančiais teisę į sveiką ir švarią aplinką: A. Marcijonu, B. Sudavičiumi⁵² ir G. Gaidžiu⁵³.

Disertacijoje taip pat yra analizuojami tarptautiniai dokumentai, susiję su žmogaus teisėmis ir teisės į sveikatos apsaugą įtvirtinimu, tarptautinių ir nacionalinių organizacijų ataskaitos ir pranešimai, tarptautinių ir nacionalinių teismų praktika (bylos, susijusios su analizuojama tema), taip pat kiti nagrinėjami temai svarbūs dokumentai.

Darbo metodologija

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

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

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

Lyginamuoju metodu remiamasi nagrinėjant įvairias teisės į sveikatos apsaugą ir visuomenės sveikatos priežiūros sampratas bei ieškant jų bendrų ir skiriamųjų bruožų. Šis metodas padėjo atskleisti teisės į sveikatos apsaugą turinį. Analizuojant visuomenės sveikatos priežiūros teisinį reglamentavimą svarbus yra visuomenės sveikatos priežiūros sampratos atskleidimas. Analizuojant visuomenės sveikatos priežiūros sampratas yra lyginamos dvi mokslinėje literatūroje sutinkamos visuomenės sveikatos priežiūros

⁵¹ Garcia-Abreu, A., Halperin, W., Danel, I. *Public health surveillance: Toolkit*. Washington: World Bank, 2002, p. 3.

⁵² Marcijonas, A., Sudavičius, B. *Ekologinė teisė*. Vilnius: Eugrimas, 1996.

⁵³ Gaidys, G. Žmogaus teisės į sveiką aplinką statuso identifikavimo problemos. *Socialinių mokslų studijos*, 2009, 1(1):51-62.

„kryptys“: klasikinė „sanitarinė“ visuomenės sveikatos priežiūros samprata (apsiribojanti prevencinėmis ir organizacinėmis priemonėmis, skirtomis užtikrinti sveiką gyvenimo, darbo ir laisvalaikio aplinką ir ugdyti asmenis sveikai gyventi) ir šiuolaikinė „naujoji“ visuomenės sveikatos priežiūros samprata (be sanitarinės sampratos išskiriamų priemonių, integruojanti ir asmens sveikatos priežiūros priemones, skirtas užtikrinti ligų prevenciją ir lygias galimybes naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis socialiai remtiniams žmonėms, taip pat aplinkos apsaugos, socialines ir ekonomines priemones), atskleidžiant pastarųjų panašumus ir skirtumus.

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

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

Siekiant nustatyti realų visuomenės sveikatos priežiūros teisiniu reguliavimu įgyvendinamos teisės į sveikatos apsaugą mastą, naudotasi *sociologiniu metodu*: tirta konkrečių visuomenės sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo suformuotų priemonių, valstybės institucijų veikla ir įtaka, asmeniui įgyvendinant savo teisę į sveikatos apsaugą.

Naudojant *abstrakcijos* metodą yra abstrahuojamasi (atitrūkstama) nuo neesminių nagrinėjamo reiškinių – teisės į sveikatos apsaugą ir visuomenės sveikatos priežiūros – savybių, siekiant susikcentruoti ties pagrindiniais jos bruožais. Pasitelkus šį metodą buvo išskirtas visuomenės sveikatos priežiūros ir teisės į sveikatos apsaugą ryšys, jų santykis.

1. Visuomenės sveikatos priežiūra, kaip teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo priemonė

Šiuolaikinėje demokratinėje valstybėje žmogaus, kaip socialinės būtybės, statusas neįsivaizduojamas be jo teisinio statuso, be teisių ir pareigų. Valstybės pareiga – padėti asmeniui veiksmingai pasinaudoti jam suteiktomis teisėmis, esant reikalui jas apginti, taip pat reikalauti ir užtikrinti, kad asmuo vykdytų jas įteisinančias pareigas. Demokratiškėjant visuomenei ir valstybei, daugėjo ir žmogaus teisių: šalia prigimtinių teisių į gyvybę, laisvę, asmens neliečiamybę atsirado ir daugiau socialinių teisių. Viena iš jų yra teisė į sveikatos apsaugą⁵⁴.

Teisė į sveikatos apsaugą priskiriama antrosios kartos socialinėms teisėms. Tačiau dėl to nesumažėja šios teisės reikšmė. Priešingai, jos svarba ir aktualumas šiuo metu mažai kam atrodo abejotini, nes sveikata – viena iš pamatinių vertybių, kurią valstybė, kaip socialinės apsaugos subjektas, turi užtikrinti kiekvienam savo piliečiui. Sveikata daro didelę įtaką asmens, kaip visuomeninės būtybės, egzistavimui – tik būdamas geros sveikatos asmuo įgyvendins kitas savo teises ir atitinkamai galės vykdyti jas legalizuojančias pareigas. Pasak A. Vaišvilos, „jei pažeidžiama žmogaus teisė į sveikatą <...>, tai kartu sumažinamos ir jo biologinės <...> galios naudotis teisėmis vykdant tam tikras pareigas, vadinasi, visavertiškai gyventi visuomenėje“⁵⁵. Šiai nuomonei antrina K. Stoškus teigdamas, kad „sveikata išlaisvina nuo rūpinimosi savo organizmo būsenomis ir sudaro sąlygas kokybiškai gyventi, t. y. įgyvendinti tuos tikslus bei spręsti tuos uždavinius, kuriuos apibrėžia laiko ir vietos kultūra“⁵⁶. Būdamas prastos sveikatos asmuo negali visavertiškai dalyvauti socialiniame bendruomenės gyvenime, politiniame valstybės valdyme, kurti gėrį ir užtikrinti ekonominį stabilumą, plėtoti bendrąją gynybą ir saugumą – taigi negali garantuoti ekonominių, politinių ir socialinių savo teisių⁵⁷. Vadinasi, gera sveikata yra ta sąlyga, kuri leidžia asmeniui būti aktyviu visuomenės nariu, prisiimti pareigas ir naudotis teisėmis. Daugeliu atvejų tai yra būtina sąlyga, lemianti asmens galimybes pasinaudoti įvairiomis tiek pilietinėmis, tiek politinėmis, tiek ir kitomis teisėmis bei laisvėmis. L. O. Gostin atkreipia dėmesį, kad „sveikata yra svarbi kaip džiaugsmas, kūrybiškumas, produktyvumas, kuriuos asmuo gauna iš gyvenimo“⁵⁸.

Kadangi sveikata yra viena iš pamatinių asmens vertybių, be kurios visos kitos praranda esmę, ji tampa svarbi ne tik konkrečiam individui, bet ir bendrai visuomenei⁵⁹. Koks bus bendras visuomenės sveikatos lygis, atitinkama bus ir jos ekonominė, sociali-

⁵⁴ Čelkis, P. Visuomenės sveikatos priežiūra, kaip asmens teisės į sveikatą įgyvendinimo priemonė. *Visuomenės sveikata*, 2010, 1(48):9.

⁵⁵ Vaišvila, A., *supra* note 25.

⁵⁶ Stoškus, K. *Sveikata ir liga* [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-02-23]. <<http://bioetika.sam.lt/index.php?1870889932>>.

⁵⁷ Gostin, L. O., *supra* note 44, p. 7–13.

⁵⁸ *Ibid.*

⁵⁹ Vartojamas terminas „visuomenė“ reiškia du ar daugiau žmonių, plačiau apie šio termino vartojimo specifiką – šio darbo 1.4 dalyje.

nė ir kultūrinė būseną: nesveika visuomenė⁶⁰ negalės tinkamai valdyti valstybės, vystyti pramonės, skirti paramos socialiai remtiniems asmenims ir pan.

Įgyvendindama teisę į sveikatos apsaugą, valstybė vykdo sveikatos priežiūrą, kuri iš esmės skirstoma į dvi nors ir tarpusavyje susijusias, tačiau kartu ir savarankiškas priemones: asmens sveikatos priežiūrą ir visuomenės sveikatos priežiūrą. Kiekvienai iš sveikatos priežiūros sričių keliami jai būdingi tikslai, atitinkamai ir pareigos valstybei. Asmens sveikatos priežiūros pagrindinis tikslas yra užtikrinti, kad būtų suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos asmeniui susirgus (apima pacientų gydymą, slaugą ir reabilitaciją), o visuomenės sveikatos priežiūros – sudaryti sąlygas asmenims gyventi, dirbti ir būti saugioje jų sveikatai aplinkoje, skatinti sveiką gyvenimą. Ir nors visuomenės sveikatos priežiūros samprata bus apibrėžiama šio darbo 1.1 skyriuje tikslinga siekiant aiškumo akcentuoti, kad tai yra valstybės vykdoma funkcija skirta stebėti gyventojų sveikatos būklę, ugdyti asmenis gyventi sveikai, užtikrinti saugią sveikatai aplinką ir kovoti su užkrečiamosiomis ligomis.

Vykdydama visuomenės sveikatos priežiūrą valstybė ne tik turi įgyvendinti tarptautinės teisės dokumentais jai pavestas ir atitinkamai prisiimtas pareigas (funkcijas), bet ir skatinti aktyvų visuomenės narių veikimą. Būtina pabrėžti, kad sveikatos priežiūros srityje nepakanka kurti žmonėms galimybes naudotis savo teisėmis, paliekant asmeniui pačiam rūpintis jų įgyvendinimu. Valstybė, įgyvendindama prisiimtus įsipareigojimus, turi suinteresuoti visuomenės narius siekti kolektyvinės naudos: ligų prevencijos, sveikos aplinkos sukūrimo, galiausia, skatinti kiekvieną individą rūpintis sveika gyvenimu⁶¹ ir atsisakyti sveikatai žalingų įpročių (pavyzdžiui, rūkymo ir pan.).

Šiame darbe nėra siekiama išskirti kurios nors iš sveikatos priežiūros priemonių kaip prioritetingas, juo labiau, kad jos tarpusavyje yra glaudžiai susijusios ir negali būti atskirtos viena nuo kitos⁶². Tačiau atkreiptinas dėmesys, kad visuomenės sveikatos priežiūros, kaip vienos iš sveikatos priežiūros priemonių, išskirtinumą parodo jos prigimtis – siekti, kad visuomenei kuo mažiau reikėtų naudotis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis. Kaip teigia S. Burris, „sveikatos priežiūra“⁶³ skiria dėmesį atskirų asmenų sveikatinimui arba laisvei nuo patologijos, o visuomenės sveikatos priežiūra koncentruojasi ties visos visuomenės, kaip visumos, optimalios sveikatos skatinimu⁶⁴. Todėl valstybei tinkamai ir laiku įgyvendinant prevencines priemones, užtikrinant saugią gyvenamąją ir darbo bei laisvalaikio aplinkas bus sudarytos prielaidos tinkamai žmogaus sveikatai, atitinkamai realizuota valstybės pareiga užtikrinti efektyvų teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimą.

Šioje darbo dalyje bus apibrėžiama visuomenės sveikatos priežiūra, išskiriami jai keliami tikslai ir aptariamoms srityms, kuriomis tikslai įgyvendinami. Taip pat šioje darbo

⁶⁰ Pavyzdžiui, kai vyraus didelis sergamumas, negalios lygis tam tikroje žmonių grupėje.

⁶¹ Nesveika gyvenimas apibūdinama kaip: rūkymas, nesaikingas alkoholinių gėrimų vartojimas, netinkama mityba, nepakankamas fizinis aktyvumas, kas didina lėtinių neinfekcinių ligų atsiradimo riziką. Grabauskas, V., et al. *Suaugusiųjų Lietuvos žmonių gyvenimo tyrimas*. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2003, p. 3.

⁶² Apie tai bus kalbama šios darbo 1.1.4 poskyryje.

⁶³ Turima omenyje asmens sveikatos priežiūra.

⁶⁴ Burris, S. The Invisibility of Public Health: Population-Level Measures in a Politics of Market Individualism. *American journal of public health*. 1997, 87:1607.

dalyje bus atskleidžiama teisės į sveikatos apsaugą samprata, tai leis apibrėžti pastarosios turinį, kuris lems sveikatos priežiūros teisinio reglamentavimo apimtį. Nežinant teisės į sveikatos apsaugą turinio, t. y., kokios pareigos kyla valstybei siekiant tinkamai įgyvendinti šią teisę, kokia yra valstybės atsakomybė už teisės įgyvendinimą (t. y., ar valstybė turi užtikrinti absoliučią teisę į sveikatą, ar egzistuoja tam tikros ribos, kurios priklauso nuo paties asmens), negalima iš valstybės reikalauti vykdyti konkrečias funkcijas sveikatos priežiūros srityje, kuriomis būtų užtikrinta ši teisė, taip pat asmuo negalės tinkamai naudotis šia teise. Atitinkamai aiškios pareigos, kurios glūdi teisėje į sveikatos apsaugą, lems ir visuomenės sveikatos priežiūros, kaip sveikatos priežiūros srities, apimtį – bus aiškiai nustatyta, kokia yra valstybės atsakomybės sritis, ką pastaroji privalo padaryti, kad asmenys gyventų, dirbtų ir būtų saugioje jų sveikatai aplinkoje.

1.1. Visuomenės sveikatos priežiūros samprata

Visuomenės sveikatos priežiūrai, kaip vienai iš sveikatos priežiūros priemonių, palyginti su asmens sveikatos priežiūra, valstybė skiria mažai dėmesio ir ši sritis visuomenei nėra gerai žinoma. Tai atskleidžia tokie pastebėjimai, kad jei visuomenėje yra diskutuojama apie sveikatos apsaugą, jos reformas, dažniausiai turima omenyje asmens sveikatos priežiūra – pacientai ir jų teisės, gydymo įstaigos, pastarųjų pajėgumai ir galimybės⁶⁵. Beje, Sveikatos sistemos įstatymo 4 straipsnyje visi išskiriami sveikatinimo veiklos tikslai yra visuomenės sveikatos priežiūros „prigimties“ – tiek ir siekis mažinti atskirų visuomenės socialinių ir profesinių grupių atsilikimą nuo kitų visuomenės grupių pagal sveikatos būklės rodiklius, tiek ir siekiai saugoti gyventojus nuo ligų, išvengiamos mirties ir neįgalumo, ilginti gyvenimo be ligų ir traumų laiką bei gerinti gyvenimo kokybę.

Visuomenės sveikatos priežiūra, kaip prevencinė priemonė, yra labai svarbus elementas siekiant mažinti sergamumą ir mirtingumą, o tai turi tiesioginę įtaką asmens sveikatos priežiūrai. Asmuo, kurio gyvenimo būdas, įpročiai nekenkia sveikatai, turi daugiau galimybių nesirgti, netapti pacientu, t. y. asmens sveikatos priežiūros „klientu“. Pasak R. Roemer, visuomenės sveikatos priežiūra, skirtingai nuo klinikinės medicinos (asmens sveikatos priežiūros), susijusios su individualais, yra lemiamas tiek sveikatos politikos, tiek sveikatos teisėkūros faktorius⁶⁶. Pasak L. O. Gostin⁶⁷, sanitarija⁶⁸ pakeitė visuomenės mąstymą apie sveikatą, sergamumas tapo neturtingų socialinių ir aplinkos sąlygų, taip pat ir neturtingų moralinių ir dvasinių savybių vertinimo indikatoriumi.

⁶⁵ Steponavičienė, G. Sveikatos apsaugos reforma turi paisyti ekonomikos dėsnių [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-03-28]. < http://www.lrinka.lt/index.php?act=main&item_id=3309>; Sveikatos apsaugos reforma truks trejus metus [Interaktyvus]. [žiūrėta 2011-03-22]. < <http://www.lrytas.lt/-12466176191246093123-sveikatos-apsaugos-reforma-truks-trejus-metus-video.htm>>; Rapolevičiūtė, A. Sveikatos priežiūros reforma: visuomenės lūkesčiai, vykdytojų ir ekspertų vertinimai. *Lietuvos medicinos kronika*, 2006, 07-08(130-131):4.

⁶⁶ Roemer, R. Health legislation as a tool for public health and health policy. *International Digest of Health Legislation*, 1998, 49(1):89-100.

⁶⁷ Gostin, L. O., *supra* note 44, p. 4.

⁶⁸ Terminas „sanitarija“ vartojamas kaip sinonimas visuomenės sveikatos priežiūrai, nors, kaip matysime vėliau, jis atspindi dvi visuomenės sveikatos priežiūros tendencijas: senąją, kuri yra paremta sanitarine kontrole, ir moderniąją, kurioje daugiau dėmesio skiriama sveikatos stiprinimui.

Atkreiptinas dėmesys, kad visuomenės sveikatos priežiūros politikos formavimas Lietuvos Respublikai esant Europos Sąjungos nare išlieka „nacionaliniu interesu“, už kurios įgyvendinimo kryptis atsakinga pati valstybė⁶⁹. Kaip atkreipė dėmesį Teisingumo Teismas, „reikia atsižvelgti į tai, kad žmonių sveikata ir gyvybė tarp Sutartimi⁷⁰ saugomų interesų užima svarbiausią vietą ir kad būtent valstybės narės turi nuspręsti, kokio lygio visuomenės sveikatos apsaugą jos ketina suteikti ir kaip šį lygį pasiekti. Kadangi šis lygis įvairiose valstybėse narėse gali skirtis, valstybėms narėms turi būti suteikta diskrecija“⁷¹.

Visuomenės sveikatos⁷² istorija, kaip nurodo T. Tulchinsky ir E. Varavikova, yra „tiesiogiai susijusi su mąstymo apie sveikatą raida. Jau senovės visuomenės vienaip ar kitaip suvokdavo ryšį tarp sanitarinių sąlygų ir sveikatos, asmens higienos bei mitybos. Vystantis ligų pažinimui palaipsniui atsirado sprendimai, kaip kontroliuoti jų plitimą, kaip antai, raupsuotųjų izoliacija, laivų karantinas ir viešųjų pirčių uždarymas. XX a. imunologija, mikrobiologija, farmakologija, toksikologija ir epidemiologija suteikė svarius įrankius ir leido pasiekti apčiuopiamus rezultatus gerinant gyventojų sveikatos būklę. Jungtinių Tautų ir Pasaulio sveikatos organizacijos steigėjų pripažinta visų teisė į sveikatos apsaugą suteikė papildomą universalumo elementą visuomenės sveikatos priežiūros misijai. Tai išryškino, kad svarbiausia yra prevencija ir pirminė priežiūra, kuri tapo gyvybiškai svarbiu klausimu dėl išteklių konkurencijos tarp visuomenės sveikatos priežiūros ir į ligonines orientuotos sveikatos priežiūros“⁷³.

Visuomenės sveikatos priežiūra mokslinėje literatūroje apibrėžiama įvairiai. Lietuvos mokslinėje literatūroje dažniausias C. E. A. Winslow pateikiamas visuomenės sveikatos apibrėžimas: „visuomenės sveikata yra mokslas ir menas organizuotomis visuomenės pastangomis išvengti ligų, pailginti gyvenimą bei sustiprinti fizinę ir psichinę sveikatą, rūpinantis aplinkos sauga, kontroliuojant infekcines ligas, mokant individualios higienos, organizuojant medicinos bei slaugos tarnybas, anksti diagnozuojant ir gydant ligas, plečiant, tobulinant socialines tarnybas, garantuojančias, kad kiekvieno individo gyvenimo standartai sudarytų jam galimybes palaikyti sveikatą, taigi suteiktų teisę į sveikatą ir ilgą gyvenimą“⁷⁴.

J. A. Tobey akcentuoja visuomenės sveikatos priežiūros išskirtinumą pabrėždamas, kad „visuomenės sveikata nėra medicinos šaka, bet mokslas savaime, kuriam vis dėlto prevencinė medicina yra svarbus pagalbininkas“⁷⁵.

Visuomenės sveikatos priežiūros apibrėžimą galime rasti ir PSO dokumentuose, kur pastaroji yra apibrėžiama kaip: „organizuotomis visuomenės jėgomis pagrįsta ligų

⁶⁹ Tačiau Europos Sąjunga, vadovaudamasi Sutartimi dėl Europos Sąjungos veikimo (168 straipsnis), savo veikla papildo valstybių narių politiką, kuria siekiama gerinti visuomenės sveikatą, užkirsti kelią žmonių negalavimams ir ligoms bei pašalinti pavojus fizinėi ir psichinei sveikatai. Plačiau apie tai šio darbo 1.2.3 skyriuje.

⁷⁰ Turima omenyje Sutartis dėl Europos Sąjungos veikimo.

⁷¹ Cases C-570/07 & C-571/07, José Manuel Blanco Pérez, María del Pilar Chao Gómez v. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios (C-570/07), Principado de Asturias (C-571/07) [2007] ECR I-6325.

⁷² Terminas „visuomenės sveikata“ yra vartojamas užsienio šalių literatūroje (*angl.* public health), jo atitikmuo lietuvių kalba dažniausiai yra „visuomenės sveikatos priežiūra“.

⁷³ Tulchinsky, T. H., Varavikova, E. A., *supra* note 46, p. 46–47.

⁷⁴ Kalėdienė, R., Petrauskienė, J., Rimpelā, A., *supra* note 19, p. 27.

⁷⁵ Tobey, J. A., *supra* note 48, p. 749.

prevencija, visuomenės narių gyvenimo pailginimas ir sveikatos stiprinimas, pasižymintis labiau visuomenine nei asmenine iniciatyva ir grindžiamas organizuotais vietiniais, regioniniais, nacionaliniais ir tarptautiniais ištekliais, siekiant užtikrinti sąlygas, kuriomis žmonės gali būti sveiki⁷⁶.

Šiuolaikinėje mokslinėje literatūroje aptinkama ir naujosios visuomenės sveikatos priežiūros (angl. *the new public health*) samprata. D. J. Ncayiyana teigia, kad „naujoji visuomenės sveikatos priežiūra yra ne tiek sąvoka, kiek filosofija, kuri siekia išplėsti senosios (aut. pastaba – higieninės) visuomenės sveikatos priežiūros sampratą taip, kad, pavyzdžiui, ji apimtų ir asmens sveikatą susiedama ją su gyventojų sveikata, ir siekia spręsti tokias šiuolaikines sveikatos problemas, kurios yra susijusios su lygiomis galimybėmis naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis, aplinkos apsauga, politiniu valdymu ir socialine bei ekonomine plėtra. Ji siekia užtikrinti, kad sveikata būtų saugoma valstybės politika. Svarbiausia, kad naujoji visuomenės sveikatos priežiūra yra susijusi su veiksmis. Ji nustato planą, kaip spręsti daugelį opiausių mūsų laikų problemų, ir siūlo šių problemų sprendimo strategijas⁷⁷. T. Tulchinsky ir E. A. Varavikova taip pat apibrėžia naująją visuomenės sveikatos priežiūrą kaip „visapusišką požiūrį į asmens ir visuomenės sveikatos būklės apsaugą ir jos skatinimą, pagrįstą higienos, aplinkos apsaugos, sveikatos skatinimo derinimu, asmeninėmis ir bendruomenei skirtomis prevencinėmis paslaugomis, suderintomis su įvairiomis gydomosiomis, reabilitacijos ir ilgalaikės priežiūros paslaugomis⁷⁸. Kaip matyti, „naujoji visuomenės sveikatos priežiūra“ išplečia pačios visuomenės sveikatos priežiūros sritis ir apima jau ne tik prevencines ir organizacines priemones, kuriomis siekiama visos visuomenės sveikatos būklės gerinimo, bet į ją integruojamos ir asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kiek jos padeda užtikrinti ligų prevenciją ir yra būtinos socialiai remtiniems asmenims, taip pat apima ir valstybės politiką kitose nei sveikatos priežiūra srityse, tokiose kaip aplinkos apsauga, socialinė apsauga, kurios taip pat turi įtakos visuomenės sveikatai.

Tačiau vis dar gajį yra ir „sanitarinė“ visuomenės sveikatos priežiūros samprata. Štai A. Baubinas teigia, kad užsienyje plačiai vartojami terminai „visuomenės sveikata“, „aplinkos medicina“ ir kt. iš esmės yra higiena, kuri, pasak autoriaus, apibrėžiama kaip: „medicinos mokslo šaka, tirianti įvairių veiksmų įtaką žmogaus organizmui, nurodanti būdus ir priemones, kaip išvengti ligų, sudaryti optimalias sąlygas žmonių veiklai, prailginti jų darbingą amžių. Tuo pačiu patikslinant, kad higiena yra profilaktinė medicina, formuojanti valstybės gyventojų sveikatos politiką, strategiją ir taktiką, paruošianti ir per atitinkamas valstybės struktūras įgyvendinanti visuomenės sveikatos priemones⁷⁹. R. Kalėdienė, R. Petrauskienė, A. Rimpelė pabrėžia, kad visuomenės sveikatos samprata yra labai plati: „visuomenės sveikata gali būti apibrėžiama kaip daugelį visuomenės gyvenimo sričių apimanti sveikatos gerinimo veikla⁸⁰. Nors toks teiginys ir atskleidžia visuomenės sveikatos priežiūros esmę, parodydamas, kokia tai plati sritis, tačiau iš es-

⁷⁶ Allin, S., et al. *Making decisions on public health: a review of eight countries*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies [interaktyvus]. [Žiūrėta 2009 10 30]. <<http://www.euro.who.int/document/e84884.pdf>>.

⁷⁷ Ncayiyana, D., et al., *supra* note 50.

⁷⁸ Tulchinsky, T. H., Varavikova, E.A., *supra* note 46, p. 109.

⁷⁹ Ašmenskas, J., et al., *supra* note 47, p. 6.

⁸⁰ Kalėdienė, R., Petrauskienė, J., Rimpelė, A., *supra* note 19, p. 27.

mės yra ydingas, nes esant neapibrėžtumui neaiškios tampa veiklos sritys ir priemonės, atitinkamai pati visuomenės sveikatos priežiūra praranda savo esmę.

Sveikatos sistemos įstatymo 2 straipsnio 7 dalyje taip pat pateikiamas visuomenės sveikatos priežiūros apibrėžimas, kur pastaroji apibūdinama kaip: „organizacinių, teisinių, ekonominių, techninių, socialinių bei medicinos priemonių, padedančių įgyvendinti ligų ir traumų profilaktiką, išsaugoti visuomenės sveikatą bei ją stiprinti, visuma.“ Analizuojant šį visuomenės sveikatos priežiūros apibrėžimą darytina išvada, kad:

1) visuomenės sveikatos priežiūros tikslas yra ligų ir traumų profilaktika, siekiant išsaugoti ir stiprinti pačios visuomenės sveikatą (gyventojų visapusę dvasinę, fizinę ir socialinę gerovę⁸¹);

2) visuomenės sveikatos priežiūra yra prevencinė veikla, nukreipta į minėto tikslo siekimą. Tai patvirtina ir Sveikatos sistemos įstatymo 31 straipsnis, kuris nustato, kad visuomenės sveikatos priežiūra yra siekiama „užkirsti kelią ligoms ir traumoms, sumažinti sergamumą.“ Visuomenės sveikatos priežiūra turi daug įtakos ir sveikos aplinkos kūrimui – tiek projektuojant statinius, tiek juos statant, įrengiant aplink taršos objektus sanitarines apsaugos zonas arba išduodant privalomus leidimus vykdyti tam tikrą ūkinę veiklą. Visoms minėtoms veikloms yra keliami atitinkami visuomenės sveikatos saugos norminiuose teisės aktuose nustatyti reikalavimai. Galiausiai visuomenės sveikatos priežiūra rūpinasi užkrečiamųjų ligų profilaktika ir kontrole, dėl ko sudaromos sąlygos neišplisti užkrečiamosioms ligoms, o joms išplitus – pastarąsias suvaldyti;

3) visuomenės sveikatos priežiūros tikslo yra siekiama šiomis priemonėmis: organizacinėmis, teisinėmis, ekonominėmis, techninėmis, socialinėmis bei medicininėmis. Šios priemonės įstatyme nėra detalios apibrėžiamos, todėl manytina, kad jos galėtų būti apibūdintos taip:

- a) organizacinės – apima sistemos organizavimą siekiant užtikrinti efektyvią visuomenės sveikatos priežiūrą, nevyriausybinių organizacijų įtraukimą ir efektyvų visų sektorių (įskaitant, bet neapsiribojant aplinkosauga, socialine asmenų apsauga) bendradarbiavimą siekiant geriausios visos visuomenės sveikatos;
- b) teisinės – apima teisinį reguliavimą, kuris daro įtaką visuomeniniams santykiams, susijusiems su asmenų sveikata – tai ir ūkinės veiklos teisinis reguliavimas, ir teisinės administracinės priemonės, taikomos asmenims, kurių veikla nusizėngia teisės aktų reikalavimams;
- c) ekonominės – apima mokesčių mažinimą sveikatą palaikančioms veikloms bei sveikatai neigiamą įtaką darančių paslaugų bei produktų, kaip tabako ir alkoholio, papildomą apmokestinimą;
- c) techninės – apima procesus nuo žemės sklypų projektavimo iki statybų procesų, reikalavimus, keliamus darbo vietai, įvairiems gamybos procesams ir kt. juos projektuojant ir išdėstant taip, kad konkreti veikla tam tikroje vietoje nekenktų konkrečių gyventojų sveikatai;
- d) socialinės – apima ne tik vietos bendruomenių ir kitais pagrindais suburtų bendruomenių (pavyzdžiui, sveikos gyvensenos ar aplinkosaugos propaguotojų) aktyvų skatinimą dalyvauti sveikatinimo veikloje, bet ir, pavyzdžiui, kaime

⁸¹ Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas. *Valstybės žinios*, 2002, Nr. 56-2225 (2 straipsnio 1 dalis).

gyvenančių nėščiųjų ir vaikus maitinančių motinų vartojamo šachtinių šulinių vandens tyrimus, siekiant užtikrinti, kad kūdikiai neapsinuodytų geriamuoju vandeniu, turinčio nitritų ar nitratų. Minėtos priemonės taip pat apima ir bendras valstybės socialinės politikos priemones: nedarbo, skurdo mažinimą, kas taip pat turi įtakos asmens ir bendrai visuomenės sveikatos būklei;

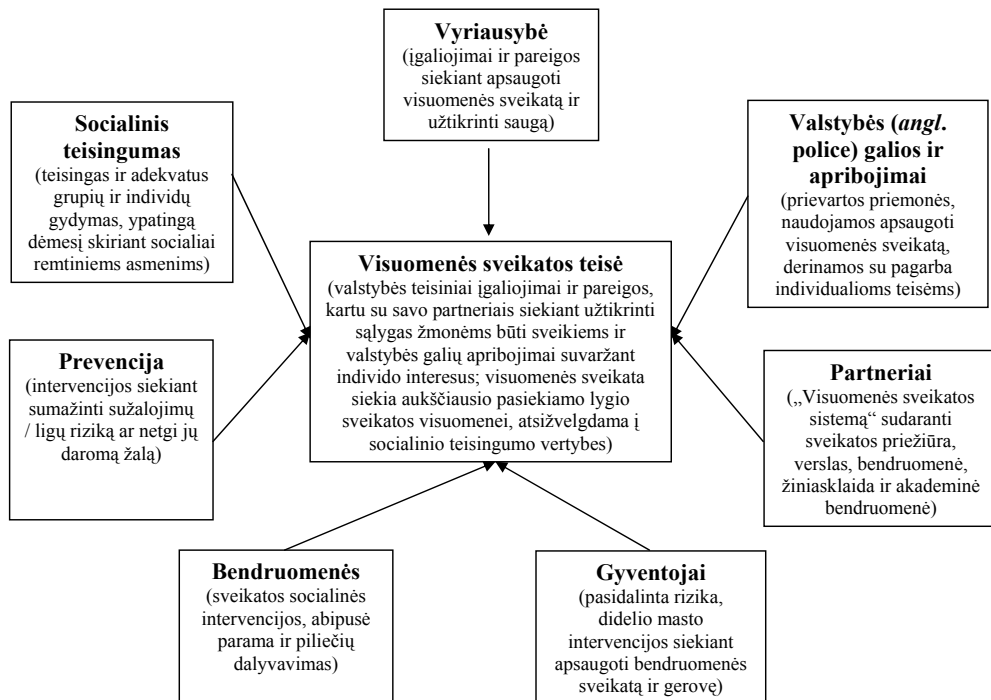
- e) medicininės – apima tiek profilaktinius sveikatos patikrinimus, tiek įvairias profilaktines priemones, pavyzdžiui, vėžio diagnostiką, skiepimą nuo pagrindinių užkrečiamųjų ligų ir kt.

Iš L. O. Gostin pateikiamo visuomenės sveikatos priežiūros teisės apibrėžimo taip pat tampa aiški visuomenės sveikatos priežiūros apimtis ir samprata. Anot profesoriaus, visuomenės sveikatos priežiūros teisė apibrėžiama kaip: „mokslas apie valstybės teisinius įgaliojimus ir pareigas, bendradarbiaujant su partneriais (pavyzdžiui, asmens sveikatos priežiūra, verslu, bendruomene, žiniasklaida, mokslo įstaigomis) siekiant užtikrinti žmonėms sąlygas būti sveikais (nustatyti, užkirsti kelią ir pašalinti riziką visuomenės sveikatai), ir apribojimus valstybės galioms suvaržant autonomiškumą, privatumą, laisvę, nuosavybę ir kitus teisiškai saugomus individo interesus siekiant bendros visuomenės gerovės“⁸². Minėtas autorius visuomenės sveikatos priežiūros teisės, o kartu ir pačios visuomenės sveikatos priežiūros esmę atskleidžia per schemą (1 paveikslėlis).

1 paveikslėlis

Visuomenės sveikatos teisė: apibrėžimas ir esminės vertybės.

Šaltinis: L. O. Gostin, 2008



⁸² Gostin, L. O., *supra* note 44, p. 4.

Kaip nurodo D. P. Fidler, iš L. O. Gostin pateikiamo apibrėžimo galima išskirti penkis esminius visuomenės sveikatos priežiūros teisės bruožus: specialiąją valstybės atsakomybę visuomenės sveikatos priežiūros srityje; pagrindinio dėmesio skyrimą visuomenės sveikatai; santykių tarp valstybės ir visuomenės ir tarp valstybės ir asmenų, kurie kelia riziką visuomenės sveikatai, reguliavimą; valstybės vykdomą pagrindinių visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų priežiūrą; valstybės galias daryti įtaką asmenims ir verslui siekiant apsaugoti visuomenės sveikatą⁸³.

Ir galiausiai, kaip nurodo E. Parmet ir A. Robbins⁸⁴, visuomenės sveikata mus moko, kad asmenų sveikata ir gerovė visuomenės lygiu yra veikiamos jėgų, kurių patys asmenys nepajėgūs kontroliuoti. Todėl rizika sveikatai ar sveikatos problemos, kurias šios jėgos sukuria, turi didelę įtaką ne tik individų gyvybėms, bet ir visuomenės būklei.

Apibendrinant galima teigti, kad visuomenės sveikatos priežiūra yra valstybės vykdoma funkcija (įtraukiant ir pačią visuomenę, asmenis), kurios tikslas – pailginti visuomenės narių gyvenimą ir sustiprinti jų sveikatą, pasižyminti organizuotomis prevencinėmis priemonėmis, nukreiptomis į gyventojų sveikatos būklės stebėjimą, ugdymą gyventi sveikai, sveikos aplinkos sukūrimą ir kovą su užkrečiamosiomis ligomis ir traumomis.

Manytina, kad pateikiamas apibrėžimas pirmiausia akcentuoja tai, kad visuomenės sveikatos priežiūra, kaip teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo priemonė, yra pirmiausia valstybės atsakomybė, tačiau tuo pačiu atkreiptinas dėmesys į tai, kad ją sudaro prevencinių organizuotų, o ne individualių – pavienių asmenų atliekamų – priemonių visuma. Vykdydama visuomenės sveikatos priežiūrą, kaip minėta, valstybė turi siekti palenkti visuomenę tiek tiesiogiai, tiek ir per jos organizuotas grupes – bendruomenę, siekti bendro tikslo – pailginti gyvenimo trukmę atitinkamai sustiprinant sveikatą. Tuo pačiu apibrėžime pabrėžiama, kad pagrindinės visuomenės sveikatos priežiūros priemonės turi būti skirtos pirmiausia stebėti gyventojų sveikatos būklę, ugdyti visuomenę gyventi sveikatai ir kurti tam palankią aplinką, kovoti su užkrečiamosiomis ligomis, kas leis užkirsti kelią ligų ir traumų plitimui bei sudarys sąlygas žmonėms gyventi sveikai bei atitiks teisės į sveikatos apsaugą turinyje glūdinčius įpareigojimus valstybei.

Atkreiptinas dėmesys, kad iš C. E. A. Winslow pateikto visuomenės sveikatos apibrėžimo matyti, kad visuomenės sveikatos priežiūra yra orientuojama į tris pagrindinius tikslus: t. y. siekia, kad būtų: išvengta ligų; pailgintas gyvenimas; sustiprinta fizinė ir psichinė sveikata.

JAV mokslininkų parengtame Pavyzdiniame valstybės visuomenės sveikatos akte⁸⁵ (angl. *Model State Public Health Act*) visuomenės sveikatos priežiūros misija yra apibrėžiama kaip: valstybės politika, kad visuomenės sveikata būtų saugoma ir skatinama kiek įmanoma per visuomenės sveikatos sistemą gerbiant asmens teises į orumą, informacijos apie sveikatą privatumą, nediskriminavimą dėl proceso ir kitus teisiškai saugomus interesus. Valstybės ir vietos visuomenės sveikatos agentūrų misija yra: vadovauti, apsaugoti ir skatinti visuomenės sveikatą užtikrinant sąlygas, kuriomis žmonės gali būti sveiki; teikti ar užtikrinti esminių visuomenės sveikatos paslaugų teikimą ir funkcijų

⁸³ Fidler, F. P. A globalized theory of public health law. *The journal of law, medicine & ethics*. 2002, 30:151.

⁸⁴ Parmet, E., Robbins, A. Public health literacy for lawyers. *The journal of law, medicine & ethics*. 2003, 31(4):702.

⁸⁵ Hodge, J.G., et al. Transforming public health law: The Turning Point Model State Public Health Act. *The journal of Law, Medicine, and Ethics* 2006 ; 34(1):77-84.

įgyvendinimą; remti bendradarbiavimą tarp viešojo ir privataus sektoriaus partnerių visuomenės sveikatos srityje; ieškoti tinkamo finansavimo ir kitų šaltinių, užtikrinančių esminių visuomenės sveikatos paslaugų teikimą.

T. Tulchinsky ir E. Varavikova⁸⁶ nurodo, kad visuomenės sveikatos priežiūros, kaip ir asmens sveikatos priežiūros, tikslas yra geresnės individo ir visuomenės sveikatos siekimas, o L. O. Gostin⁸⁷ teigia, kad pagrindinis visuomenės sveikatos priežiūros uždavinys yra siekti aukščiausio pasiekiamo lygio fizinės ir psichinės visuomenės sveikatos, atsižvelgiant į socialinio teisingumo vertybes.

Pagrindiniai šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorijos ir praktikos tikslai, pagal PSO suformuluotą strategiją „Sveikata XXI amžiuje“, yra šie⁸⁸: valstybės vaidmuo saugant ir stiprinant žmonių sveikatą; dėmesys visai populiacijai; ligų profilaktika, ypač visuomeninė strategija, plečiant pirminę sveikatos priežiūrą; dėmesys pagrindiniams socialiniams, ekonominiams ir kitiems sveikatą veikiantiems veiksniams; daugelio disciplinų ryšys, apimantis kiekybinius ir kokybinius tyrimo ir vertinimo metodus; partnerystė su bendruomene.

Jungtinių Amerikos Valstijų Visuomenės sveikatos asociacija⁸⁹ išskyrė tokią visuomenės sveikatos priežiūros atsakomybę ir misiją: užkirsti kelią epidemijoms ir apsaugoti nuo ligų plitimo; apsaugoti nuo aplinkos pavojų; apsaugoti nuo traumų; remti ir skatinti sveiką elgseną; reaguoti į nelaimes, darančias įtaką asmenų sveikatai, ir padėti žmonėms atkurti sveikatą; užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą.

Apibendrinant galima teigti, kad visuomenės sveikatos priežiūra yra siekiama užtikrinti sąlygas, kuriomis žmonės gali būti sveiki, užkirsti kelią epidemijoms ir apsaugoti nuo ligų plitimo, apsaugoti nuo aplinkos pavojų ir traumų, teikti ar užtikrinti esminių visuomenės sveikatos paslaugų teikimą, remti bendradarbiavimą tarp viešojo ir privataus sektoriaus partnerių visuomenės sveikatos srityje, remti ir skatinti sveiką elgseną.

1.2. Teisės į sveikatos apsaugą samprata ir turinys

Kaip buvo minėta šios dalies įžangoje, teisė į sveikatos apsaugą yra socialinė teisė ir jos tinkamas įgyvendinimas yra svarbi sąlyga, kuri leidžia asmeniui būti aktyviu visuomenės nariu, prisiimti pareigas ir naudotis teisėmis. Visuomenės sveikatos priežiūros sampratos analizė leido atskleisti jos tikslus. Siekiant išsamiai apibrėžti visuomenės sveikatos priežiūrą, būtina išnagrinėti teisę į sveikatos apsaugą, atskleisti jos turinį. Tai padės aiškiai nustatyti visuomenės sveikatos priežiūros vietą sveikatos priežiūros sistemoje.

Žmogaus teisių institutui daro įtaką ne tik nacionalinės teisės sistemos raida, valstybės konstituciniai politiniai procesai, bet ir tarptautinis žmogaus teisių reglamentavimas. Dabartinėje teisės doktrinoje dominuoja nuostata, kad žmogaus teisės negali būti traktuojamos siauru nacionaliniu aspektu, jos yra universalios ne tik jas deklaruojant, bet ir taikant⁹⁰.

⁸⁶ Tulchinsky, T. H., Varavikova, E. A., *supra* note 46, p. 108.

⁸⁷ Gostin L. O., *supra* note 44, p. 4.

⁸⁸ *Sveikata 21: pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione* (vertimas iš anglų kalbos). Vilnius: Era, 1998, p. 223.

⁸⁹ Purpose and practise of Public health. Ten essential services. American Association of Public Health essential public health services work group [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-01-12] <<http://www.nnpd.org/content/downloads/Ten-Essential-Public-Health-Services.pdf>>.

⁹⁰ Birmontienė, T., et al. *Lietuvos konstitucinė teisė: Vadovėlis*. Vilnius: Lietuvos teisės universiteto Leidybos centras, 2001, p. 278.

Tuo tarpu kaip pabrėžia V. Vadapalas, „šiuolaikinėje tarptautinėje teisėje individo padėtis iš esmės pasikeitė. Dabar tarptautinė teisė jau tiesiogiai įtvirtina tam tikras individo teises, laisves ir pareigas. Pirmiausia tai pasakytina apie žmogaus teises, kurios įtvirtintos pirmiausia tarptautinės teisės aktuose. <...> Kartu pabrėžtina, kad nereikia pervertinti tarptautinės teisės galimybių tiesiogiai reguliuoti individo teises ir pareigas. Didžiausia individo teisių ir pareigų dalis yra ir bus reguliuojama vidaus teisės normomis ir užtikrinama pasitelkus valstybės institucijas, o tarptautinės priemonės, matyt, ir toliau liks subsidiarios (papildomos), t. y. veikiančios ten, kur valstybės mechanizmas neveikia arba negali veikti“⁹¹.

Teisė į sveikatos apsaugą tarptautiniu mastu įtvirtinta ne viename tarptautiniame dokumente: Tarptautinių ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakte, Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencijoje, Europos socialinėje chartijoje ir kt. Šie teisės aktai tiesiogiai nustato ir įtvirtina teisę į sveikatos apsaugą, apibrėžia minimalias priemones, kurias turi įgyvendinti jas ratifikavusios valstybės. Teisės į sveikatos apsaugą svarba grindžiama ir Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo jurisprudencijoje, kuomet šis teismas aiškindamas Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies nuostatas konstatavo, kad žmogaus ir visuomenės sveikata yra viena svarbiausių visuomenės vertybių, žmonių sveikatos apsauga yra konstituciškai svarbus tikslas, viešasis interesas, o rūpinimasis žmonių sveikata traktuotinas kaip valstybės funkcija.

Anot T. Birmontienės, „sveikatos priežiūros reglamentavimas yra kompleksinis, apimantis plačią sveikatos teisės sritį. Pagrindinis akcentas – teisė į sveikatos apsaugą turi būti nagrinėjama atsižvelgiant į socialinių vertybių perspektyvas ir kaip fundamentali asmens teisė“⁹². Autorė teigia, kad „teisė į sveikatos apsaugą yra viena iš pagrindinių socialinių teisių, ir tam tikro (pagrindinio) sveikatos priežiūros lygio užtikrinimas taip pat galėtų būti įtrauktas prie minimalių socialinių konstitucinių teisių, tokių kaip teisė į minimalų pragyvenimo lygį, pagrindinį būstą (apgyvendinimą), į mokyklinį švietimą ir profesinį mokymą“⁹³.

Kaip pabrėžia H. Roscam Abbing, „pagrindinės socialinės teisės <...> reiškia teises, kurios suteikiamos kiekvienam piliečiui ir jis gali naudotis jomis tik santykiuose su kitais žmonėmis kaip grupės narys ir kurios gali būti efektyvios tik tuomet, jei valstybės imasi veiksmų apsaugoti asmens aplinką. Socialinės teisės yra būtinos šalia pilietinių teisių ir laisvių, jomis negali būti naudojamosi be minimalios socialinės apsaugos. Skirtingai nuo pilietinių teisių ir laisvių, jomis nėra pasiekta laisvė nuo valstybės, o laisvė su valstybės pagalba. Tai yra pagrindinių teisių įteisinimo forma“⁹⁴.

Tuo pačiu svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad asmens fundamentali teisė į sveikatos apsaugą realiai suvokiama tik šalia kitų pagrindinių teisių, tiek priklausančių socialinių teisių kategorijai, pavyzdžiui, teisė į socialinį saugumą, tiek klasikinių teisių kategorijai – asmenų lygiateisiškumas ir neliečiamumas⁹⁵. Pasak K. Miliauskaitės⁹⁶, iš R. Howard-Has-

⁹¹ Vadapalas, V. *Tarptautinė teisė*. Vilnius: Eugrimas, 2006. p. 262.

⁹² Birmontienė, T., *supra* note 34, p. 86.

⁹³ Birmontienė, T., *supra* note 33, p. 324.

⁹⁴ Roscam Abbing, H. D. C. The Right to Care for Health: The Contribution of the European Social Charter, *supra* note 41, p. 185.

⁹⁵ Plačiau apie tai: Molinari, P. A., *supra* note 16, p. 41-60.

⁹⁶ Miliauskaitė, K. *Žmogaus teisių sistema civilizacijų sambūryje*. Daktaro disertacija. Socialiniai mokslai (teisė). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2004, p. 97.

smann ir J. Donnelly⁹⁷ sudaryto teisių sąrašo matyti, kad politinės ir pilietinės teisės yra glaudžiai susijusios su socialinėmis, ekonominėmis ir kultūrinėmis teisėmis: apsigynimo teise (*habeas corpus*, teise į nepriklausomą teismą, teisėją), įgalinimo teise (teise į mokslą, laisvą spaudą ir asociacijų laisvę), narystės teise (teise į šeimą, diskriminacijos draudimu), išgyvenimo teise (teise į gyvybę, teise į maistą ir teise į sveikatos apsaugą)⁹⁸.

Atsižvelgiant į tai, tikslinga teisę į sveikatos apsaugą pradėti analizuoti nuo sveikatos sampratos apibrėžimo, apžvelgus teisės į sveikatos apsaugą raidą išnagrinėti pastarosios turinį, atitinkamai atskleidžiant ir šios teisės reliatyvumą. Taip pat svarbu yra atskleisti teisės į sveikatos apsaugą santykį su kitomis asmens teisėmis, kurio analizė padės geriau suvokti šios teisės vietą bendroje žmogaus teisių sistemoje.

1.2.1. Sveikatos koncepcija

Siekiant išanalizuoti teisę į sveikatos apsaugą, svarbu yra atskleisti sveikatos sampratą.

Aristotelis III amžiuje pr. Kr. teigė, kad kūno ir sielos sveikata yra tokie svarbūs geram gyvenimui, kad, jei mes tikime, kad žmonės turi asmenines teises kaip gyvos būtybės, tada privalome pripažinti ir tai, kad jie turi visišką moralinę teisę į tokią gerą sveikatos būklę kaip visa visuomenė ir kokią tik visuomenė gali jiems suteikti⁹⁹.

Kaip pabrėžia K. Stoškus, „Hipokrato mokykla yra palikusi bene pirmąjį teorinį sveikatos ir ligos aiškinimą. Sekdama miletiečių filosofine tradicija, ji žmogaus sveikatą kildino iš tam tikrų pradmenų tinkamo susiderinimo: vieni – (panašiai kaip ir filosofai) iš ugnies ir vandens, kiti – iš kraujo, flegmos ir tulžies. Kai tie elementai proporcingai suderinti pagal savo kiekį, poveikį ir mišrumą, žmogus yra sveikas; kai ta darna sutrinka, žmogus susergera, o galų gale (jei ta darna neatstatoma) numiršta“¹⁰⁰. Pasak autoriaus, „nuo antikos laikų sveikatos būklė buvo siejama su trimis skirtingais dalykais: 1) individo rūšine prigimtimi ir individualia tektimi, 2) gyvenimo sąlygomis, 3) pasirinktu gyvenimo būdu. Ši nuovoka neprarado reikšmės iki šiol. <...> Dėl to sveikata nėra tik natūrali tektis, bet ir paties žmogaus kūrinys arba griuvinys. Kai žmogus paveldi gerą sveikatą, jis paprastai ja nelabai rūpinasi, o tiesiog naudojami: eikvoja, alina, švaisto. Jis net nežino tikrosios sveikatos vertės. Tokiam žmogui reikia rimtai susirgti, kad jis suprastų sveikatos vertę“.

Dabartinės lietuvių kalbos žodyne¹⁰¹ sveikata apibrėžiama kaip normalus organizmo veikimas; bendra gyvo organizmo būklė; jėga, stiprumas. Tačiau sveikatos samprata šiuolaikinėje visuomenėje jau neapsiriboja tik fizine asmens būseną, liga ir jos gydymu.

⁹⁷ Howard-Hassmann, R.; Donnelly, J. Assessing National Human Rights Performance: a Theoretical Framework. *Human Rights Quarterly*. 1988, 10(2):214-248.

⁹⁸ *Ibid.*

⁹⁹ Tulchinsky, T. H., Varavikova, E. A., *supra* note 46, p. 55. NB: kai kurie autoriai šią frazę priskiria Aristoteliui, tačiau tyrimas atskleidžia, kad vienareikšmiškai teigti, kad tai yra Aristotelio mintis, vargu ar galima. Plačiau apie tai: Pellegrino, E. D. Aristotle and the Right to Health Care: A Cautionary Tale Appendix to Scope Note 20, 2008. At the National Reference Center for Bioethics Literature [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-06-06]. <http://bioethics.georgetown.edu/publications/scopenotes/sn20_appendix.pdf>.

¹⁰⁰ Stoškus, K., *supra* note 56.

¹⁰¹ Dabartinės lietuvių kalbos žodynas [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-02-22]. <<http://www.lki.lt/dlkz/>>.

Šiuo metu dažniausiai šiuolaikiniame teisiniame reglamentavime¹⁰² vartojama Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) konstitucijoje¹⁰³ pateikta sveikatos samprata. PSO sveikatą apibrėžia kaip visiškos fizinės, dvasinės ir socialinės gerovės būseną, o ne vien tik kaip nesirgimą kokia nors liga ar negalios neturėjimą.

Otavos chartijoje¹⁰⁴ taip pat plėtojama sveikatos samprata, teigiant, kad norėdamas pasiekti visapusiškos fizinės, dvasinės ir socialinės gerovės būseną, individas ar grupė turėtų suprasti ir įgyvendinti savo siekius, patenkinti savo poreikius, pakeisti ir susitvarkyti aplinką. Šia prasme sveikata suprantama kaip kasdienio gyvenimo pagrindas, o ne kaip gyvenimo tikslas. Sveikata yra teigiama sąvoka, kuri vienodai pabrėžia ir socialines bei asmenines išgales, ir fizinį pajėgumą.

W. Wright sveikatą sulygina su suderintu instrumentu: sveikata kūnui yra toks pats geras dalykas kaip ir fortepijonui suderinimas. Tiek kūnas, tiek fortepijonas yra mašinos, kurios savo tikslą gali pasiekti tik tada, jei tinkamai veikia. Taigi, jei mašina veikia tinkamai, yra gerai. Tačiau gera sveikata nėra tiesiog geras dalykas. Visi žmogaus tikslai ir vertybės priklauso nuo to, kaip tinkamai organizmas funkcionuoja. Taigi kūno sveikata yra absoliutus gėris¹⁰⁵.

S. van der Geest¹⁰⁶ siūlo, kad turi išlikti pagrindinis sveikatos, kaip teisingo kūno funkcionavimo, apibrėžimas. Pasak mokslininko, tokia samprata leidžia pamatyti sudėtingas sveikatos sąsajas su beveik visais žmogaus gyvenimo aspektais.

J. S. Larson¹⁰⁷ apibendrinamas teigia esant keturis sveikatos apibrėžimo modelius (angl. *models*):

- biomedicininis modelis: ligų ar negalios nebuvimas; šis modelis yra plačiai taikomas medicinos srityje (praktikoje);
- PSO modelis: visiška fizinės, protinės ir socialinės gerovės būseną, o ne vien tik nesirgimas kokia nors liga ar negalios neturėjimas; šis modelis yra platesnis nei medicininis ir apima „gerovės“ būklę: ne tik medicininę priežiūrą esant ligai, bet ir prevencines priemones, kurios suteikia galimybę išvengti ligų;
- gerovės (angl. *wellness*) modelis: sveikatos skatinimas ir jos priežiūros pažanga lemia geresnį proto, kūno ir dvasios veikimą, energiją, patogumą ir integraciją, taigi sveikata apibrėžiama kaip stiprybė ir galimybė įveikti ligas, turint sveikatos rezervą; šiuo atveju sveikata ir liga yra skirtingos dimensijos, o ne priešingybės; šis modelis dar labiau praplečia sveikatos sampratą ieškant gyvenimo būdo, dvasinės būsenos įtakos sveikatai;
- aplinkos modelis: sveikata apibūdinama kaip prisitaikymas prie fizinės bei socialinės aplinkos, laisvė nuo nederamo skausmo, nepatogumo ar negalios; šiuo

¹⁰² Pavyzdžiui, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. *Valstybės Žinios*. 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr. 112-3099; Public Health Act of Republic of Estonia [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-02-22]. <<http://faolex.fao.org/docs/texts/est37194.doc>>; Ārstniecības likums (Latvijos Respublikos medicinos galimybību įstatymas) [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-02-22]. <<http://www.likumi.lv/doc.php?id=44108>>.

¹⁰³ Constitution of the World Health Organization [interaktyvi]. [žiūrėta 2010-02-03]. <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>.

¹⁰⁴ Ottawa Charter for Health Promotion [interaktyvi]. [žiūrėta 2011-02-21]. <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf>.

¹⁰⁵ Wright, W., *supra* note 18, p. 38.

¹⁰⁶ Van der Geest, S., *supra* note 17, p. 293.

¹⁰⁷ James, L. S. The Conceptualization of Health. *Medical Care Research and Review*. 1999, 56(2):125.

atveju kalbama apie organizmo galimybę prisitaikyti prie jį supančios aplinkos, su santykinė laisve nuo skausmo, negalios ar apribojimų, įskaitant ir socialinius, kad sveikata yra tai, kai organizmas sėkmingai egzistuoja jį supančioje aplinkoje ir gali augti, funkcionuoti ir klestėti; šis modelis taip pat apima asmens darbą, šeiminių gyvenimą ir veiksmus, darančius įtaką sveikai pusiausvyrai.

Kiek platesnę sveikatos sampratą formuoja R. Kalėdienė, J. Petrauskienė ir A. Rimpelė teigdami, kad „platesnis požiūris į sveikatą, apimantis ne tik negalavimo simptomus bei funkcinis sugebėjimus, vadinamas socialine sveikata“¹⁰⁸. Autoriai atkreipia dėmesį, kad „socialinės sveikatos koncepcija suprantama kaip individualios gerovės dimensija, tačiau ji skiriasi nuo fizinės ir psichinės asmens gerovės. Socialinė sveikata yra sveikatos būklės dalis, susijusi su socialinėmis sistemomis, kurios gali paveikti ir keisti aplinkos arba streso įtaką fizinei bei psichinei sveikatai. Socialinės sveikatos matavimas grindžiamas tarpusavio santykiais, pavyzdžiui, draugų turėjimas, dalyvavimas socialiniuose įvykiuose, pavyzdžiui, įvairių organizacijų narystė“¹⁰⁹.

I. McDowell ir C. Newell¹¹⁰ pažymi, kad socialinė sveikata gali būti kolektyvinė arba individuali. Socialinė visuomenės sveikata susujusi tame tarpe ir su ekonominiu turto paskirstymu ir kitais socialiniais bei ekonominiais veiksniais. Socialinė individuali sveikata yra ta asmens gerovės dimensija, kuri yra susijusi su asmens santykiais su kitais žmonėmis, su tuo, kaip kiti žmonės reaguoja į asmenį ir kaip jis sąveikauja su socialinėmis grupėmis ir visuomeniniais papročiais.

Apibendrinant galima išskirti dvi vyraujančias sveikatos sampratos kryptis: tai medicininio pobūdžio kryptis, apibrėžianti sveikatą atsižvelgdama į asmens kūno gerovę, ir socialinio pobūdžio kryptis, siejanti sveikatą ne tik su asmens kūno gerove (apimanti ir medicininio pobūdžio kryptį), bet ir su supančia socialine aplinka ir asmens pasitenkinimu ja.

Kaip buvo minėta, teisiniame reglamentavime plačiai vartojama PSO teikiama sveikatos samprata turi ir savo trūkumų. Pasak G. Andriulionio, PSO sveikatos samprata „dažnai yra kritikuojama, nes yra pernelyg neapibrėžta. Neapibrėžtumą lemia tai, kad žmogaus „gerovės“ būklė susijusi ir aprėpia daug įvairių veiksmų visose žmogaus gyvenimo srityse“¹¹¹. Pasak minėto mokslininko¹¹², sveikata dėl jos plataus suvokimo siejama su žmogaus biologiniais, jo aplinkos, gyvenimo būdo veiksniais, įskaitant visa tai, kas lemia asmens sveikatą – apimant netgi asmens išsilavinimą, padėtį visuomenėje, jo santykius su kitais, jo šeimos sudėtį, pasitenkinimą esamu darbu ar gyvenimo sąlygomis, daugelį kitų veiksmų¹¹³. Pasitenkinimo visose šiose srityse jausmas ir sukuria tą gerovės būklę, kurią sveikata savyje ir implikuoja.

¹⁰⁸ Kalėdienė, R., Petrauskienė, J., Rimpelė, A., *supra* note 19, p. 24.

¹⁰⁹ *Ibid.*, p. 25.

¹¹⁰ McDowell, I., Newell, C. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press, 1987. p. 152.

¹¹¹ Andriulionis, G., *supra* note 37, p. 60.

¹¹² *Ibid.*, p. 61.

¹¹³ 2001 m. atlikto Lietuvos žmonių socialinės sveikatos bruožų tyrimo analizėje autoriai pažymėjo, kad „socialinė sveikata yra subjekto fizinio, socialinio ar dvasinio atsako į savo ar aplinkos socialinius aspektus, socialinių sąveikų kokybinė charakteristika“. – Jurgelėnas, A., Juozulynas, A. Kai kurie Lietuvos žmonių socialinės sveikatos bruožai. Sveikatos mokslai, 2001, 3–4:41.

R. G. Evans ir G. L. Stoddart¹¹⁴ taip pat akcentuoja, kad minėtą PSO sveikatos sampratą problemiška naudoti kaip sveikatos politikos pagrindą, nes, pagal ją, visos politikos kryptys besąlygiškai laikomos sveikatos politika. Be to, nors šis terminas yra dažnai vartojamas, bet retai įgyvendinamas.

Manytina, kad PSO vartojama plati sveikatos samprata, įtvirtinanti sveikatos „gerovės“ standartą, taip pat turi savo trūkumų, kurie, pasak E. Gefeno¹¹⁵, praktiškai kiekvieną iš mūsų paverčia ligoniu, nes tik nedaugelis galėtų pasigirti „visiška fizine, psichine ir socialine gerove“.

Be to, PSO sveikatos sampratos neapibrėžtumą atskleidžia ne tik minėtų autorių atskleistas socialinės gerovės neapibrėžtumas bei joje išreikštas idealios sveikatos pobūdis, tačiau ir jos nesuderinamumas su skirtingomis kultūromis, kur, priklausomai nuo vyraujančių tradicijų, papročių, ta pati socialinė gerovė gali būti priešpastatoma fizinei ar protinei asmens gerovei. Kaip pavyzdys gali būti pateikiama Afrikos šalyse paplitusi tradicija žaloti moters lyties organus¹¹⁶.

Kaip matyti, įvairios sveikatos sampratos priklauso nuo tikslų, nuo to, kokiomis aplinkybėmis jos yra vartojamos. Sveikata apibrėžiama siaurai, kaip ligų ir negalios nebuvimas, sveikatos priežiūros specialistų bendruomenėje. Platesnė sveikatos samprata, apimanti ne tik fizinę asmens būklę, bet ir dvasinę bei socialinę, vartojama tuomet, kai kalbama apie asmenį, kaip apie visuomeninių santykių dalyvį. Šiuo atveju gyvenant visuomenėje sveikata priklauso ne tik nuo asmens kūno fizinės būsenos, bet ir nuo jį supančios aplinkos: tiek fizinės (gamtos), tiek ir socialinės (santykių šeimoje, darbe, bendruomenėje ir t. t.).

Taigi, yra įvairių sveikatos sampratų, kurios šią asmens būklę, priklausomai nuo pasirinktų metodų, apibrėžia įvairiai. Vis dėlto nepaisant PSO Konstitucijoje pateiktai sveikatos sampratai išsakomos kritikos, manytina, kad ji geriausiai apibrėžia sveikatą, nes neapsiriboją asmens fizine būsena ir įtraukia į jos sampratą asmens dvasinę bei socialinę būsenas.

Apibrėžus sveikatos sampratą natūraliai kyla kitas klausimas: kodėl su sveikata ir jos priežiūra susiję santykiai turi būti reguliuojami teisės aktais. Šio klausimo aktualumą atskleidžia ir T. Birmontienė¹¹⁷ nurodydama, kad dauguma žmonių tikisi aktyvaus valstybės veikimo ir pagalbos sveikatos priežiūroje ir teisė į sveikatos apsaugą visuomenės vertinama kaip fundamentali teisė. Pasak profesorės, 2001–2002 metais atlikti sociologiniai žmogaus teisių būklės Lietuvoje tyrimai parodė¹¹⁸, kad 32,1 % apklaustųjų teisę į sveikatos apsaugą paminėjo kaip vieną iš svarbiausių asmens teisių¹¹⁹.

Sveikatos teisinės apsaugos būtinybę atskleidžia ir S. Gevers, pasak kurio, „kadangi sveikata yra susijusi su kūnu ir protu, gyvenimu ir mirtimi, žmogaus apsisprendimui

¹¹⁴ Evans, R. G., Stoddart, G. L. *Producing Health, Consuming Health Care*. London: Pergamon Press plc., 1990, p. 1.

¹¹⁵ Gefenas, E., *supra* note 21, p. 39.

¹¹⁶ 2009 m. kovo 24 d. Europos Parlamento rezoliucija dėl kovos su moterų lyties organų žalojimu ES [interaktyvi]. [žiūrėta 2011-02-23]. < <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:117E:0052:0059:LT:PDF>>.

¹¹⁷ Birmontienė, T. *supra* note 34, p. 77.

¹¹⁸ *Ibid.*

¹¹⁹ Naujesnių sociologinių tyrimų dėl teisės į sveikatos apsaugą išskyrimo kitų teisių kontekste nėra, išskyrus tyrimus, kuriuose identifikuojamas teisių įgyvendinamumas (pažeidžiamumas) teikiant sveikatos priežiūros paslaugas.

dėl sveikatos priežiūros ir su sveikata susijusioms teisėms gresia didesnis pavojus nei kitoms teisėms (aut. pastaba – jei sveikata nebus apsaugota)¹²⁰.

Kaip buvo minėta šios dalies įžangoje – sveikata yra viena iš tų fundamentalių vertybių, kurią asmuo nori įgyvendinti ir apsaugoti. Kaip pastebi A. Vaišvila, „kad jis galėtų formuoti savo socialinį vertingumą, žmogus turi būti pirma gyvas ir sveikas. Tai reiškia, kad teisė į gyvybę ir sveikatą yra būtinos ir pradinės priemonės ir (arba) sąlygos asmens orumui“¹²¹. Atkreiptinas dėmesys į tai, kad nors kova dėl žmogaus orumo sena kaip pati visuomenė, tačiau žmogaus teisių mechanizmas, kaip priemonė jį įgyvendinti, atsirado tik XX a. Žmogui neužtenka būti lygiam *in abstracto*: žmogaus orumas turi būti įtvirtintas jo žmogiškajame identitete.¹²² Visų pirma, per pirmosios kartos žmogaus teises¹²³ įgyvendinamas pilietinis žmogaus identitetas, arba kitaip – užtikrinama orumo lygybė kaip politiškai lygi tarp lygių. Su antrąja žmogaus teisių karta (ekonominių, socialinių, kultūrinių) žengiamas radikalus žingsnis: piliečiui nebeužtenka teisės į gyvybę, politinių teisių, jis nori, kad būtų suteiktos orios gyvenimo sąlygos, o teisė į sveikatos apsaugą turi būti vienas orio gyvenimo sąlygų užtikrinimo garantų.

Kaip yra pareiškusios Jungtinės Tautos, „šiandien yra aktualiausias antrosios kartos žmogaus teisės ir pabrėžiama, jog bet kokio išsivystymo lygio žmogus privalo turėti galimybę rinktis tris svarbiausius dalykus: ilgai ir sveikai gyventi, įgyti žinių ir apsirūpinti ištekliais, reikalingais pasiekti normalų gyvenimo lygį“¹²⁴.

Taigi sveikatos, kaip visapusės žmogaus gerovės būklės, samprata turi būti ir tampa visuotinai pripažįstama tarptautiniu ir nacionaliniu lygmeniu – taigi ir teisinio reguliavimo objektu. Atitinkamai ji daro įtaką visuomenės pasaulėžiūrai, vertybių sistemai ir hierarchijai, o šios savo ruožtu – teisei.

Kiekvienas asmuo turi teisę į sveikatos apsaugą ir todėl tai yra žmogaus juridinė teisė, o ne tik moralinis reikalavimas (moralinė teisė). Tai suponuoja, kad sveikata, tiksliau, teisė į jos apsaugą¹²⁵, turi būti pripažįstama ir realizuojama teisiniu reguliavimu, o atitinkamų teisinių priemonių nesėdimas siekiant užtikrinti pastarąją yra šios teisės pažeidimas. Todėl teisė į sveikatos apsaugą turi būti teisinio reguliavimo objektas ne tik siekiant apsaugoti pačią teisę, bet ir tuo pačiu, kaip buvo minėta šiame darbe, siekiant užtikrinti efektyvų asmens dalyvavimą politiniame, socialiniame ir kt. visuomenės gyvenime ir kitų turimų teisių įgyvendinimą, o tai asmuo gali tinkamai atlikti tik būdamas sveikas.

Kaip teigia S. D. Jamar, teisė į sveikatos apsaugą neturėtų būti atimta vien dėl to, kad ji yra pažangi teisė, arba todėl, kad nė vienas teismas negali nuspręsti jos tikslaus turinio, arba todėl, kad jokie įgyvendinimo prievartos mechanizmai šiuo metu nėra arba jis tik tikėtinai egzistuoja¹²⁶.

¹²⁰ Gevers, S., *supra* note 39, p. 263.

¹²¹ Vaišvila, A. *Teisės teorija*. Vilnius: Justitia, 2009, p. 165.

¹²² Finnis, J. *Natural Law and natural Rights*. Oxford: Oxford University Press, 1986, p. 272.

¹²³ Šiuo atveju turimos omenyje individualios žmogaus teisės: teisė į gyvybę, laisvę ir pan.

¹²⁴ 1990 m. Jungtinių Tautų vystymo programos pranešimas apie žmogaus socialinę raidą [interaktyvus] [žiūrėta 2006 11 25]. <<http://hdr.undp.org/2006>>.

¹²⁵ Plačiau apie termino „teisė į sveikatos apsaugą“ pasirinkimą, jo pagrindimą – šio darbo 1.2.4 dalyje. Taip pat atkreipiamas dėmesys, kad cituojant atskirus autorius bus pateikiamas šio autoriaus vartojamas terminas „teisė į sveikatą“ ar pan.

¹²⁶ Jamar, S. D., *supra* note 30, p. 11.

P. A. Molinari pastebi, kad „teisė į sveikatą kilo iš elementaraus poreikio aiškinti teisę į gyvybę žymiai plačiau nei vien tik kaip paprastą egzistavimo faktą. Sveikata, kaip pagrindinė žmogaus gyvybės vertybė, turi būti elementas, susijęs su kiekvienu žingsniu siekiant pripažinti ir plėtoti pagrindines teises: šiuo pagrindu ji turi būti aiškus ir efektyvus apsaugos sistemos objektas, kai tai susiję su kitomis pirmos svarbos žmogaus vertybėmis“¹²⁷.

Taigi apibendrinant galima teigti, kad sveikata yra teisinio reguliavimo objektas, nes siekiama užtikrinti jos, kaip vertybės, apsaugą ir taip sudaryti sąlygas asmeniui įgyvendinti kitas savo teises ir laisves.

1.2.2. Teisės į sveikatos apsaugą raida

Apibrėžus sveikatos sampratą ir būtinybę ją saugoti teisinio reguliavimo priemonėmis, prieš atskleidžiant teisės į sveikatos apsaugą turinį svarbu yra apžvelgti ir pastarosios raidą, t. y. kaip ir kada sveikata (visuomeniniai santykiai susiję su jos apsauga) tapo teisinės apsaugos objektu. Tai parodys teisės į sveikatos apsaugą, kaip savarankiškos socialinės teisės, vystymąsi, leis geriau pažinti pačią teisę. Atkreiptinas dėmesys, kad šiame poskyryje tarptautinės teisės dokumentų nuostatos nebus detalios analizuojamos: tai bus daroma sekančiame šio darbo poskyryje detalios atkleidžiant teisės į sveikatos apsaugą turinį.

Kaip teigia P. A. Molinari¹²⁸, prieš daugiau kaip 50 metų, kai buvo paskelbti tarptautinių teisės aktų, reguliuojančių santykius sveikatos apsaugos srityje, tekstai, sveikata tapo teisinės apsaugos objektu. Pirmąkart teisė į sveikatą buvo įtvirtinta tik 1946 Pasaulio sveikatos organizacijos konstitucijoje ir 1948 m. Visuotinėje žmogaus teisių deklaracijoje. Tiesa, autorius taip pat nurodo, kad XVII–XVIII a. buvo atsitiktinių priemonių (aut. pastaba – reguliuoti sveikatos apsaugą), dažniausiai taikomų tarp kariaujančių šalių siekiant išsaugoti karines žmogiškąsias pajėgas. Taigi teisė į sveikatos apsaugą, kaip teisinės apsaugos objektas, laikytinas XX a. laimėjimu, kai tarptautinės teisės dokumentų nuostatose ši teisė ir buvo įtvirtinta.

*Pasaulio sveikatos organizacijos Konstitucijoje*¹²⁹, priimtoje 1946 metais, numatyta, kad žmonių laimė, harmoningi santykiai ir saugumas yra paremti tokiais principais kaip „sveikata – visiškos fizinės, protinės ir socialinės gerovės būseną, o ne vien tik nesirgimas kokia nors liga ar negalios neturėjimas“; „džiaugtis (ang. *enjoyment*) sveikata, atitinkančia aukščiausius įmanomus pasiekti standartus, yra viena pagrindinių kiekvieno žmogaus teisių, nesvarbu, kokia jo rasė, religija, politiniai įsitikinimai, ekonominė ar socialinė padėtis“; „visų tautų sveikata – pagrindinė sąlyga taikai ir saugumui užtikrinti, ir priklauso nuo glaudžiausio asmenų ir valstybių bendradarbiavimo“; „kiekvienos valstybės laimėjimai sveikatos gerinimo ir apsaugos srityje yra vertingi visiems“; „netolygi sveikatos gerinimo ir ligų, ypač užkrečiamųjų, kontrolės raida įvairiose šalyse kelia pavojų visiems“; „vyriausybės atsako už savo tautų sveikatą, kurią galima užtikrinti tik taikant pakankamas sveikatos apsaugos ir socialines priemones“.

¹²⁷ Molinari, P. A., *supra* note 16, p. 43.

¹²⁸ *Ibid.*

¹²⁹ Constitution of the World Health Organization, *supra* note 103.

Kaip buvo minėta PSO Konstitucijos preambulėje pirmą kartą tarptautinio teisinio reguliavimo istorijoje yra pateikiamas sveikatos apibrėžimas. Konstitucijos preambulėje taip pat numatyta, kad šie ir kiti preambulėje išskirti principai, kuriuos pripažino šalys priimdamos Konstituciją, suteikė ne tik teorinį, bet ir praktinį pagrindą plėtoti teisę į sveikatos apsaugą tarptautiniu ir nacionaliniu mastu.

Svarbios yra ne tik analizuojamos PSO Konstitucijos preambulėje išdėstytos nuostatos, tačiau ir ja PSO suteiktos funkcijos, padedančios plėtoti teisę į sveikatos apsaugą, kaip antai: vyriausybių prašymu padėti stiprinti sveikatos priežiūros paslaugas; vyriausybių prašymu ar jų sutikimu teikti tinkamą techninę pagalbą, o kritinėmis aplinkybėmis – būtinąją pagalbą; skatinti ir vykdyti veiklą, kurios tikslas – išsiaiškinti epidemines, endemines ir kitas ligas; gerinti mitybos, būsto, sanitarijos, poilsio, ekonomines ar darbo sąlygas bei kitus aplinkos higienos aspektus ir pan. (Konstitucijos 2 straipsnis). Taip pat yra svarbios ir PSO Konstitucijos nuostatos, įtvirtinančios PSO Sveikatos asamblėjos (kuria sudaro šalių narių atstovai) teisę vadovaujantis 21 straipsniu priimti taisykles dėl: sanitarijos ir karantino reikalavimų bei kitų procedūrų, skirtų užkirsti kelią ligos plitimui tarptautiniu mastu; ligų, mirties priežasčių ir visuomenės sveikatos priežiūros praktikos nomenklatūrų; tarptautiniam taikymui skirtų diagnostinių procedūrų standartų; biologinių, vaistinių ir panašių produktų, esančių tarptautinėje rinkoje, saugos, grynumo ir veiksmingumo standartų; biologinių, vaistinių ir panašių produktų, esančių tarptautinėje rinkoje, reklamos ir ženklinimo. Šios PSO funkcijos parodo, kad ši organizacija tiek teikdama pagalbą valstybėms narėms, tiek ir priimdama atskiras taisykles aktyviai prisideda plėtojant teisę į sveikatos apsaugą.

Teisės į sveikatos apsaugą raidos apžvalgą tikslinga tęsti analizuojant *Visuotinę žmogaus teisių deklaraciją*¹³⁰, kuri buvo priimta Jungtinių Tautų Generalinės Asamblėjos 1948 m. gruodžio 10 d. rezoliucija 217 A (III). Prie jos Lietuvos Respublika prisijungė 1991 m. kovo 12 d. Ši deklaracija yra kaip bendras idealas, kurio turi siekti visos tautos ir visos valstybės, kad kiekvienas asmuo ir kiekvienas visuomenės organas pasinaudodami mokymu ir švietimu stengtųsi skatinti pagarbą joje nustatytoms teisėms ir laisvėms ir pažangiomis nacionalinėmis bei tarptautinėmis priemonėmis užtikrintų, kad jos būtų visuotinai ir tikrai pripažįstamos bei taikomos tiek pačių valstybių narių tautoms, tiek jų jurisdikcijai priklausančių teritorijų tautoms.

Svarbios yra deklaracijos nuostatos, *inter alia*, įtvirtinančios, kad visi žmonės gimsta laisvi ir lygūs savo orumu ir teisėmis, jiems yra suteiktas protas ir sąžinė ir jie turi elgtis vienas su kitu kaip broliai (1 straipsnis). Taip pat deklaracijoje įtvirtintos tokios teisės kaip teisė į gyvybę, laisvę ir asmens saugumą (3 straipsnis), kankinamo arba žiauraus, nežmoniško ar žeminančio asmens orumą elgesio ar baudimo draudimas (5 straipsnis).

Teisės į sveikatos apsaugą raidos apžvalgoje atskleidžiamos Visuotinės žmogaus teisių deklaracijos nuostatos, kadangi būtent čia (25 straipsnio 1 dalis) pirmą kartą tarptautinės teisės dokumente atsirado nuostata, įtvirtinanti, kad „kiekvienas turi teisę į savo ir savo šeimos sveikatą ir jos gerovei pakankamą gyvenimo lygį, įskaitant maistą, drabužius, būstą ir sveikatos priežiūrą bei būtinas socialines paslaugas, ir teisę į apsaugą

¹³⁰ Visuotinė žmogaus teisių deklaracija. *Valstybės žinios*, 2006, Nr. 68-2497.

nedarbo, ligos, negalios, našlystės, senatvės atveju arba kitomis nuo jo nepriklausančiomis aplinkybėmis, jam netekus gyvenimo šaltinio“.

Nors Visuotinėje žmogaus teisių deklaracijoje tiesiogiai teisė į sveikatos apsaugą nėra išskiriama kaip savarankiška teisė, tačiau joje yra įtvirtinta aiški nuostata, kad kiekvienas turi teisę į savo ir savo šeimos sveikatai pakankamą gyvenimo lygį, įskaitant sveikatos priežiūrą ir teisę į apsaugą ligos atveju. Šiuo atveju reikalavimas sukurti sveikatai ir gerovei pakankamą gyvenimo lygį, apimantį ir sveikatos priežiūrą ar kitas būtinas socialines paslaugas, bei garantavimą, jog asmeniui netekus gyvenimo šaltinio pastarasis jam bus užtikrinamas, manytina, gali būti laikomas pirmaisiais siekais įtvirtinti teisę į sveikatos apsaugą. Tačiau, kaip atkreipia dėmesį S. D. Jamar¹³¹, sveikata šioje deklaracijoje yra suprantama kaip būdas įvertinti, koku mastu ši teisė yra taikoma: tai reiškia, kad ši teisė yra orientuota į tam tikrą minimalų gyvenimo lygį, o ne į sveikatą tiesiogiai. Kadangi priemonės, kuriomis pasiekama teisė į pakankamą gyvenimo lygį, pačioje deklaracijoje nėra apibrėžiamos, todėl šalyje esanti ekonominė sistema, pagal kurią kiekvienas žmogus turi galimybę įsigyti prekių ir paslaugų, pakankamų išlaikyti ir stiprinti sveikatą, reikš, kad žmonės įgyvendina teisę.

Pasak P. A. Molinari, Visuotinės žmogaus teisių deklaracijos 25 straipsnio 1 dalies nuostatų tikslas yra „pripažinti, kad asmenys, turintys šią teisę, turi turėti pakankamą kiekį priemonių ar būdų, reikalingų deklaracijos 3 straipsnyje aiškiai pripažintai teisei į gyvybę, laisvę ir saugumą realizuoti. Tačiau deklaracija nedetalizuoja teisės į gyvybę, nekalba apie gyvenimo kokybę, kaip tai daroma apibrėžiant teisę į socialinį saugumą (22 straipsnis), pabrėžiant, kad pastarosios teisės turėtojas yra visuomenės narys, ir nustatant šios teisės realizavimo galimybes. Nors socialinis saugumas plačiąja prasme apima platų spektrą sveikatos apsaugos priemonių – sveikatos priežiūrą ir sveikatos paslaugų programas – tačiau tokią prasmę deklaracijoje sunku išvelgti: joje nėra ketinimų saugoti visuomenės sveikatą ir iš jos išvesti teisės į sveikatą įgyvendinimo pripažinimą“¹³². Primintina, kad PSO Konstitucijos preambulė parašyta tuo pačiu metu kaip ir deklaracija (Konstitucija įsigaliojo 1948 m. balandžio 7 d., o deklaracija buvo priimta 1948 m. gruodžio 10 d.), ir pastarojoje teigiama, kad džiagtis sveikata, atitinkančia aukščiausius įmaonus pasiekti standartus yra viena iš pamatinių žmogaus būties teisių.

Tuo pačiu verta pastebėti, kad „Visuotinė žmogaus teisių deklaracija, kaip ir kitos Generalinės Asamblėjos rezoliucijos (išskyrus rezoliucijas biudžeto bei procedūros klausimais), yra rekomendacinis dokumentas“¹³³.

1945 metais pasirašytoje *Jungtinių Tautų chartijoje*¹³⁴ tarp apibrėžtų tikslų buvo išskirtas siekis įgyvendinti tarptautinį bendradarbiavimą sprendžiant ekonominio, socialinio, kultūrinio ir humanitarinio pobūdžio tarptautines problemas, ugdant ir skatinant pagarbą visoms žmogaus teisėms ir pagrindinėms laisvėms, nepaisant skirtingos rasės, lyties, kalbos bei religijos. Jungtinių Tautų chartijos 55 straipsnyje, esančiame 9 skyriuje, skirtame tarptautiniam ekonominiam ir socialiniam bendradarbiavimui, numatyta, kad: „siekdamos sudaryti stabilumo bei gerovės sąlygas, būtinas taikiems ir

¹³¹ Jamar, S. D., *supra* note 30, p. 11.

¹³² Molinari, P. A., *supra* note 16, p. 44.

¹³³ Vadapalas, V., *supra* note 91, p. 267.

¹³⁴ Jungtinių Tautų chartija. Valstybės žinios. 2002. Nr. 15-557.

draugiškiems tautų savitarpio santykiams, pagrįstiems tautų lygiateisiškumo ir laisvo apsisprendimo principu, Jungtinės Tautos padeda: <...> b) spręsti tarptautines ekonomines, socialines, sveikatos apsaugos ir su jomis susijusias problemas“.

Šiame dokumente, kaip ir anksčiau aptartoje Visuotinėje žmogaus teisių deklaracijoje, nėra tiesiogiai įtvirtinta teisė į sveikatos apsaugą, bet šis dokumentas yra reikšmingas dėl to, kad Jungtinės Tautos, be kita ko, įsipareigoja tarptautiniu mastu, atsižvelgdamos į chartijoje įtvirtintus principus, spręsti tarptautines sveikatos apsaugos ir su ja susijusias problemas. Tai rodo, kad sveikatos priežiūra, kiek ji susijusi su žmogaus teisių įgyvendinimu, yra pripažįstama kaip opi tarptautinė problema, kurią šiai tarptautinei organizacijai, be kitų tikslų, tokių kaip palaikyti tarptautinę taiką bei saugumą, yra pavesta spręsti.

Vienas iš pagrindinių tarptautinės teisės dokumentų, pirmą kartą tiesiogiai įtvirtinusių teisę į sveikatos apsaugą, yra 1966 m. priimtas *Tarptautinių ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių paktas*. Tarptautinių ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakto¹³⁵ preambulėje nurodyta, kad šis dokumentas priimamas atsižvelgiant į tai, jog, pagal Jungtinių Tautų chartijoje išdėstytus principus, visų žmonijos narių orumo ir lygių bei neatimamų teisių pripažinimas yra laisvės, teisingumo ir taikos pasaulyje pagrindas. Pripažįstama, kad šios teisės kyla iš prigimtinio žmogaus asmenybės orumo ir kad, pagal Visuotinę žmogaus teisių deklaraciją, laisvos žmogaus asmenybės, kuri naudojasi pilietinėmis bei politinėmis laisvėmis ir yra atsikračiusi baimės bei skurdo pančių, idealas gali būti įgyvendintas tik sudarius sąlygas kiekvienam žmogui naudotis savo pilietinėmis ir politinėmis bei ekonominėmis, socialinėmis ir kultūrinėmis teisėmis, taip pat atsižvelgiama į tai, kad Jungtinių Tautų chartija įpareigoja valstybes skatinti visuotinai gerbti žmogaus teises bei laisves ir jų laikytis.

Teisės į sveikatos apsaugą įtvirtinimo požiūriu svarbiausios yra Tarptautinių ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakto 12 straipsnio 1 dalies nuostatos, kuriose numatyta, kad „valstybės, šio Pakto Šalys, pripažįsta kiekvieno žmogaus teisę turėti kuo geriausią fizinę ir psichinę sveikatą“.

Kaip teigia P. A. Molinari, „Pakto priėmimas 1966 m. gruodžio 16 d. (įsigaliojo 1976 m. sausio 3 d.) išskleidė diskusijas dėl teisės į sveikatą įgyvendinimo apimties. Nors Pakto tekstas sudėtingas, teisės į sveikatą formuluotės sudaro darnią visumą: teisės į gyvybę ir žmogaus asmens integralumo išvystymą, kiekvieno individo teisės į tai, ką visuomenė jam skolinga, pripažinimą ir valstybės atsakomybę už pareigas, suteikiančias gyventojų individualių aspiracijų patenkinimą“¹³⁶.

Europos mastu asmenims teisė į sveikatos apsaugą pripažįstama ir *Europos socialinė chartija*¹³⁷, kurios I dalies 11 paragrafe nustatyta: „kiekvienas žmogus turi teisę naudotis visomis priemonėmis, leidžiančiomis pasiekti aukščiausią, kokį tik galima, sveikatingumo lygį“. Kaip atkreipia dėmesį R. Abbing, „Europos socialinė chartija laikoma pagrindine priemone įgyvendinant kiekvieno asmens teisę „naudotis pačia geriausia fizine ir psichine sveikata“¹³⁸.

¹³⁵ Tarptautinis ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių paktas. *Žmogaus teisės: Jungtinių Tautų dokumentai*. Vilnius: Lietuvos žmogaus teisių centras, 2000. P. 45–57.

¹³⁶ Molinari, P. A., *supra* note 16, p. 45.

¹³⁷ Europos socialinė chartija. *Valstybės žinios*, 2001, Nr. 49-1704.

¹³⁸ Roscam Abbing, H. D. C. The Right to Care for Health: The Contribution of the European Social Charter, *supra* note 41, p. 183.

1978 metais PSO priimtoje Almatos deklaracijoje¹³⁹ dėl pirminės sveikatos priežiūros, kuri ir kilo iš minėto Tarptautinių ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakto straipsnio, apibrėžiami pagrindiniai pirminės sveikatos priežiūros komponentai, nusakantys pagrindines bendruomenės sveikatos problemas ir reikalavimus, keliamus prevencinei, plėtojamajai, gydomajai medicinai ir reabilitacinėms paslaugoms, įskaitant ir mokymą kontroliuoti sveikatos problemas per prevenciją. Ji kviečia vyriausybes formuluoti nacionalines politikas, strategijas ir veiksmų planus imantis ir palaikant pirminę sveikatos priežiūrą kaip dalį visapusės sveikatos sistemos.

Almatos deklaracijoje, be kita ko, skelbiama, kad: „konferencija dar kartą ryžtingai patvirtinta, kad sveikata, kuri yra visiška fizinė, protinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligos arba negalios nebuvimas, yra viena iš pagrindinių žmogaus teisių ir kuo aukštesnio sveikatos lygio įgyvendinimas yra labai svarbus pasaulio socialinis tikslas, kurio įgyvendinimas reikalauja daugelio kitų socialinių ir ekonomikos sektorių veiksmų kartu su sveikatos apsaugos sektoriumi“ (I paragrafas) ir tai, kad „žmonės turi teisę ir pareigą dalyvauti individualiai ir kolektyviai planuojant ir įgyvendinant savo sveikatos priežiūrą“ (IV paragrafas).

Tačiau minėtų dokumentų priėmimu teisės į sveikatos apsaugą plėtra nesustojo. 1979 metais priimtos *Konvencijos dėl visų formų diskriminacijos panaikinimo moterims*¹⁴⁰ 11 straipsnio 1 dalies f pastraipoje numatoma, kad: „valstybės dalyvės imasi visų reikiamų priemonių, kad būtų panaikinta moterų diskriminacija užimtumo srityje ir lygiomis su vyrais sąlygomis moterims būtų užtikrintos šios teisės: <...> teisė į sveikatos apsaugą ir saugias darbo sąlygas, įskaitant giminės pratęsimo funkcijos išsaugojimą.“ Kaip matyti iš konvencijos nuostatų, pastarosiose jau tiesiogiai įvardijama teisė į sveikatos apsaugą, kaip savarankiška asmens teisė. Tas pats pasakytina ir apie kitą „kategorinę“¹⁴¹ *Jungtinių Tautų vaiko teisių konvenciją*¹⁴², priimtą 1989 metais, kurios 24 straipsnio 1 dalyje įtvirtinama vaiko teisė „naudotis tobuliausiomis sveikatos sistemos paslaugomis ir ligų gydymo bei sveikatos atkūrimo priemonėmis. Valstybės dalyvės rūpinasi, kad nė vienam vaikui nebūtų atimta teisė naudotis tokiomis sveikatos apsaugos sistemos paslaugomis.“

*Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija)*¹⁴³ buvo priimta 1997 metais atsižvelgiant į Jungtinių Tautų Generalinės Asamblėjos paskelbtą Visuotinę žmogaus teisių deklaraciją, Žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvenciją, Europos socialinę chartiją, Tarptautinių pilietinių ir politinių teisių paktą ir Tarptautinių ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių paktą, taip pat ir kitų tarptautinės teisės dokumentų nuostatas. Konvencijos 2 straipsnyje aiškiai nustatoma, kad „žmogaus interesai ir gerovė yra svarbesni už išimtinis visuomenės ar mokslo interesus“, ir 3 straipsniu garantuojamas

¹³⁹ Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR [interaktyvi]. [žiūrėta 2007-12-27]. <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf>.

¹⁴⁰ Konvencija dėl visų formų diskriminacijos panaikinimo moterims. *Valstybės žinios*. 1996. Nr. 21.

¹⁴¹ Terminas „kategorinė“ vartojamas siekiant pabrėžti, kad ji skirta tam tikroms asmenų grupėms, pavyzdžiui, moterims, pagyvenusiems žmonėms ir pan., o šiuo konkrečiu atveju – vaikams.

¹⁴² Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencija. *Valstybės žinios*. 1995. Nr. 60-1501.

¹⁴³ Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija). *Valstybės žinios*. 2002. Nr. 97-4258.

žmonėms lygiateisiškas sveikatos priežiūros prieinamumas, kurio nuostatos skelbia: „šalys, atsižvelgdamos į sveikatingumo reikmes ir turimus išteklius, imasi atitinkamų priemonių, kad pagal savo jurisdikciją sudarytų lygiateisiškas galimybes gauti atitinkamos kokybės sveikatos priežiūrą.“

R. Abbing analizuodama konvencijos nuostatas teigė, kad „nors iš tikrųjų ne novatoriška, Konvencija tarptautiniu lygiu stiprina teisinę padėtį, nustatydamą minimalų apsaugos lygį atskiroms žmogaus teisėms ir sveikatai“, bet „ji taip pat turi trūkumų tose vietose, kur ji nesuteikia pakankamai garantijų dėl diskriminacijos sveikatos rinkos veikiamoje visuomenėje“¹⁴⁴. Tuo tarpu H. Nys¹⁴⁵ konvencijos nuostatas suskirstė į tris reguliuojamas sritis: embriono apsaugos, žmonių dalyvavimo moksliniuose tyrimuose ir pacientų teisių apsaugos. Profesorius¹⁴⁶ taip pat atkreipia dėmesį, kad kalbant apie trečiąją konvencijos reguliavimo sritį – pacientų teisių apsaugą – ši konvencija gali būti pavadinta „paciento teisių sutartimi“. Ji paskatino daugelio valstybių narių pacientų teisių apsaugos teisinį reglamentavimą net ir tose valstybėse narėse, kurios nėra pasirašiusios jos (pavyzdžiui, Belgija). Apibūdinamas konvencijos nuostatas J. Dute¹⁴⁷ nurodė, kad pastaroji yra paremta 4 norminiais ramsčiais, apimančiais: teisę į žmogaus orumo apsaugą ir tapatybę, teisę gerbti asmens vientisumą, teisę (lygias galimybes gauti) į sveikatos apsaugą ir diskriminacijos draudimą. Pasak autoriaus, teisė į lygias galimybes gauti sveikatos priežiūros paslaugas gali būti suprantama kaip antrinis galutinis konvencijos tikslas – ji turi būti aiškiai atskirta nuo teisės gerbti asmens orumą ir tapatybę ir teisės gerbti kiekvieno asmens vientisumą dėl jos socialinio pobūdžio, todėl akivaizdu, kad konvencija ne tik garantuoja teisę į sveikatos apsaugą kaip tokią, bet taip pat ir vienodą sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir teisingą ribotų išteklių paskirstymą, dėl ko šios nuostatos tampa dar svarbesnės.

Apžvelgiant teisės į sveikatos apsaugą raidą taip pat paminėtina ir Jungtinių Tautų Žmogaus teisių komisijos 2002 metų rezoliucija Nr. 2002/31 „Dėl kiekvieno teisės naudotis aukščiausio pasiekiamo lygio fizine ir psichine sveikata“¹⁴⁸, kurioje Žmogaus teisių komisija patvirtina, kad „kiekvieno žmogaus teisė naudotis aukščiausio pasiekiamo lygio fizine ir psichine sveikata yra žmogaus teisė ir kad tokia teisė kyla iš prigimtinio orumo“. Komisija „primygtinai ragina valstybes imtis priemonių individualiai ir per tarptautinį bendradarbiavimą ir pagalbą, ypač ekonomikos ir technikos srityse, dėl didžiausių galimų panaudoti išteklių siekiant palaipsniui visiškai įgyvendinti teisę visiems naudotis pačia geriausia fizine ir psichine sveikata visais tinkamais būdais, įskaitant, visų pirma, teises priemones.“

¹⁴⁴ Roscam Abbing, H. R. “The Convention on Human Rights and Biomedicine. An appraisal of the Council of Europe Convention”, *supra* note 41, p. 384.

¹⁴⁵ Nys, H., *supra* note 40, p. 278.

¹⁴⁶ *Ibid.*, p. 281.

¹⁴⁷ Dute, J. The leading principles of the convention on human rights and biomedicine. *Health law, human rights and the biomedicine convention (Essays in Honour of Henriette Roscam Abbing)*. Leiden: Koninklijke Brill NV, 2005, p. 9.

¹⁴⁸ Resolution 2002/31 „The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health“. Commission on Human Rights [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-08-27]. <<http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/5f07e25ce34edd01c1256ba60056def?Opendocument>>.

Apibendrintos pagrindinių tarptautinės teisės dokumentų nuostatos, įtvirtinančios teisę į sveikatos apsaugą, pateikiamos 1 lentelėje.

1 lentelė
Apibendrintos pagrindinių tarptautinių dokumentų nuostatos,
įtvirtinančios teisę į sveikatos apsaugą

| Data | Teisės aktas | Nuostatos |
|--------------|---|---|
| 1946 | Pasaulio sveikatos organizacijos Konstitucija | Sveikata – visiškos fizinės, protinės ir socialinės gerovės būseną, o ne vien tik nesirgimas kokia nors liga ar negalios neturėjimas; džiaugtis sveikata, atitinkančia aukščiausius įmanomus pasiekti standartus, yra viena pagrindinių kiekvieno žmogaus teisių, nesvarbu, kokia jo rasė, religija, politiniai įsitikinimai, ekonominė ar socialinė padėtis; vyriausybės atsako už savo tautų sveikatą, kurią galima užtikrinti tik taikant pakankamas sveikatos apsaugos ir socialines priemones (Preambulė) |
| 1948 | Visuotinė žmogaus teisių deklaracija | Kiekvienas turi teisę į savo ir savo šeimos sveikatą ir gerovei pakankamą gyvenimo lygį, įskaitant maistą, drabužius, būstą ir sveikatos priežiūrą bei būtinas socialines paslaugas, ir teisę į apsaugą nedarbo, ligos, negalios, našlystės, senatvės atveju arba kitomis nuo jo nepriklausančiomis aplinkybėmis, jam netekus pragyvenimo šaltinio (25 straipsnio 1 dalis) |
| 1961 1996 | Europos socialinė chartija (pataisyta) | Kiekvienas žmogus turi teisę naudotis visomis priemonėmis, leidžiančiomis pasiekti aukščiausią, kokį tik galima, sveikatingumo lygį (I dalies 11 paragrafas ir 11 straipsnis) |
| 1966 | Tarptautinių ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių paktas | Valstybės, šio Pakto šalys, pripažįsta kiekvieno žmogaus teisę turėti kuo geriausia fizinę ir psichinę sveikatą (12 straipsnio 1 dalis) |
| 1979 | Konvencija dėl visų formų diskriminacijos panaikinimo moterims | Valstybės dalyvės imasi visų reikiamų priemonių, kad būtų panaikinta moterų diskriminacija užimtumo srityje ir lygiomis su vyrais sąlygomis moterims būtų užtikrintos šios teisės: teisė į sveikatos apsaugą ir saugias darbo sąlygas, įskaitant giminės praradimo funkcijos išsaugojimą (11 straipsnio 1 dalies f pastraipa) |
| 1989 | Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencija | Valstybės dalyvės pripažįsta vaiko teisę naudotis tobuliausiomis sveikatos sistemos paslaugomis ir ligų gydymo bei sveikatos atkūrimo priemonėmis. Valstybės dalyvės rūpinasi, kad nė vienam vaikui nebūtų atimta teisė naudotis tokiomis sveikatos apsaugos sistemos paslaugomis (24 straipsnio 1 dalis) |
| 1997 | Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija) | Šalys, atsižvelgdamos į sveikatingumo reikmes ir turimus išteklius, imasi atitinkamų priemonių, kad pagal savo jurisdikciją sudarytų lygiateisiškas galimybes gauti atitinkamos kokybės sveikatos priežiūrą (3 straipsnis) |
| 1957 2010 | Sutartis dėl Europos Sąjungos veikimo | Žmonių sveikatos aukšto lygio apsauga užtikrinama nustatant ir įgyvendinant visas Sąjungos politikos ir veiklos kryptis. Sąjunga, savo veikla papildydama valstybių narių politiką, siekia gerinti visuomenės sveikatą, užkirsti kelią žmonių negalavimams ir ligoms bei pašalinti pavojaus fizinei ir psichinei sveikatai šaltinius. Tokia veikla apima kovą su labiausiai sveikatą pakertančiomis ligomis skatinant jų priežasčių, plitimo ir profilaktikos tyrimus, taip pat skleidžiant informaciją ir plėtojant švietimą sveikatos klausimais bei stebėseną, išankstinį įspėjimą dėl didelių peržengiančio sieną pobūdžio grėsmių sveikatai ir kovą su jomis. Sąjunga papildo valstybių narių veiklą mažinant su narkotikais siejamą žalą sveikatai, taip pat plėtojant informavimą ir prevenciją (168 straipsnis) |

Apibendrinant galima teigti, kad teisė į sveikatos apsaugą tarptautinėse sutartyse, deklaracijose nuo atsargaus sveikatos, kaip pagrindinės žmogaus vertybės, įtvirtinimo (Pasaulio sveikatos organizacijos Konstitucijoje, 1946 m.), jos, kaip teisės į gyvybę sudėtinės dalies, įtvirtinimo (Visuotinė žmogaus teisių deklaracija, 1948 m.) evoliucinavo iki savarankiškos teisės, kuriai įgyvendinti išskiriamos vis konkretnės ir daugiau sveikatai lemiamą įtaką darančių veiksmų apimančios įgyvendinimo priemonės. Europos mastu Europos socialinė chartija (1961 m., pataisyta 1996 m.), kaip ir Tarptautinių socialinių, ekonominių ir kultūrinių teisių paktas (1966 m.), teisę į sveikatos apsaugą

įtvirtina kaip savarankišką universalią žmogaus teisę, kuriai įgyvendinti nustatomi konkretūs veiksmai. Tuo pačiu vis dar atsargiai kalbama apie asmeninę žmogaus atsakomybę už savo sveikatą (nustatant jam pareigas), teisę sukonzentruojant ties įpareigojimais valstybei užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugas, prekes ir išteklius, kartu akcentuojant, kad valstybė negali garantuoti pilnos asmens teisės į sveikatą, t. y. būti sveikam. Atsižvelgiant į įvairių socialinių grupių statusą – moters vietą visuomenėje ir vis dar egzistuojančią diskriminaciją (Konvencija dėl visų formų diskriminacijos panaikinimo moterims, 1979 m.), vaiko ypatingą statusą (Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencija, 1989 m.) – joms teisė į sveikatos apsaugą išskiriama greta kitų pilietinių, asmeninių, socialinių ir ekonominių teisių. Vystantis medicinos mokslui, įgyvendinant bei specializuojant minėtų tarptautinės teisės dokumentų nuostatas siekiama jau ne įtvirtinti pačią teisę į sveikatos apsaugą, o užtikrinti jos įgyvendinimą, lygias galimybes žmonėms gauti sveikatos priežiūrą, apibrėžti pacientų teises bei statusą (Žmogaus teisių bei biomedicinos konvencija, 1997 m.).

1.2.3. Teisės į sveikatos apsaugą turinys

Pradedant analizuoti teisės į sveikatos apsaugą turinį verta prisiminti S. D. Jamar¹⁴⁹ teiginį, kad jei teisė į sveikatą apima viską, tai ji nereiškia nieko. Jei bus neaiškus ar neapibrėžtas teisės turinys, nebus aiškios ir jos apimtys, t. y. už ką atsako valstybė ir kokia yra paties asmens atsakomybė. Nežinant valstybės pareigų įgyvendinant teisės į sveikatą turinį, nebus įmanoma reikalauti iš jos imtis reikiamų priemonių, asmuo negalės tinkamai ginti savo teisės, kai ji pažeidžiama dėl valstybės neveiklumo, arba net reikalauti, kad valstybė nutrauktų savo veiksmus, kenkiančius asmens sveikatai.

Taigi aktualus tampa teisės į sveikatos apsaugą, kaip socialinės teisės, turinys: iš minėtų tarptautinės teisės dokumentų kylančios pareigos valstybei. Kiekvienas asmuo turi teisę į sveikatos apsaugą ir ši teisė yra žmogaus juridinė teisė, o ne tik moralinė teisė, tad valstybei tenkančių įpareigojimų, būtinų įgyvendinant šią asmens teisę, svarba yra neabejotina. Atitinkamai nežinant teisės į sveikatos apsaugą turinio neįmanoma tampa ir visuomenės sveikatos priežiūros teisinio reguliavimas. Iš kitos pusės, kaip buvo minėta, jei valstybė nesiims atitinkamų teisinių priemonių siekdama užtikrinti asmenų sveikatą, tai bus šios teisės pažeidimas. Kaip pastebi P. A. Molinari¹⁵⁰, teisė į sveikatos apsaugą neturėtų būti atimta vien dėl to, kad ji besivystanti teisė, arba todėl, kad nė vienas teismas negali nuspręsti jos tikslaus turinio, arba todėl, kad jokio įgyvendinimo prievartos mechanizmo šiuo metu nėra arba jis tik tikėtinai egzistuoja.

Siekiant detaliai atskleisti teisės į sveikatos apsaugą turinį išsamiau analizuotinos Tarptautinių ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakto ir Europos socialinė chartijos nuostatos, kadangi šie teisės aktai tiesiogiai nustato ir įtvirtina teisę į sveikatos apsaugą, apibrėžia priemones, kurias turi įgyvendinti jas ratifikavusios valstybės. Taip pat bus aptariamoms ir Konvencijos dėl visų formų diskriminacijos panaikinimo moterims ir Jungtinių Tautų vaikų teisių konvencijos nuostatos, kadangi jose taip pat įtvirtinti atskiri konkrečiose srityse įgyvendintini įpareigojimai valstybėms. Nors Eu-

¹⁴⁹ Jamar, S. D., *supra* note 30, p. 26.

¹⁵⁰ Molinari, P. A., *supra* note 16, p. 43.

ropos Sąjunga tiesiogiai nedalyvauja įgyvendinant teisę į sveikatos apsaugą, tačiau jos kompetencija susijusi su visuomenės sveikatos priežiūra bei asmenų, paslaugų ir prekių laisvu judėjimu, sudaro sąlygas minėti teisei vystytis, todėl šiame darbo poskyryje taip pat bus aptariamos ir Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo nuostatos.

Neabejotiną žmogaus teisių įtvirtinimo tarptautiniuose dokumentuose reikšmę pabrėžia T. Birmontienė, kuri teigia, kad „tarptautinis teisinis reguliavimas šiuo metu daro ypač didelę įtaką žmogaus teisių doktrinai ir valstybių konstitucinės teisės nuostatomis“¹⁵¹. Tačiau ne mažiau yra svarbus ir nacionalinis teisinis reglamentavimas, kuriuo valstybės tiesiogiai įgyvendina tarptautinės teisės dokumentuose numatytus įpareigojimus. Atsižvelgiant į tai, kad teisės į sveikatos apsaugą svarba atsispindi ir Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo jurisprudencijoje, teismui aiškinant Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies nuostatas, atskirai darbe bus apžvelgiamas ir minėtos Konstitucijos nuostatos, ir Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo jurisprudencija bei juose apibrėžtos teisės į sveikatos apsaugą apimtys ir įpareigojimai valstybei (atitinkamai ir pačios teisės turinys).

Atkreiptinas dėmesys, kad, kaip buvo minėta 1.2.1 darbo poskyryje „Sveikatos koncepcija“, atskirai išskirtina PSO Pasaulio sveikatos organizacijos Konstitucija, kuri, nors ir tiesiogiai neįtvirtina teisės į sveikatos apsaugą, tačiau pateikdama bendrąją sveikatos apibrėžimą, nubrėžė gaires, kuriomis vadovaujantis ir yra aiškinamas sveikatos turinys. PSO savo įgaliojimų ribose yra ta tarpvyriausybinių organizacija, kuri padeda valstybėms įgyvendinti šią teisę: konsultuodama, pateikdama rekomendacijas, dalyvaudama įvairių epidemijų protrūkių valdyme, tvirtindama šalims narėms privalomas įgyvendinti taisykles. PSO taip pat suvaidino svarbų vaidmenį politiškai įtvirtinant teisę į sveikatos apsaugą, kurios pripažinimas aptartas 1.2.2 darbo poskyryje apžvelgtose „Sveikata visiems“ doktrinos ir Almatos deklaracijoje.

Jungtinių Tautų Organizacijos Tarptautinių ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakto (toliau šioje darbo dalyje – Paktas) 12 straipsnio 1 dalyje numatyta, kad „valstybės, šio Pakto Šalys, pripažįsta kiekvieno žmogaus teisę turėti kuo geriausią fizinę ir psichinę sveikatą“.

Minėtomis Pakto nuostatomis ir yra siekiama, kad valstybės, ratifikavusios Paktą, asmenims garantuotų teisę į kuo geriausią sveikatą, atsižvelgdamos į savo turimus išteklius.

Atkreiptinas dėmesys, kad analizuojame straipsnyje nėra apibūdinta sveikatos samprata, o vartojamas terminas „psichinė ir fizinė sveikata“. Kaip primena F. P. Grad¹⁵², rengiant Pakto 12 straipsnio redakciją techninę pagalbą suteikė PSO ir, pasak autoriaus, tai lėmė, kad į šį straipsnį sveikatos apibrėžimas nebuvo įtrauktas. Manytina, kad sveikatos apibrėžimo neįtraukimą lėmė ne tik minėtos aplinkybės, bet ir tai, kad ir kitos Pakte įtvirtintos teisės taip pat nėra apibrėžiamos. Vis dėlto dėmesys turėtų būti kreipiamas ne tik į minėtas aplinkybes, tačiau ir į tai, kad Pakte vartojama žymiai siauresnės apimties sveikatos samprata, nei nustatyta PSO Konstitucijoje, kuri neapima „socialinės gerovės būsenos“. S. D. Jamar¹⁵³ pastebi, kad pirminė nagrinėjamo Pakto

¹⁵¹ Birmontienė, T., *et al.*, *supra* note 10, p. 278.

¹⁵² Grad, F. P., *supra* note 16, p. 27.

¹⁵³ Jamar, S. D., *supra* note 30, p. 12.

straipsnio redakcija skyrėsi nuo galiojančios. Ji skambėjo taip: „Pakto valstybės narės, suprasdamos, kad sveikata yra visiška fizinė, protinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligos arba negalios nebuvimas, pripažįsta kiekvieno žmogaus teisę naudotis paties geriausio lygio sveikata“, taigi, socialinis komponentas iš minėtos definicijos buvo eliminuotas. Į šią diskusiją aiškumo įneša Jungtinių Tautų Ekonomikos ir socialinė taryba¹⁵⁴, kuri aiškindama (reikšdama savo nuomonę, nes oficialios teisės aiškinti Pakto nuostatų neturi) minėtą Pakto straipsnį teigia, kad terminas „pačios geriausios sveikatos“ apima individo sveikatos biologines ir socialines bei ekonomines prielaidas, taip pat valstybės turimus išteklius, o teisė į sveikatos apsaugą apima ir laisves, ir teises. Laisvės apima ir teisę kontroliuoti savo sveikatą ir kūną, įskaitant lytinę ir reprodukcinę laisvę, ir teisę būti laisvam nuo trukdžių, pavyzdžiui, teisę į laisvę nuo kankinimo, gydymo ir eksperimentavimo be asmens sutikimo draudimą.

Pakte, priešingai nei Tarptautinių pilietinių ir politinių teisių pakte¹⁵⁵, kur vartojama frazė „kiekvienas turi teisę“, teisės yra formuluojamos pagal standartinę formuluotę „pripažįsta kiekvieno teisę“. Manytina, tai lemia socialinių teisių, tarp jų ir sveikatos, kaip asmens objektyvios būklės, priklausomumas ne tik nuo valstybės sukuriamų priemonių bei turimų išteklių, bet ir nuo paties asmens. S. D. Jamar pastebi¹⁵⁶, kad minėtos formuluotės vartojimas suteikia didesnę diskreciją šalims narėms, šio skirtumo svarbą užtikrina termino „pripažinti“ vartojimas ir pagrindinis skirtumas slypi ne pripažinimo skelbime, bet esamuose įsipareigojimuose.

Negana to, rengiant Paktą, taip pat ir diskutuojant dėl teisės į sveikatos apsaugą turinio, buvo keliamas ir kitas reikšmingas klausimas: ar deklaruoti arba nustatyti pareigą asmenims pasirūpinti savo sveikata, tačiau ši nuostata buvo atmesta dėl kelių priežasčių, iš kurių svarbiausios buvo susijusios su praktiniais vykdymo sunkumais bei prievartos (už nesirūpinimą) taikymu. Be to, taip būtų apribota asmens laisvė rinktis¹⁵⁷.

Štai tokios priemonės, kurių turėtų imtis valstybės, siekiančios įgyvendinti teisę į sveikatos apsaugą, išskiriamos Pakto 12 straipsnio 2 dalyje:

- užtikrinti, kad gimtų mažiau negyvų kūdikių, sumažėtų kūdikių mirtingumas ir kad vaikai augtų sveiki (a pastraipa);
- užtikrinti, kad visais aspektais gerėtų aplinkos ir gamybos higiena (b pastraipa);
- užtikrinti epideminių, endeminių, profesinių bei kitokių ligų profilaktiką, gydymą ir kontrolę (c pastraipa);
- užtikrinti, kad būtų sudarytos sąlygos visiems gauti medicinos paslaugas ir medicininę priežiūrą susirgus (d pastraipa).

Šiuo atveju manytina, kad Pakte išskiriamos pagrindinės priemonės, kurių įgyvendinimas turėtų garantuoti Pakto pirmoje straipsnio dalyje numatytą kuo geriausią asmens sveikatą, nurodant pakankamai konkrečius veiksmus, o ne bendro pobūdžio teisės turinį ar pagrindinį tikslą ir ne rekomendacinius veiksmus, kurių reikia imtis.

¹⁵⁴ General comment No. 14 (2000) Substantive issues arising in the implementation of the international Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: The right to the highest standard of health, *supra* note 22.

¹⁵⁵ Tarptautinis pilietinių ir politinių teisių paktas. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 77-3288.

¹⁵⁶ Jamar, S. D., *supra* note 30, p. 18.

¹⁵⁷ *Ibid.*

Tuo pačiu atkreipiamas dėmesys, kad nepaisant skirtumo tarp teisės ir priemonių (veiksmų sąrašo) sąrašas padeda nustatyti pareigos vykdytojo, t. y. valstybės, įsipareigojimus ir teisių turėtojo, t. y. individo, teises. Kaip rašoma šio darbo 1.2.4 poskyryje, asmuo negali pagrįstai teigti „aš turiu teisę į sveikatą, todėl padarykite mane sveiką“, tačiau įgyja teisę teigti „aš turiu teisę į sveikatos apsaugą tad, darykite tai, kas būtina siekiant man ją užtikrinti.“

Pakto 12 straipsnio 2 dalies a pastraipoje numatyta pareiga valstybėms įgyvendinant teisę į sveikatos apsaugą užtikrinti, kad gimtų mažiau negyvų kūdikių, sumažėtų kūdikių mirtingumas ir kad vaikai augtų sveiki. Šiuo atveju išskiriamos tiek gydomošios (asmens sveikatos priežiūros) priemonės, kurios užtikrinamos imantis konkrečių privalomų medicininių veiksmų (pavyzdžiui, sveikatos priežiūros paslaugos neštumo ir gimdymo metu), įskaitant kvalifikuotą personalą, reikiamą įrangą ir pan., tiek ir prevencinės (visuomenės sveikatos priežiūros) priemonės, užtikrinamos teikiant tinkamas medicininės priemonės (pavyzdžiui, kontroliuojant, kad nebūtų hospitalinių infekcijų) ir sudarant vaikams sveikas augimo sąlygas. Kaip nurodo Jungtinių Tautų Ekonomikos ir socialinė taryba¹⁵⁸, šioje pastraipoje nurodytos priemonės apima priemonės, skirtas pagerinti vaiko bei motinos sveikatą, lytinės ir reprodukcinės sveikatos paslaugas, įskaitant galimybę naudotis šeimos planavimo priemonėmis, sveikatos priežiūra prieš ir po gimdymo, skubias akušerines paslaugas ir galimybę naudotis informacija, taip pat išteklius, būtinus teikiant šią informaciją.

Pakto 12 straipsnio 2 dalies b pastraipoje numatyta pareiga valstybėms užtikrinti, kad visais aspektais gerėtų aplinkos ir gamybos higiena. Konkrečiu atveju išskiriamos prevencinės (visuomenės sveikatos priežiūros) priemonės, kuriomis siekiama sudaryti sveikas tiek gyvenimo ir laisvalaikio, tiek ir darbo sąlygas – t. y. dėmesys skiriamas ne ligų gydymui, o jų prevencijai. Detalizuodama minėtos pastraipos tekstą Jungtinių Tautų Ekonomikos ir socialinė taryba¹⁵⁹ nurodo, kad minėtos pastraipos nuostatos, *inter alia*, apima prevencines priemonės dėl nelaimingų atsitikimų ir ligų; reikalavimą užtikrinti pakankamą saugų geriamąjį vandenį bei pagrindinę sanitariją; gyventojų patiriamos žalos dėl kenksmingų medžiagų prevenciją ir mažinimą, pavyzdžiui, apsaugą nuo kenksmingos spinduliuotės ir cheminių medžiagų arba kitų aplinkai kenkiančių veiksmų, kurie tiesiogiai arba netiesiogiai daro įtaką žmonių sveikatai. Be to, prevencinės priemonės apima pavojų, keliamų sveikatai žalingos darbo aplinkos, sumažinimą iki minimumo (kiek tai praktiškai įmanoma). Šis punktas taip pat apima tinkamą būstą bei saugias ir higieniškas sąlygas darbo vietoje, tinkamai tiekiamą maistą ir tinkamą mitybą, neskatinančią alkoholio ir tabako, narkotikų ir kitų kenksmingų medžiagų vartojimo ar piktnaudžiavimo jomis.

Pakto 12 straipsnio 2 dalies c pastraipoje išskiriamos prevencinės (visuomenės sveikatos priežiūros) ir tiek, kiek su jomis susijusios, medicininės (asmens sveikatos priežiūros) priemonės nustatant pareigą valstybėms įgyvendinant teisę į sveikatos apsaugą užtikrinti epideminių, endeminių, profesinių bei kitokių ligų profilaktiką, gydymą ir kontrolę. Kaip šios pastraipos turinį patikslina Jungtinių Tautų Ekonomikos ir

¹⁵⁸ General comment No. 14 (2000) Substantive issues arising in the implementation of the international Covenant on Economic, social and cultural rights: The right to the highest standard of health, *supra* note 22.

¹⁵⁹ *Ibid.*

socialinė taryba¹⁶⁰, šios Pakto nuostatos reikalauja iš valstybių prevencijos ir švietimo programų, susijusių su sveikatos problemomis, nustatymo, geros sveikatos socialinių faktorių skatinimo, kaip antai, aplinkos apsaugos, švietimo, ekonominio vystymosi ir lyčių lygybės. Šios priemonės apima ir skubios medicinos pagalbos sistemos sukūrimą nelaimingų atsitikimų, epidemijos ir panašių pavojų sveikatai atvejais, stichinių nelaimių atvejais, taip pat humanitarinę pagalbą ekstremalių situacijų atvejais. Ligų kontrolės atveju reikalaujama individualių ir bendrų pastangų, *inter alia*, galimybės naudotis atitinkamomis technologijomis atliekant ir tobulinant epidemiologinę priežiūrą ir duomenų rinkimą, suskirstant duomenis, įgyvendinant ir stiprinant imunizacijos programas ir kitas užkrečiamųjų ligų kontrolės strategijas.

Pakto 12 straipsnio 2 dalies d pastraipoje numatytos organizacinės priemonės, skirtos užtikrinti, kad būtų sudarytos sąlygos visiems gauti medicinos paslaugas ir medicininę priežiūrą susirgus. Jungtinių Tautų Ekonomikos ir socialinė taryba¹⁶¹ pažymi, kad sąlygų visiems gauti medicinos paslaugas ir medicininę priežiūrą susirgus sudarymas apima ir laiku suteikiamas pagrindines ligų prevencijos, gydymo, reabilitacijos paslaugas ir sveikatos švietimą, nuolatines patikros programas; tinkamą gydymą nuo ligų, sužalojimų ir negalios, pageidautina bendruomenės lygmeniu; pagrindinių vaistų teikimą; reikiamą psichinių ligų gydymą ir priežiūrą. Kitas svarbus aspektas yra būtinybė tobulinti ir palaikyti dalyvavimą taikant prevencines ir gydymo paslaugas gyventojams, pavyzdžiui, sveikatos apsaugos sektoriaus organizavimą, draudimo sistemą ir, visų pirma, dalyvavimą priimant politinius sprendimus, susijusius su teise į sveikatos apsaugą.

Apibendrinus Pakto 12 straipsnyje aptartas priemones galima teigti, kad valstybės, ratifikavusios Paktą, įgyvendindamos teisę į sveikatos apsaugą, be kita ko, privalo užtikrinti lygias teises asmenims gauti sveikatos priežiūros išteklius, prekes ir paslaugas, ypatingą dėmesį skirdamas vaikų sveikatos priežiūrai; užtikrinti „laisvę nuo bado“¹⁶² visiems sudarydamas sąlygas gauti minimaliai būtino maisto, kuris maistiniu požiūriu yra tinkamas ir saugus; užtikrinti galimybę naudotis būstu ir sanitarija ir pakankamai tiekiamu saugiu geriamuoju vandeniu, gerinti gamybos higieną; teikti būtinus vaistus; užtikrinti teisingą visiems sveikatos priežiūros išteklių, prekių ir paslaugų paskirstymą; sukurti efektyviai veikiančią skubios medicinos pagalbos nelaimingų atsitikimų, epidemijos ir panašių pavojų sveikatai atvejais sistemą; epidemiologinių duomenų pagrindu priimti ir įgyvendinti nacionalinę visuomenės sveikatos strategiją ir veiksmų planą, spręsdamas visų gyventojų sveikatos problemas; organizuoti sveikatos apsaugos sektorių, draudimo sistemą ir dalyvavimą priimant politinius sprendimus, susijusius su teise į sveikatos apsaugą.

Iš kitos pusės, diskutuotina Jungtinių Tautų Ekonomikos ir socialinė tarybos pozicija¹⁶³, kurioje minėti įpareigojimai valstybėms išskiriami pagal lyginamąjį prioritetą:

- a) užtikrinti reprodukcinės, motinos (prieš gimdymą ir po gimdymo) ir vaiko sveikatos priežiūrą;

¹⁶⁰ *Ibid.*

¹⁶¹ *Ibid.*

¹⁶² *Ibid.*

¹⁶³ *Ibid.*

- b) vykdyti imunizaciją nuo pagrindinių infekcinių ligų pagal paplitimą bendruomenėje;
- c) imtis priemonių užkirsti kelią, gydyti ir kontroliuoti epidemines ir endemines ligas;
- d) vykdyti švietimą ir užtikrinti galimybes gauti informaciją apie pagrindines bendruomenės sveikatos problemas bei priemones, kurios taikomos siekiant užkirsti kelią ir kontroliuoti jas;
- e) užtikrinti sveikatos apsaugos darbuotojų mokymą, įskaitant švietimą apie sveikatą ir žmogaus teises.

Kaip matyti, minėtas priemonės taryba stengiasi sugrupuoti pagal svarbą (prioritetus), tačiau neapima visų priemonių, nurodytų Pakto 12 straipsnio 2 dalyje (pavyzdžiui, saugaus geriamojo vandens teikimo), kurios ir taip, manytina, yra būtinos. Galima daryti prielaidą, kad šis sąrašas skirtas valstybėms, kurios dėl ribotų finansinių išteklių negali garantuoti visų Pakte numatytų priemonių, siekiant pastarosioms nurodyti, kokios priemonės yra „gyvybiškai“ būtinos, t. y. svarbiausios norint bent minimaliai pasiekti Pakto 12 straipsnio 1 dalyje numatytų tikslų.

Kaip buvo minėta šio darbo 1.2.2 poskyryje, Konvencijos dėl visų formų diskriminacijos panaikinimo moterims 11 straipsnio 1 dalies f pastraipoje numatyta, kad valstybės dalyvės imasi visų reikiamų priemonių, kad būtų panaikinta moterų diskriminacija užimtumo srityje ir lygiomis su vyrais sąlygomis moterims būtų užtikrinta teisė į sveikatos apsaugą ir saugias darbo sąlygas, įskaitant giminės praradimo funkcijos išsaugojimą. Šios konvencijos 12 straipsnyje yra nustatomos pareigos valstybėms, ratifikavusioms minėtą konvenciją, t. y., kad jos turi imtis „visų reikiamų priemonių, kad būtų panaikinta moterų diskriminacija sveikatos apsaugos srityje ir vienodomis sąlygomis su vyrais užtikrintas medicininis aptarnavimas, įskaitant tą, kuris susijęs su šeimos planavimu“. Antroje konvencijos 12 straipsnio pastraipoje nustatyta, kad šalys įsipareigoja „garantuoti moterims atitinkamą priežiūrą nėštumo, gimdymo metu ir po gimdymo įsipareigodamos teikti, kai reikia, nemokamas paslaugas, taip pat atitinkamą maistą nėštumo ir kūdikio maitinimo metu“. Konvencijos 14 straipsnis apibrėžia konkrečias moterų, gyvenančių kaimo vietovėse, problemas ir taip pat nustato, kad moterys turi teisę į prieinamą tinkamą sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą, įskaitant informaciją, konsultacijas ir šeimos planavimo paslaugas. Tame pačiame straipsnyje taip pat numatyta teisė naudotis tinkamomis gyvenimo sąlygomis, apimanti sanitarijos paslaugas ir vandens tiekimą.

Šios konvencijos nuostatos iš esmės papildė Pakto nuostatas įgyvendinant teisę į sveikatos apsaugą, kiek tai susiję su moterų sveikata – dėl to ši konvencija mokslinėje literatūroje neretai yra įvardijama kaip pagrindinis dokumentas, skatinantis lyčių lygybės palaikymą ir aktyvią veiklą šioje srityje¹⁶⁴.

S. D. Jamar¹⁶⁵ nurodo, kad ši konvencija pripažįsta „teisę į sveikatos apsaugą“ ir žodžio „apsauga“ vartojimas reiškia ėmimąsi veiksmų siekiant sukurti palankias sąlygas

¹⁶⁴ Plačiau apie tai: Byrnes, A. C., *The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women and the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women: Reflections on Their Role in the Development of International Human Rights Law and as a Catalyst for National Legislative and Policy Reform*. *UNSW Law Research Paper*. 2010, 17.

¹⁶⁵ Jamar, S. D., *supra* note 30, p. 15.

gerai sveikatai ar bent jau vengti sąlygų, bloginančių sveikatą. Pasak autoriaus, ši konvencija taip pat dar kartą patvirtina, kad moterų bei vyrų gydymas gali būti skirtingas, ypač kai tai yra susiję su motinyste: aiškiai nurodoma, kad motinystė ir reprodukcija apskritai yra laikomi teisės į sveikatos apsaugą dalimis, taip pat yra aiškiai numatoma, kad nėštumo ir vaiko priežiūros metu privalu suteikti moterims galimybę dirbti.

Jungtinių Tautų Diskriminacijos prieš moteris panaikinimo komitetas Pagrindinėse rekomendacijose¹⁶⁶ nurodo, kad priemonės, skirtos pašalinti moterų diskriminaciją, yra laikomos netinkamomis, jei sveikatos priežiūros sistema neturi paslaugų, leidžiančių išvengti, nustatyti ir gydyti moterų ligas pagal specifinius jų poreikius. Minėtose rekomendacijose nurodoma, kad priemonės, skirtos įgyvendinti moterų teisę į sveikatos apsaugą siekiant išvengti diskriminacijos, be kitų, apima šias priemones: užtikrinti, kad būtų pašalintos visos kliūtys moterims gauti sveikatos priežiūros paslaugas bei su jomis susijusį švietimą ir informaciją, įskaitant lytinės ir reprodukcinės sveikatos srityje, ir tinkamai paskirstyti išteklius, programas, skirtas paauglių prevencijai ir gydymui; teikti pirmenybę nepageidaujamo nėštumo prevencijai per šeimos planavimą ir lytinį švietimą ir sumažinti motinų mirštamumo lygį teikiant saugios motinystės paslaugas ir pagalbą gimdymo metu ir pan.

Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencijos 24 straipsnio 1 dalyje įtvirtinama vaiko teisė „naudotis tobuliausiomis sveikatos sistemos paslaugomis ir ligų gydymo bei sveikatos atkūrimo priemonėmis“. Valstybėms įgyvendinant minėtą teisę nustatytos konkrečios priemonės, kurių pastarosios privalo imtis siekdamos: sumažinti kūdikių ir vaikų mirtingumą; užtikrinti reikiamą medicinos pagalbą ir sveikatos apsaugą visiems vaikams, pirmiausia plėtojant pirmąją medicinos ir sanitarijos pagalbą; kovoti su ligomis ir pusbadžiaivimu naudojant pirmąją medicinos ir sanitarijos pagalbą, be to, aprūpinant pakankamai maistingais produktais ir, atsižvelgiant į aplinkos užterštumo pavojų ir riziką, švarių geriamuoju vandeniu; teikti motinoms reikalingas sveikatos apsaugos paslaugas iki ir po gimdymo; informuoti visus visuomenės sluoksnius, ypač tėvus ir vaikus, apie vaikų sveikatą ir mitybą, maitinimo krūtimi privalumus, higieną, vaiko gyvenamosios aplinkos sanitariją ir nelaimingiems atsitikimams keliuose užkirtimą, taip pat sudaryti galimybę jiems lavintis ir tokiomis žiniomis pasinaudoti; plėtoti švietimą ir paslaugas sveikatos priežiūros, tėvų konsultavimo ir šeimos planavimo srityje. Kaip teigia Jungtinių Tautų Vaikų teisių komitetas, teisė į sveikatos apsaugą apima ne tik medicininės priemonės, bet ir sveikos aplinkos vaikui sukūrimą¹⁶⁷.

Kaip matyti iš išvardytų priemonių, jos iš esmės apima Pakte numatytas priemones, išskiriant švietimą kaip modernios visuomenės sveikatos priežiūros aspektą, skirtą ugdyti asmenis sveikai gyvensenai, informuoti apie žalingus veiksnius, darančius įtaką jų sveikatai, ir yra skirtos konkrečiai asmenų grupei – vaikams, atsižvelgiant į jų specialų statusą visuomenėje ir specialius sveikatos priežiūros poreikius. Kaip ir prieš tai

¹⁶⁶ General Recommendation No. 24 (20th session, 1999) (article 12 : Women and health). Committee on the Elimination of Discrimination against Women [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-01-12]. <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom24>>.

¹⁶⁷ General comment No. 4 (2003): Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child. The Committee on the Rights of the Child [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-12-21]. <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G03/427/24/PDF/G0342724.pdf?OpenElement>>.

nagrinėtu atveju šios konvencijos nuostatos taip pat yra aiškinamos jas siejant su Pakto ir jį komentuojančių rekomendacijų nuostatomis¹⁶⁸.

Europos mastu asmenims teisė į sveikatos apsaugą suteikiama ir Europos socialine chartija, kurios I dalies 11 paragrafe nustatyta: „Kiekvienas žmogus turi teisę naudotis visomis priemonėmis, leidžiančiomis pasiekti aukščiausią, kokį tik galima, sveikatingumo lygį.“

Minėtas chartijos nuostatas detalizuoja 11 straipsnis, nustatantis, jog siekdamas užtikrinti, kad būtų veiksmingai įgyvendinta teisė į sveikatos apsaugą, šalys įsipareigoja tiesiogiai ar bendradarbiaudamos su valstybinėmis ar privačiomis organizacijomis imtis reikiamų priemonių, skirtų: kiek įmanoma šalinti prastos sveikatos priežastis; teikti konsultacijas ir rūpintis švietimo priemonėmis, kuriomis propaguojama sveika gyven-sena bei skatinama asmeninė atsakomybė už savo sveikatą; kiek įmanoma užkirsti kelią epideminėms, endeminėms ir kitoms ligoms, taip pat nelaimingiems atsitikimams.

Pasak S. Fluss¹⁶⁹, Europos socialinės chartijos 11 straipsnis pateikia pilnesnį teisės į sveikatos apsaugą apibrėžimą. Autorius teigia, kad chartijoje įtvirtinta, jog kiekvienas asmuo turi teisę į naudą iš bet kokių priemonių, suteikiančių jam teisę naudotis aukščiausio galimo standarto sveikata, kad kiekvienas asmuo turi teisę į socialinę ir medicininę apsaugą ir kad kiekviena šalis narė turi panaikinti kaip galima daugiau ligas sukeliančių priežasčių, suteikti sveikatos stiprinimo mokymo paslaugas ir skatinti asmeninę atsakomybę už sveikatą, taip pat ir užkirsti kelią epidemijoms, endemijoms.

Šiuo atveju pabrėžtina, kad Europos socialinėje chartijoje numatyta, jog valstybės privalo imtis atitinkamų priemonių sveikatos apsaugos srityje, tačiau, priešingai nei Pakto nuostatose, neminimos sveikatos sistemos organizacinės ir medicininės (gydomosios) priemonės, o išskiriamos priemonės, kuriomis siekiama prevenciškai apsaugoti asmens sveikatą, t. y. sudaryti saugias asmenų sveikatai sąlygas bei laiku reaguoti į grėsmes sveikatai. Nors D. Gomien, D. J. Harris, L. Zwaak¹⁷⁰ teigia, kad teisė į sveikatos apsaugą pagal Europos socialinę chartiją bus įgyvendinta, jei sveikatos apsaugos sistema turės tam tikrus elementus: adekvatų ir prieinamą visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, kuris užtikrins reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas visai visuomenei ir ligų prevenciją ir diagnozę; specialias priemones, kurios užtikrins motinų, vaikų ir pagyvenusių žmonių sveikatą; pagrindines priemones, skirtas oro ir vandens užterštumo prevencijai, apsaugai nuo radioaktyvių spindulių, triukšmo; maisto aplinkos higieninę kontrolę ir alkoholio bei narkotikų kontrolę. Kaip matyti, išskiriamos priemonės yra aiškinamos išplečiant pačios chartijos nuostatas ir jas aiškinant greta Pakto ir kitų aptartų tarptautinių konvencijų nuostatų.

¹⁶⁸ General comment No. 5 (2003): General measures of implementation of the Convention on the Rights of the Child (arts. 4, 42 and 44, para. 6). The Committee on the Rights of the Child [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-12-21]. <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G03/455/14/PDF/G0345514.pdf?OpenElement>>.

¹⁶⁹ Fluss, S. S. The development of national health legislation in Europe: the contribution of international organizations. *European journal of health law*. 1995, 2:193.

¹⁷⁰ Gomien, D.; Harris, D. J.; Zwaak L. *Council of Europe. Law and practice of the European Convention on Human Rights and the European Social Charter*. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 1996, p. 398.

Lisabonos sutarties¹⁷¹ 2c straipsnio 2 dalyje numatyta, kad Europos Sąjunga dalijasi kompetencija su valstybėmis narėmis sutartyje apibrėžtų bendrų visuomenės sveikatos saugos problemų aspektais, nustatant, kad pasidalomajai Sąjungos ir valstybių narių kompetencijai nepriskiriamos sritys, nurodytos 2e straipsnyje, kuriame konstatuojama, kad „Sąjungos kompetencijai priklauso remti, koordinuoti ar papildyti valstybių narių veiksmus. Europos lygiu tokių veiksmų sritys apima: <...> žmogaus sveikatos apsaugą ir gerinimą“. Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo¹⁷² (Lisabonos sutartimi pervadinta Europos Bendrijos steigimo sutartis) 168 straipsnyje „Visuomenės sveikata“ nustatyta, kad: „žmonių sveikatos aukšto lygio apsauga užtikrinama nustatant ir įgyvendinant visas Sąjungos politikos ir veiklos kryptis. Sąjunga, savo veikla papildydama valstybių narių politiką, siekia gerinti visuomenės sveikatą, užkirsti kelią žmonių negalavimams ir ligoms bei pašalinti pavojaus fizinei ir psichinei sveikatai šaltinius. Tokia veikla apima kovą su labiausiai sveikatą pakertančiomis ligomis skatinant jų priežasčių, plitimo ir profilaktikos tyrimus, taip pat skleidžiant informaciją ir plėtojant švietimą sveikatos klausimais bei stebėseną, išankstinį įspėjimą dėl didelių peržengiančio valstybių sienas pobūdžio grėsmių sveikatai ir kovą su jomis. Sąjunga papildoma valstybių narių veiklą mažinant su narkotikais siejamą žalą sveikatai, taip pat plėtojant informavimą ir prevenciją.“

Atsižvelgiant į tai, konstatuotina, kad į Europos Sąjungos politikos akiratį iš esmės patenka tik kai kurie visuomenės sveikatos priežiūros aspektai ir apskritai tiesioginis teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimas nėra Sąjungos kompetencija. „Ribotą“ Sąjungos kompetenciją sveikatos apsaugos srityje „įtvirtina“ ir minėto 168 straipsnio 2 ir 4 dalys, kuriose nustatoma, kad „Komisija, palaikydama glaudų ryšį su valstybėmis narėmis, gali imtis bet kokios naudingos iniciatyvos tokiam koordinavimui remti, ypač iniciatyvų, kuriomis siekiama nustatyti gaires ir rodiklius, organizuoti keitimąsi geriausia patirtimi ir rengti reikiamus elementus periodinei stebėsenai ir vertinimui“ ir kad „nukrypstant nuo 2 straipsnio 5 dalies ir 6 straipsnio a punkto bei laikantis 4 straipsnio 2 dalies k punkto, Europos Parlamentas ir Taryba, spręsdami pagal įprastą teisėkūros procedūrą ir pasikonsultavę su Ekonomikos ir socialinių reikalų komitetu bei Regionų komitetu, šiame straipsnyje nurodytų tikslų padeda siekti imdamiesi bendroms saugos problemoms spręsti: priemonių, nustatančių aukštus žmogaus kilmės organų ir medžiagų, kraujo ir kraujo darinių kokybės bei saugos standartus; šios priemonės jokiai valstybei narei nekludo ir toliau laikytis apsaugos priemonių arba jas sugriežtinti; priemonių veterinarijos ir fitosanitarijos srityse, kuriomis tiesiogiai siekiama apsaugoti visuomenės sveikatą; priemonių, nustatančių aukštus vaistų ir medicinos tikslams naudojamų prietaisų kokybės bei saugos standartus.“ Taip pat minėto straipsnio 7 dalyje aiškiai nurodyta, kad „Sąjunga savo veikloje pripažįsta valstybių narių atsakomybę už jų sveikatos politikos apibrėžimą ir už sveikatos paslaugų ir sveikatos priežiūros organizavimą bei teikimą. Valstybių narių atsakomybė apima sveikatos paslaugų ir sveikatos priežiūros valdymą bei tam paskirtų išteklių paskirstymą. 4 dalies a punkte nurodytos priemonės neturi įtakos nacionalinėms nuostatoms dėl organų ir kraujo donorystės ar jų naudojimo medicinos tikslams.“

¹⁷¹ Lisabonos sutartis, iš dalies keičianti Europos Sąjungos sutartį ir Europos bendrijos steigimo sutartį. [2007] OL C306/01.

¹⁷² Sutartis dėl Europos Sąjungos veikimo. [2010] OL C83/01.

Kaip matyti iš aksčiau aptartų teisės aktų nuostatų, Europos Sąjunga ir jos vykdoma politika turi įtakos valstybių narių vykdomai sveikatos priežiūrai ir sveikatos teisei. Ši įtaka visų pirma pasireiškia kaip vidaus rinkos plėtra ir teisės suderinimas pašalinant trukdžius prekėms, paslaugoms ir asmenims laisvai judėti per sienas, o tai turi didelę įtaką sveikatos priežiūrai. Antra, Europos Sąjungos politika tokiose srityse kaip sąžininga konkurencija, draudimo teisė ir vartotojų apsauga ir toliau turi poveikį sveikatos sričiai. Galiausiai, yra didelė įtaką Europos Sąjungos teisei darantis Europos Teisingumo Teismas, pagal kurio jurisprudenciją taip pat formuojamas laisvo judėjimo principų taikymas sveikatos priežiūros sektoriui. Kaip vienas iš pavyzdžių pateiktina byla *B. S. M. Smits (Geraets) v. Stichting Ziekenfonds VGZ ir H. T. M. Peerbooms v. Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen*¹⁷³, kurioje Teisingumo Teismas išaiškino, kad sveikatos draudimu apdraustas gydymas turi būti suprantamas kaip gydymas pagal tarptautinį medicinos mokslą ir medicinos standartus, visuotinai pripažintus tarptautiniu lygiu. Kaip pabrėžė H. Nys, jeigu šios taisyklės nuosekliai taikomos, jos „atveria kelią teisei į sveikatos paslaugų suderinimą ir numato teisę į panašių sveikatos paslaugų paketą visoje Europos Sąjungoje“¹⁷⁴. Negana to, S. Gevers nurodo, kad „sprendimuose (*Kohll ir Decker*, 1998; *Müller-Fauré/van Riet*, 2002) Europos Teisingumo Teismas pripažino pacientų teisę gauti tam tikromis aplinkybėmis apmokėjimą už sveikatos priežiūros paslaugas kitoje valstybėje narėse, atsižvelgiant į valstybių narių poreikį išlaikyti infrastruktūrą ir jų sveikatos priežiūros ir draudimo sistemos finansinį stabilumą. Be to, savo politika, sveikatos apsaugos srities priemonėmis siekdama savo svarbiausio tikslo nuo pat pradžių – sukurti bendrą rinką – Europos Sąjunga daro didelę įtaką lengvindama laisvą asmenų judėjimą: ne tik pacientų, bet ir sveikatos priežiūros specialistų“¹⁷⁵. Atitinkamai pastebi ir T. Elzbergas, teigdamas, kad „*Kohll ir Decker* byloje Europos Teisingumo Teismas laikėsi nuostatos, kad išankstinio leidimo turėjimas nėra būtina sąlyga siekiant gauti kompensaciją už kitoje valstybėje narėje patirtas sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas“¹⁷⁶. Minėtas autorius taip pat pabrėžia, kad „Europos Teisingumo Teismo jurisprudencijoje pripažįstama, kad išankstinis leidimas yra laisvės gauti ir teikti paslaugas suvaržymas, kuris gali būti pateisinamas tik stacionaraus gydymo atveju, nes stacionarus gydymas yra ypatingo pobūdžio ir turi būti planuojamas siekiant efektyviai paskirstyti išteklius ir nepakenkti valstybių narių socialinės apsaugos sistemų finansiniam stabilumui. Europos Teisingumo Teismas jurisprudencijoje taip pat pripažino paciento teisę į visų gydymo išlaidų kitoje valstybėje narėje kompensavimą, išskyrus kelionės ir apsisojimo kitoje valstybėje narėje išlaidas, jei šios išlaidos nekompensuojamos pacientui keliaujant valstybės narės viduje“¹⁷⁷. Todėl šiuo atveju taip pat negali būti nepaminėtas Sąjungos indėlis užtikrinant galimybę laisvai keliauti, gyventi ir dirbti bet kurioje Europos Sąjungos šalyje, jos piliečiams naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis visur, kur tik keliautų. Naudodamiesi Europos sveikatos draudimo kortelėmis, atostogaujantys ar

¹⁷³ Case C-157/99, *B. M. S. Smits-Geraets v. Stichting Ziekenfonds VGZ, H. T. M. Peerbooms v. Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen* [2001] ECR I-05473.

¹⁷⁴ Gevers, S., *supra* note 39, p. 266.

¹⁷⁵ Gevers, S. *supra* note 38, p. 32.

¹⁷⁶ Elzbergas, T. Paciento teisė į sveikatos priežiūros paslaugas kitoje ES valstybėje narėse. *Socialinių mokslų studijos*. 2010, 1(5):337–364.

¹⁷⁷ *Ibid.*

dalykiniais reikalais keliaujantys asmenys gali lengviau pasinaudoti savo teise į sveikatos apsaugą susirgę kitoje valstybėje narėje (ar tam tikrose kitose Europos šalyse). Be to, tam tikromis aplinkybėmis ES piliečiai turi teisę į gydymą bet kurioje pasirinktoje ES šalyje net ne atostogų metu¹⁷⁸.

Apibendrinant minėtų tarptautinės teisės ir Europos Sąjungos teisės dokumentų nuostatas iš pastarųjų išskirtini šie pagrindiniai įpareigojimai valstybei siekiant užtikrinti asmeniui teisę į sveikatos apsaugą, atitinkančią aukščiausius įmanomus pasiekti standartus, sudarant lygias galimybes atsižvelgiant į turimus išteklius: užtikrinti lygias teises asmenims priėti prie sveikatos priežiūros išteklių, prekių ir paslaugų, ypatingą dėmesį skiriant vaikų ir moterų (ypač nėštumo, gimdymo metu ir po gimdymo) sveikatos priežiūrai, kiek tai susiję su jų specifine fiziologija; sudaryti sąlygas priėti prie minimaliai būtino maisto, kuris maistiniu požiūriu yra tinkamas ir saugus; užtikrinti galimybę naudotis būstu ir sanitarija bei pakankamai tiekiamu saugiu geriamuoju vandeniu, gerinti gamybos higieną; teikti būtinus vaistus; užtikrinti teisingą visiems sveikatos priežiūros išteklių, prekių ir paslaugų paskirstymą; sukurti efektyviai veikiančią skubios medicinos pagalbos nelaimingų atsitikimų, epidemijos ir panašių pavojų sveikatai atvejais sistemą; epidemiologinių duomenų pagrindu priimti ir įgyvendinti nacionalinę visuomenės sveikatos strategiją ir veiksmų planą, skirtą spręsti visų gyventojų sveikatos problemas; organizuoti sveikatos apsaugos sektorių, draudimo sistemą ir dalyvavimą priimant politinius sprendimus, susijusius su teise į sveikatos apsaugą; teikti konsultacijas ir rūpintis švietimo priemonėmis, kuriomis propaguojama sveika gyvensena bei skatinama asmeninė atsakomybė už savo sveikatą.

Išskirtos priemonės atskleidė kiekybinius privalomus minimaliai įgyvendinti teisės į sveikatos apsaugą parametrus¹⁷⁹, tačiau siekiant iki galo atskleisti teisės į sveikatos apsaugą turinį, svarbu pateikti ir jos kokybinius parametrus¹⁸⁰ – t. y. kaip valstybės privalo įgyvendinti minėtas priemones. Toks skirstymas, manytina, nuosekliai išplaukia iš mokslinės literatūros analizės ir suponuoja teisės į sveikatos apsaugą turinyje slypinčių įpareigojimų valstybei skirstymą į kiekybinius (kokie privalomi įgyvendinti įpareigojimai) bei kokybinius (kokiomis formomis privalomi įpareigojimai įgyvendinami) jos įgyvendinimo parametrus.

Manytina, kad prie kokybinių teisės į sveikatos apsaugą turinio parametrų priskirtini Jungtinių Tautų Ekonomikos ir socialinės tarybos išskiriami¹⁸¹ keturi teisės į sveikatos apsaugą elementai (mokslinėje literatūroje dar naudojami sveikatos priežiūros pas-

¹⁷⁸ Europos Sąjungos portalas: visuomenės sveikata [interaktyvus]. Briuselis, 2011 [žiūrėta 2011-03-15]. <http://europa.eu/pol/health/index_lt.htm>.

¹⁷⁹ Manytina, kad privalomos įgyvendinti priemonės sudarys teisės į sveikatos apsaugos kiekybinį turinį, t. y. parodys, kokių mastu valstybė privalo organizuoti sveikatos priežiūros sistemą ir kokias konkrečias funkcijas įgyvendindama šią teisę privalo vykdyti.

¹⁸⁰ Priemonės, kurios atskleis, kaip privalu įgyvendinti teisės į sveikatos apsaugą kiekybinius parametrus, t. y. atskleis pastarosios „turiningąją“ pusę, nurodymas, kaip valstybės turės įgyvendinti joms priskirtus konkrečius įpareigojimus.

¹⁸¹ General comment No. 14 (2000) Substantive issues arising in the implementation of the international Covenant on Economic, social and cultural rights: The right to the highest standart of health, *supra* note 22.

laugų prieinamumui vertinti ir vadinami panaudojimo rodikliais¹⁸² arba institucinėmis savybėmis, kuriomis turi pasižymėti valstybės, siekdamos įgyvendinti teisę į sveikatos apsaugą¹⁸³), kuriuos įgyvendindamos valstybės įgyvendins ir pačią teisę. Jie yra pasiekiami priklausomai nuo valstybėse susiklosčiusių sąlygų (ekonominių, organizacinių ar kitų). Apibendrinus minėtus elementus galima apibūdinti taip¹⁸⁴:

- *prieinamumas* (angl. *availability and accessibility*). Šis elementas apima veikiančius sveikatos priežiūros išteklius, prekes ir paslaugas (toliau apibendrintai – ištekliai), kurie turi būti pakankamo kiekio, kaip apibrėžta valstybės narės. Tuo pačiu atkreipiamas dėmesys, kad tikslus išteklių pobūdis gali skirtis priklausomai nuo daugelio veiksnių, įskaitant šalies išsivystymo lygį. Sveikatos priežiūros ištekliai, be kitų, apima ligonines, klinikas ir kitus su sveikata susijusius pastatus, tam tikrą išsilavinimą turinčius profesionalius medicinos darbuotojus, gaunančius vidaus rinkoje konkurencingą atlyginimą, būtinus pagrindinius vaistus, taip pat kitus sveikatą lemiančius veiksnius, pavyzdžiui, saugų geriamąjį vandenį bei pakankamus sanitarinius įrenginius. Kaip matyti išskiriami gana konkretūs ištekliai, kuriuos valstybės pagal savo galimybes privalo organizuoti ir tai daryti taip, kad šie visiems asmenims būtų prieinami vienodai, be jokios diskriminacijos. Dėl to prieinamumas apima keturis sutampančius matmenis, pagal kuriuos jis gali būti vertinamas, t. y.:
 - a) nediskriminavimą, nes ištekliai tiek *de jure*, tiek ir *de facto* turi būti prieinami visiems, ypač labiausiai pažeidžiamoms ar atskirtoms gyventojų grupėms;
 - b) fizinį prieinamumą, nes ištekliai turi būti saugūs, fiziškai pasiekiami visų gyventojų sluoksnių, ypač pažeidžiamų arba izoliuotų visuomenės grupių, pavyzdžiui, etninių mažumų ir vietos gyventojų, moterų, vaikų, paauglių, vyresnio amžiaus asmenų, asmenų su negalia. Šis matmuo taip pat reiškia, kad medicinos paslaugos ir pagrindiniai sveikatą lemiantys veiksniai (saugus geriamasis vanduo ir pakankami sanitariniai įrenginiai) yra saugiai fiziškai pasiekiami, taip pat ir kaimo vietovėse. Prieinamumas taip pat apima tinkamą patekimą į pastatus neįgaliesiems;
 - c) ekonominį prieinamumą (įstengimą), nes ištekliai turi būti visiems finansiškai prieinami. Tai reiškia, kad apmokėjimas už sveikatos priežiūros paslaugas, taip pat paslaugas, susijusias su pagrindiniais sveikatą lemiančiais veiksniais, turi būti grindžiamas teisingumo principu užtikrinant, kad šios paslaugos (nesvarbu, privačiai ar viešai teikiamos) būtų prieinamos visiems, įskaitant socialiai remtinas grupes. Ekonominio prieinamo principas reikalauja, kad

¹⁸² Obrist, B., et al. Access to Health Care in Contexts of Livelihood Insecurity: A Framework for Analysis and Action. *PLoS Medicine*. 2007, 4(10):308. <<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0040308#pmed-0040308-b015>>.

¹⁸³ Kinney, E. D. The international human right to health: what does this mean for our nation and world? *Indiana law review* [interaktyvus]. 2001, 34:1458. [žiūrėta 2010-08-22]. <http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=296394>.

¹⁸⁴ Kaip minėta, išskiriami keturi elementai (*angl. availability, accessibility, acceptability and quality*), tačiau du iš jų (*availability* ir *accessibility*) apibendrinus buvo susisteminti sujungiant dėl jų panašumo ir glaudaus įgyvendinimo ryšio.

neturtingesni namų ūkiai neturėtų patirti neproporcingų sunkumų dėl sveikatos priežiūros išlaidų, palyginti su turtingesniais namų ūkais;

d) informacijos prieinamumą, kuris apima kiekvieno asmens teisę ieškoti, gauti ir skleisti informaciją ir idėjas apie sveikatos problemas. Prieinamumas prie informacijos neturėtų pažeisti teisės į asmeninius duomenis apie sveikatą, kurie yra konfidencialūs;

- *priimtinumas* (angl. *acceptability*), kuris reikalauja, kad visi valstybės sveikatos priežiūros ištekliai turi būti teikiami atsižvelgiant į medicinos etiką ir kultūrą, t. y. turi būti atsižvelgiama į visuomenės tradicijas, įskaitant ir atskirų mažumų, tautų ir bendruomenių kultūrinius ypatumus;
- *kokybė* (angl. *quality*). Šis elementas parodo, kad būdami kultūriškai priimtini, sveikatos priežiūros ištekliai taip pat turi būti moksliskai ir mediciniškai tinkami bei geros kokybės. Tam reikia, *inter alia*, kvalifikuotų medicinos darbuotojų, moksliskai patvirtintų vaistų ir ligoninių įrangos, saugaus geriamojo vandens ir tinkamos sanitarijos.

Prie teisės į sveikatos apsaugą turinio kokybinių parametrų priskirtinas ir valstybės pareigų skirstymas įgyvendinant žmogaus teises (taip pat ir socialines, ekonomines, kultūrinės). Mokslinėje literatūroje išskiriamos trys formos valstybės pareigų, kurios vykdytinos įgyvendinant žmogaus teises, t. y. valstybės pareigos gerbti (angl. *respect*), saugoti (angl. *protect*) ir įgyvendinti (angl. *fulfil*)¹⁸⁵. Apibendrinus minėtą mokslinę literatūrą matyti, kad minėtos pareigos apima tokius įpareigojimus:

- „pareiga gerbti“ reikalauja valstybių nesiimti veiksmų, kuriais kėsiamasi į asmenų teises;
- „pareiga saugoti“ reikalauja valstybių imtis teisinių ar kitokių priemonių, apsaugančių ir neleidžiančių kitiems asmenims pažeisti turimas individualias teises;
- „pareiga įgyvendinti“ reikalauja valstybę imtis visų reikiamų priemonių (aktyvių veiksmų) siekiant sukurti sąlygas, leidžiančias asmeniui pasinaudoti suteikiamomis teisėmis ir garantuojančias individo poreikių, kurie negali būti apsaugoti asmeninėmis individo pastangomis, patenkinimą.

Remdamiesi minėta „pareigų trilogija“ Jungtinių Tautų komitetai komentaruose¹⁸⁶ aiškina Pakte įtvirtintas teises. Ne išimtis yra ir Pakto 12 straipsnyje įtvirtinta teisė į sveikatos apsaugą. Komentuodama teisės į sveikatos apsaugą turinį Jungtinių Tautų Ekonomikos ir socialinė taryba¹⁸⁷ teigia, kad ši teisė, kaip ir visos žmogaus teisės, nustato trijų

¹⁸⁵ Plačiau apie tai: Craven, M.C.R. *The International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights: a perspective on its development*. New York: Clarendon paperbacks, 2001, p. 182; Supulveda, M. M., *supra* note 24, p. 163; Hendriks, A., *supra* note 29, p. 393.

¹⁸⁶ General comment No. 12 (1999) Substantive issues arising in the implementation of the International covenant on economic, social and cultural rights: the right to adequate food. United Nations Committee on economic, social and cultural rights [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-02-24]. <<http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/3d02758c707031d58025677f003b73b9>>; General comment No. 15 (2002) Substantive issues arising in the implementation of the International covenant on economic, social and cultural rights: The right to water (arts. 11 and 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). United Nations Committee on economic, social and cultural rights [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-02-24]. <[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/a5458d1d1bbd713fc1256cc400389e94/\\$FILE/G0340229.pdf](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/a5458d1d1bbd713fc1256cc400389e94/$FILE/G0340229.pdf)>.

¹⁸⁷ General comment No. 14 (2000) Substantive issues arising in the implementation of the international Covenant on Economic, social and cultural rights: The right to the highest standart of health, *supra* note 22.

rūšių pareigas valstybėms narėms: gerbti, saugoti ir įgyvendinti. Konkretinant minėtus „pareigų trilogijos“ įpareigojimus teisės į sveikatą atveju Jungtinių Tautų Ekonomikos ir socialinė taryba¹⁸⁸ nurodo, kad „pareiga įgyvendinti“ apima pareigas sudaryti palankesnes sąlygas, numatyti ir skatinti jas, „pareiga gerbti“ reikalauja nares susilaikyti nuo tiesioginio ar netiesioginio kišimosi į naudojimąsi teise į sveikatos apsaugą, „pareiga saugoti“ reikalauja nares imtis priemonių, kad būtų užkirstas kelias trečiosioms šalims kištis į Pakto 12 straipsnyje nustatytas garantijas, „pareiga įgyvendinti“ reikalauja nares taikyti atitinkamas teises, administracines ir biudžeto, teismų, reklamos ir kitas priemones siekiant visiškai įgyvendinti teisę į sveikatos apsaugą.

Apibendrinus tiek Jungtinių Tautų Ekonomikos ir socialinės tarybos Pagrindiniame komentare apibrėžiamą teisės į sveikatos apsaugą turinį pagal valstybės „pareigų trilogiją“, tiek ir autorius¹⁸⁹, komentuojančius minėtą dokumentą, galima teigti, kad:

- valstybėms nustatyta „pareiga gerbti“ Pakto 12 straipsnyje įtvirtintą teisę į sveikatos apsaugą atitinkamai įpareigoja jas susilaikyti nuo lygių galimybių ribojimo teikiant sveikatos priežiūros paslaugas visiems asmenims, įskaitant ir minėtų paslaugų teikimą įkalintiems asmenims, asmenims, prašantiems prieglobsčio, ir pan. Pareiga taip pat apima išipareigojimus nedrausti (netrukdyti) tradicinės prevencinės priežiūros, gydymo metodų ir vaistų, susilaikyti nuo prekybos nesaugiais vaistais ir netaikyti prievartinių gydymo būdų, išskyrus išimtinius atvejus, susijusius su psichikos ligomis arba užkrečiamųjų ligų profilaktika ir kontrole. Be to, valstybės turėtų susilaikyti nuo cenzūros ar sąmoningo klaidinimo skleidžiant su sveikata susijusią informaciją, įskaitant lytinį švietimą ir informaciją, taip pat ne užkirsti kelio žmonėms dalyvauti judėjimuose, sprendžiančiuose su sveikata susijusius klausimus. Valstybės taip pat turėtų susilaikyti nuo neteisėto oro, vandens ir dirvožemio teršimo, pavyzdžiui, per valdomas pramoninių atliekų perdirbimo įmones, nuo branduolinio, biologinio ar cheminio ginklo naudojimo ar bandymų, jei tokių bandymų rezultatai kenksmingi žmogaus sveikatai, nuo prieigos prie sveikatos priežiūros paslaugų nepakeliamomis priemonėmis ribojimo, pavyzdžiui, ginkluotų konfliktų metu, pažeidžiant tarptautinę humanitarinę teisę;
- valstybėms nustatyta „pareiga apsaugoti“ Pakto 12 straipsnyje įtvirtintą teisę į sveikatos apsaugą atitinkamai įpareigoja valstybes priimti teisės aktus ar imtis kitų priemonių, užtikrinančių lygias galimybes naudotis sveikatos priežiūros ir su sveikata susijusiomis paslaugomis, kurias teikia trečiosios šalys, taip pat kontroliuoti trečiųjų šalių medicininės įrangos ir vaistų pardavimą, užtikrinti, kad gydytojai ir kiti sveikatos specialistai atitiktų tam tikrus išsilavinimo, įgūdžių ir elgesio etikos kodekso standartus. Valstybės taip pat privalo užtikrinti, kad trečiosios šalys negalėtų riboti žmonių galimybių gauti su sveikata susijusią informaciją ir paslaugas;
- valstybėms nustatyta „pareiga įgyvendinti“ Pakto 12 straipsnyje įtvirtintą teisę į sveikatos apsaugą įpareigoja valstybes pripažinti teisę į sveikatos apsaugą savo nacionalinėje politinėje ir teisinėje sistemoje. Valstybės turi užtikrinti sveikatos

¹⁸⁸ *Ibid.*

¹⁸⁹ Supulveda, M. M., *supra* note 24, p. 163; Hendriks, A., *supra* note 29, p. 393; Juškevičius, J., Balsienė J., *supra* note 24, p. 102.

priežiūros paslaugų teikimą, įskaitant imunizaciją nuo pagrindinių infekcinių ligų, ir lygias visiems prienamumo prie pagrindinių sveikatą lemiančių veiksnių, pavyzdžiui, saugaus maisto ir geriamojo vandens, pagrindinės sanitarijos, tinkamo būsto bei gyvenimo sąlygų, galimybes. Įgyvendindamos šią pareigą valstybės turi užtikrinti tinkamą gydytojų ir kitų medicinos darbuotojų mokymą, priimti įsipareigojimus dėl pakankamo skaičiaus ligoninių, klinikų ir kitų su sveikata susijusių paslaugų teikimo objektų, skatinti bei palaikyti institucijų, teikiančių konsultavimo ir psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, kūrimąsi, deramai atsižvelgdamos į teisingą pasiskirstymą visoje šalyje. Kiti įsipareigojimai apima medicinos mokslinių tyrimų ir sveikatos švietimo skatinimą, taip pat informavimo kampanijų skatinimą. Be to, iš valstybių reikalaujama parengti, įgyvendinti ir periodiškai peržiūrėti nuoseklią nacionalinę politiką, siekiant sumažinti nelaimingų atsitikimų ir profesinių ligų riziką, taip pat siekiama numatyti nuoseklią nacionalinę politiką darbuotojų saugos ir sveikatos paslaugų srityje. „Pareiga įgyvendinti“ yra skirstoma į du įpareigojimus:

- a) įpareigojimą palengvinti, pagal kurį reikalaujama, kad valstybės, *inter alia*, imtųsi pozityvių priemonių, kad leistų ir padėtų asmenims ir bendruomenėms naudotis teise į sveikatos apsaugą;
- b) įpareigojimą skatinti, kuris reikalauja valstybių imtis veiksmų siekiant kurti, palaikyti ir atkurti gyventojų sveikatą, t. y. skatinti veiksmus, darančius teigiamą įtaką sveikatai, pavyzdžiui, mokslinių tyrimų ir informacijos teikimo, pripažinimą; užtikrinti, kad sveikatos paslaugos būtų kultūriškai priimtinos ir kad sveikatos priežiūros darbuotojai būtų išmokyti atpažinti ir reaguoti į konkrečius pažeidžiamų ar atskirtų grupių poreikius; užtikrinti, kad valstybės vykdytų savo įsipareigojimus platindamos tinkamą informaciją, susijusią su sveika gyvensena ir mityba; remti žiniomis pagrįstus žmonių pasirinkimus dėl savo sveikatos.

Analizuojant teisės į sveikatos apsaugą turinį mokslinėje literatūroje¹⁹⁰ sutinkamas ir šią teisę sudarančių valstybės pareigų skirstymas į pozityvias ir negatyvias. Apibendrinant galima teigti, kad teisė į sveikatos apsaugą apima šiuos elementus:

- *pozityvius*: įpareigoti valstybes veikti pagal turimų išteklių mastą, siekti užkirsti kelią, sumažinti ar nukreipti grėsmes asmenų ar gyventojų sveikatai, imtis reikalingų ligų prevencijos ir gydymo priemonių bei sukurti reikalingas struktūras ir tarnybas, būtinas šią teisę turinčių asmenų sveikatos apsaugai ir reabilitacijai. Pasak autorių, valstybės, kurios nesugeba imtis tinkamų priemonių, įskaitant sveikatos priežiūros paslaugų teikimą siekiant apsaugoti žmonių gyvybę, sulaužo įsipareigojimus, taip pat įtvirtintus ir teisėje į gyvybę, sukurti palankias sąlygas pasiekti aukščiausio pasiekiamo sveikatos lygio palaikymą. Valstybės turi pašalinti visus veiksmus, kurie sudaro kliūtis pasiekti ir išlaikyti pačios geriausios būklės jų gyventojų sveikatą, įskaitant tinkamą sveikatos priežiūros tinklą, kuris reika-

¹⁹⁰ Molinari, P. A., *supra* note 16, p. 47; Jamar, S. D., *supra* note 30, p. 46; Hendriks, A., *supra* note 29, p. 402; Beauchamp, T.L., Faden, R.R. The right to health and the right to health care. *The journal of medicine and philosophy*, 1979, 4 (2):120; Федорова, М. Ю. *Медицинское право: учеб пособие вузов* [Medicine law: university study guide]. Moskva: М. Гуманит Издательский центр Владос, 2004, p. 98.

lingas siekiant patenkinti šiuos pagrindinius poreikius, kurie negali būti užtikrinami asmens pastangomis;

- *negatyvius*: įpareigoti valstybes susilaikyti nuo bet kokių veiksmų, galinčių sukelti riziką asmenų sveikatai.

Apibendrinant galima teigti, kad teisės į sveikatos apsaugą kokybiniai parametrai, kurie parodo, kaip valstybės turi įgyvendinti analizuojamą teisę, apima šiuos elementus: prieinamumo (sveikatos priežiūros išteklių, prekės ir paslaugos, taip pat programos turi būti pakankamo kiekio, kaip apibrėžta valstybės narės, taip pat prieinami visiems be jokios diskriminacijos, taigi reikia užtikrinti nediskriminavimą, fizinį prieinamumą, ekonominį prieinamumą (įstengimą) ir informacijos prieinamumą), priimtimumo (sveikatos priežiūros išteklių, prekės ir paslaugos turi būti teikiami atsižvelgiant į medicinos etiką ir visuomenės kultūrą), kokybės (sveikatos priežiūros išteklių, prekės ir paslaugos turi būti moksliskai ir mediciniškai tinkami bei geros kokybės). Atitinkamai įgyvendindama teisę į sveikatos apsaugą valstybė prisiima išpareigojimus ją saugoti, gerbti ir įgyvendinti: pareiga gerbti reikalauja valstybę susilaikyti nuo tiesioginio ar netiesioginio kišimosi į naudojimąsi teise į sveikatos priežiūrą, nepažeisti asmens vientisumo, nesikėsinti į jo laisvę; pareiga įgyvendinti apima įpareigojimus sudaryti teisei į sveikatos apsaugą realizuoti kuo palankesnes sąlygas, numatyti ir skatinti jas, reikalauja valstybes pagal savo jurisdikciją imtis visų būtinų priemonių (laipsniškai), užtikrinančių kiekvienam asmeniui galimybes patenkinti savo poreikius, bei taikyti atitinkamas teises, organizacines priemones, skirtas visiškai įgyvendinti teisę; pareiga saugoti įpareigoja imtis priemonių, užkertančių kelią trečiosioms šalims kištis į teisę į sveikatos apsaugą nustatytas garantijas, imtis visų būtinų priemonių, kad būtų užkirstas kelias veiksams, kurie pažeidžia minėtą teisę. Visus valstybės įpareigojimus galima suskirstyti ir pagal jų įgyvendinimo pobūdį: dėl to teisę į sveikatos apsaugą sudaro pozityvūs (įpareigojimai valstybei pagal turimų išteklių mastą užkirsti kelią, sumažinti ar nukreipti grėsmes asmenų ar gyventojų sveikatai, imtis reikalingų ligų prevencijos ir gydymo priemonių, taip pat sukurti struktūras ir tarnybas, reikalingas šią teisę turinčių asmenų sveikatos apsaugai ir reabilitacijai) ir negatyvūs (įpareigojimai valstybei susilaikyti nuo bet kokių veiksmų, galinčių sukelti riziką asmens sveikatai) įgyvendinimo aspektai.

Taigi, kaip matyti iš tarptautinės teisės dokumentų, juose yra įtvirtinti gana konkretūs įpareigojimai (tiek kiekybiniai, tiek ir kokybiniai) valstybėms siekiant įgyvendinti teisę į sveikatos apsaugą. Kaip pabrėžia D. Jočienė ir K. Čilinskas¹⁹¹, valstybė šiuo metu jau nebegali remtis nesikišimo į valstybės vidaus reikalus principu ir teigti, kad žmogaus teisės lieka išimtinė jos vidaus kompetencijos dalimi. Pasak autorių, „šiuolaikinė tarptautinė teisė aiškiai apriboja valstybių elgesio laisvę ir susiaurina reikalų, priskiriamų „vidaus kompetencijai“, ratą. Tai visų pirma pasakytina apie pagarbą žmogaus teisėms ir jų apsaugą valstybės viduje. Dabar, kaip minėta, pati tarptautinė teisė jau tiesiogiai įtvirtina tam tikras individo teises, laisves ir pareigas. Pirmiausia tai liečia žmogaus teises, kurios įtvirtintos visų pirma sutartiniuose tarptautinės teisės aktuose. Valstybė, tapusi tokių tarptautinių sutarčių žmogaus teisių apsaugos srityje dalyve, privalo griežtai laikytis ir vykdyti pagal šias tarptautines sutartis prisiimtų tarptautinių

¹⁹¹ Jočienė D., Čilinskas K. Žmogaus teisių apsaugos problemos tarptautinėje ir Lietuvos Respublikos teisėje [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-03-03]. <<http://www3.lrs.lt/owa-bin/owarepl/inter/owa/U0120826.pdf>>.

įsipareigojimų. Antra, įvairios tarptautinės organizacijos, visų pirma Jungtinės Tautos, yra paskelbusios daugybę rezoliucijų, deklaracijų ir rekomendacijų, kurios nors ir nėra teisiškai privalomos, bet įtvirtina visuotinai pripažintus žmogaus teisių apsaugos standartus, kuriuos valstybės taip pat pripažįsta ir gera valia jų laikosi. Trečia, valstybės, atsižvelgdamos į tarptautinių rezoliucijų ar rekomendacijų turinį, įtvirtino šiuos standartus savo vidaus teisėje¹⁹².

Ir nors, kaip teigiama ankstesnėje pastraipoje, tarptautinės teisės įtaka valstybės sprendimams yra didelė ir juose yra nustatyti gana konkretūs įpareigojimai, kuriuos jos turi įgyvendinti, tačiau sveikatos apsaugos sistemos organizavimas ir pačios teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimas yra valstybių prerogatyva. Jos pačios priima sprendimus, atsižvelgdamos į esamą teisinę ir sveikatos apsaugos sistemas, nacionalinius papročius ir, natūralu, į turimus išteklius (materialinius, žmogiškuosius ir t. t.). Taip pat ir S. Gevers¹⁹³ rašo, kad svarbiausi sprendimai dėl sveikatos priežiūros sistemos vis dar yra priimami nacionaliniu lygiu ir šiuo atveju yra svarbu, kad priimdamas politinius sprendimus, kurie turi įtakos sveikatos priežiūros pasiekiamumui ir prieinamumui (pavyzdžiui, kaip sveikatos priežiūra yra finansuojama, viešai finansuojamų sistemų apimtys, kokios paslaugos teikiamos pagal tokias sistemas, vidaus išteklių paskirstymas, įskaitant sprendimus dėl prioritetų, laukimo eilių valdymo, ir t. t.), valstybės nepaisytų didelių ekonominių ir politinių jėgų, kurios kišasi į pagrindinius solidarumo ir lygybės principus. Minėtai nuomonei antrina P. A. Molinari¹⁹⁴ teigdamas, kad teisė į sveikatą, suvokiama kaip sveikatos apsauga ar sveikatos priežiūros prieinamumas, įgauna formalų pripažinimą daugelio šalių konstitucijose. Pasak autoriaus, valstybės, kurių konstitucijose nėra deklaruojama teisė į sveikatos apsaugą, gali būti apkaltintos priėmusios žmogaus teises ribojantį požiūrį, nors jų „ribotumas“ gali būti puikiai paaiškinamas prigimtinių teisių kompleksiskumu, skirstant išteklius visoms socialinėms teisėms ne per konstitucinius mechanizmus.

Atsižvelgiant į tai, kad teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimas iš esmės priklauso ir nuo valstybių nacionalinės teisėkūros, tikslinga apžvelgti ir teisės į sveikatos apsaugą turinį nacionalinėje teisėje, analizuojant Lietuvos Respublikos Konstitucijos nuostatas ir ją aiškinančio Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo jurisprudenciją.

Lietuvos Respublikos Konstitucijos¹⁹⁵ 53 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad „valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus; įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką.“

Kaip minėta, Lietuvos Respublikos Konstitucijoje įtvirtintos teisės į sveikatos apsaugą turinį, manytina, geriausia padės atskleisti Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo jurisprudencija.

Vienu iš svarbiausių laikytinas aspektas, kad Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas, aiškindamas minėtas Konstitucijos nuostatas, yra konstatavęs, jog žmogaus ir visuomenės sveikata yra *viena svarbiausių visuomenės vertybių* ir atitinkamai asmens

¹⁹² *Ibid.*

¹⁹³ Gevers, S., *supra* note 38, p. 32.

¹⁹⁴ Molinari, P. A., *supra* note 16, p. 50.

¹⁹⁵ Lietuvos Respublikos Konstitucija. *Valstybės žinios*. 1992, Nr. 33-1014.

teisė į sveiką aplinką yra būtinoji oraus gyvenimo ir naudojimosi daugeliu kitų konstitucinių teisių sąlyga¹⁹⁶.

Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas taip pat konstatavo, kad iš Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies nuostatos, jog valstybė rūpinasi žmonių sveikata, išplaukia, kad žmonių sveikatos apsauga yra *konstituciškai svarbus tikslas, viešasis interesas*¹⁹⁷. Todėl yra logiška, kad, pasak Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo, teisė į sveikatos apsaugą, įtvirtinta Lietuvos Respublikos Konstitucijoje, yra pirmiausia *valstybės funkcija*. Tai reiškia, kad efektyvus teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimas pirmiausia yra valstybės pareiga. Tai patvirtinama ir Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo jurisprudencijoje¹⁹⁸, kurioje paaiškinta, kad „rūpinimasis žmonių sveikata ir medicinos pagalbos bei paslaugų žmogui susirgus laidavimas traktuotini kaip valstybės funkcija, o sveikatinimo veiklos valdymas ir priežiūra – vienas iš minėtos funkcijos elementų“. Taigi, minėtoje konstitucinės justicijos byloje galima išvelgti tokį teisės į sveikatos apsaugą turinį: valstybė yra atsakinga už tai, kad būtų sukurtas toks sveikatos apsaugos valdymo mechanizmas, kuris garantuotų, kad asmeniui susirgus jam būtų sudarytos galimybės gauti sveikatos priežiūrą, taip pat valstybė įpareigojama rūpintis, kad asmeniui būtų sudarytos sąlygos sveikai gyventi, apimančios asmens gyvenamąją, darbo ir laisvalaikio aplinkas, tiek, kiek valstybė gali riboti sveikatai kenksmingą veiklą bei ugdyti asmenis gyventi sveikai, t. y. savo elgesiu nedaryti žalos savo sveikatai (nerūkyti, nepiktnaudžiauti alkoholiu ir pan.). Būtent tai ir atsispindi konstitucinės justicijos bylos kontekste, kuomet Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas pažymėjo, kad „valstybė turi pareigą saugoti asmenis nuo grėsmių sveikatai (sumažinti sveikatai keliamą pavojų, o tam tikrais atvejais, kai tai įmanoma, užkirsti jam kelią), pagerinti žmogaus, visuomenės gebėjimą įveikti kilusį pavojų sveikatai, susirgus užtikrinti medicininių paslaugų prieinamumą“¹⁹⁹.

Sveikatos apsaugos organizavimo aspektu – kaip valstybės pareigos įgyvendinant asmens teisę į sveikatos apsaugą – svarbus yra Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo sprendimas²⁰⁰, kuomet aiškindamas Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies nuostatą

¹⁹⁶ Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2009 m. rugsėjo 2 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos valstybinių socialinio draudimo pensijų įstatymo 30 straipsnio (2005 m. gegužės 19 d. redakcija), 32 straipsnio 4 dalies (2005 m. gegužės 19 d. redakcija) atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*. 2009, Nr.106-4888.

¹⁹⁷ Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2002 m. kovo 14 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos farmacinės veiklos įstatymo 11 straipsnio 2 dalies atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 28-1003.

¹⁹⁸ Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2002 m. sausio 14 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos 2001 metų valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymo (2000 m. gruodžio 19 d. redakcija), Lietuvos Respublikos savivaldybių biudžetų pajamų dydį ir išlyginimą lemiančių rodiklių tvirtinimo 2001, 2002 ir 2003 metams įstatymo ir Lietuvos Respublikos žemės ūkio ekonominių santykių valstybinio reguliavimo įstatymo 16 straipsnio atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 5-186.

¹⁹⁹ Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2009 m. rugsėjo 2 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos valstybinių socialinio draudimo pensijų įstatymo 30 straipsnio (2005 m. gegužės 19 d. redakcija), 32 straipsnio 4 dalies (2005 m. gegužės 19 d. redakcija) atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“, *supra* note 196.

²⁰⁰ Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2002 m. kovo 14 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos farmacinės veiklos įstatymo 11 straipsnio 2 dalies atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“, *supra* note 197.

Teismas konstatavo, kad „įstatymais ir kitais teisės aktais turi būti nustatytas toks teisinis reglamentavimas, kuris sudarytų prielaidas sukurti platų vaistinių tinklą, kad vaistinėse būtų pakankamai kokybiškų, efektyvių ir saugių vaistų, kad aprūpinimo vaistais sistema veiktų sklandžiai, kad būtų reguliuojamos vaistų kainos, kad nebūtų apsinkintas vaistų įsigijimas, kad informacija apie vaistus ir jų vartojimą būtų laisvai prieinama bei tinkamai skelbiama“ ir kt. Pasak Teismo, „valstybė privalo kontroliuoti, kad farmacinei veikla būtų vykdoma žmogaus sveikatos labai ir visuomenės sveikatinimui“. Manytina, kad atitinkamos nuostatos taikytinos ne tik farmacinei veiklai, bet ir visai sveikatos priežiūros veiklai – valstybė privalo atitinkamai užtikrinti ir sveikatos priežiūros įstaigų (tiek asmens sveikatos priežiūros, tiek ir visuomenės sveikatos priežiūros) tinklą, kad būtų efektyviai įgyvendinama teisė į sveikatos priežiūrą. Taigi privalo būti toks teisinis reglamentavimas, kuris sudarytų prielaidas funkcionuoti prieinamam sveikatos priežiūros tinklui visos šalies mastu, kad būtų pakankamai teikiamos kokybiškos, efektyvios ir saugios sveikatos priežiūros paslaugos, ir visa tai turi būti daroma žmogaus sveikatos labai ir visuomenės sveikatinimui.

Ypač svarbus yra ir Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo sprendimas²⁰¹, kuriuo buvo konstatuota, kad tautos gerovė neturėtų būti suvokiama vien materialine (ar finansine) prasme. Kaip teigia Teismas, „kažin ar būtų teisinga ir dora siekti materialinės gerovės tokiu būdu, kuris kenkia žmonių sveikatai, dėl to alkoholio ir tabako reklamos ribojimas yra tik vienas iš būdų, taikomų žalingų žmogaus sveikatai medžiagų neribotam platinimui bei vartojimui mažinti“. Tai, pasak Teismo, leidžia konstatuoti, kad „valstybė, priimdama sprendimus, turinčius įtakos visuomenės sveikatai, turi tinkamai įvertinti, ar nebus pastaroji pabloginta, nepaisant galimos finansinės naudos“. Tokiu atveju minėtų produktų reklamos ribojimo analogiją galima taikyti ir kitoms verslo šakoms, kurios turi neigiamos įtakos visuomenės sveikatai²⁰², ir atitinkamai jas riboti. Tokia Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo jurisprudencija yra nuosekli. Pavyzdžiui, aiškindamas Konstitucijos 25 straipsnio 3 dalyje nustatytą laisvę reikšti įsitikinimus, gauti ir skleisti informaciją, Teismas pažymėjo, kad pastaroji „negali būti ribojama kitaip, kaip tik įstatymu, jei tai būtina apsaugoti, *inter alia*, žmogaus sveikatą“. Taigi, pasak Teismo²⁰³, „įstatymų leidėjas, siekdamas apginti šią konstitucinę vertybę – žmonių sveikatą – turi teisę riboti,

²⁰¹ Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 1997 m. vasario 13 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymo 1 ir 30 straipsnių, Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymo 1, 3 ir 11 straipsnių, taip pat Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1996 m. vasario 2 d. nutarimo Nr. 79 „Dėl alkoholio reklamos kontrolės“ atitikimo Lietuvos Respublikos Konstitucijai“ // Valstybės žinios, 1997, Nr. 15-314.

²⁰² Čia gali būti paminėtos ir įvairios žemės ūkio veiklos, pavyzdžiui, gyvulininkystė, taip pat pramonė, kaip įvairių cheminių gaminių gamyba, kuri dėl jos veiklos metu į aplinką išskiriamų cheminių medžiagų turi neigiamą įtaką greta gyvenančių asmenų sveikatai.

²⁰³ Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2004 m. sausio 26 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymo 1 straipsnio 4 dalies (1997 m. liepos 2 d. redakcija), 2 straipsnio 1 dalies (1995 m. balandžio 18 d. redakcija), 3 straipsnio 1 dalies 2 punkto (1995 m. balandžio 18 d. redakcija), 4 straipsnio 2 dalies (1998 m. gruodžio 10 d. redakcija), 13 straipsnio (2000 m. liepos 18 d. redakcija), 30 straipsnio 1 dalies (1997 m. liepos 2 d. redakcija) bei 44 straipsnio 4 dalies (2002 m. birželio 20 d. redakcija) ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. sausio 22 d. nutarimu Nr. 67 „Dėl Alkoholio produktų gamybos licencijavimo taisyklių patvirtinimo“ patvirtintų Alkoholio produktų gamybos licencijavimo taisyklių 7 bei 9 punktų (2001 m. sausio 22 d. redakcija) atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 15-465.

pavyzdžiui, alkoholio reklamą. Minėta, kad, pagal Konstituciją, riboti žmogaus teises ir laisves, taigi ir teisę gauti ir skleisti informaciją, galima, jeigu yra laikomasi šių sąlygų: tai daroma įstatymu; ribojimai yra būtini demokratinėje visuomenėje siekiant apsaugoti kitų asmenų teises bei laisves ir Konstitucijoje įtvirtintas vertybes, taip pat konstituciškai svarbius tikslus; ribojimais nėra paneigiama teisių ir laisvių prigimtis bei jų esmė; yra laikomasi konstitucinio proporcingumo principo“.

Taigi, kaip matyti, teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimas neapsiriboja vien tik sveikatos apsaugos organizavimu, tai kartu, kaip buvo minėta, apima ir saugios sveikatai aplinkos palaikymą, asmens sveikos gyvensenos skatinimą ir sveikatai žalingos veiklos bei jos produktų ribojimą. Tai patvirtinama ir Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo sprendime²⁰⁴, kuriame teigiama, kad „siekiant apsaugoti žmonių sveikatą, konstitucinę vertybę, gali būti įstatymu tam tikru mastu ribojama ir informacijos laisvė (kaip minėta, apimanti, *inter alia*, reklamos laisvę)“. Pasak Teismo, toks šios „konstitucinės laisvės ribojimas turi būti būtinas demokratinėje visuomenėje, o pasirinktos priemonės turi būti proporcingos siekiamam tikslui. Ypač pabrėžtina, kad įstatymais nustatyti reklamos laisvės ribojimai, pagal Konstituciją, negali būti didesni, nei būtina, *inter alia*, žmogaus sveikatai apsaugoti. Todėl valstybė, įstatymais reguliuodama ūkinę veiklą ir paisydama Konstitucijos, gali nustatyti specifinius ūkinės veiklos, *inter alia*, susijusios su žmonių sveikatos apsauga, įskaitant ir vaistų reklamos, taip pat kitos informacijos apie vaistus, kurios skleidimas gali sudaryti prielaidas pakenkti žmonių sveikatai, ribojimus. Nagrinėjamos konstitucinės justicijos bylos kontekste pažymėtina, kad įstatymų leidėjas privalo įstatymu nustatyti tokį teisinį reguliavimą, kad nebūtų sudaroma prielaidų skatinti nekontroliuojamą vaistų vartojimą, kuris gali pakenkti žmonių sveikatai. Kaip ir alkoholio reklamos ribojimo atveju, taip ir tabako gamybos, prekybos atvejais teisės į sveikatos apsaugą požiūriu yra pateisinamas pastarųjų ribojimas“. Pasak Teismo²⁰⁵, kadangi tabako vartojimas kenkia sveikatai, gali sukelti neigiamų socialinių padarinių²⁰⁶, tabakas ir jo gaminiai priskirtini ypatingiems produktams, kurių gamybą, apyvartą ir vartojimą valstybė, pagal Konstituciją turinti, *inter alia*, priedermę rūpintis žmonių sveikata (Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalis) ir įgaliojimus reguliuoti ūkinę veiklą taip, kad ji tarnautų bendrai tautos gerovei (Konstitucijos 46 straipsnio 3 dalis), gali ir turi kontroliuoti.

²⁰⁴ Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2005 m. rugsėjo 29 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos farmacinės veiklos įstatymo 17 straipsnio (2002 m. birželio 4 d. redakcija) 4 dalies atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 117-4239.

²⁰⁵ Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2005 m. lapkričio 3 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymo 21 straipsnio 2 dalies (2000 m. kovo 16 d. redakcija), 3 dalies (2002 m. birželio 11 d. redakcija), 4 dalies (1999 m. gegužės 11 d. redakcija), 7 dalies (2002 m. birželio 11 d. redakcija) ir dėl šio įstatymo (2003 m. lapkričio 20 d. redakcija) 26 straipsnio 5, 7, 14 dalių atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 131-4743.

²⁰⁶ Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2008 m. rugsėjo 17 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymo 26 straipsnio 5 dalies (2003 m. lapkričio 20 d. redakcija), 17 dalies (2003 m. lapkričio 20 d. redakcija), 33 straipsnio (2003 m. lapkričio 20 d. redakcija) ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004 m. balandžio 7 d. nutarimu Nr. 383 „Dėl Mažmeninės prekybos tabako gaminiiais licencijavimo taisyklių ir Tabako gaminių pardavimo taisyklių patvirtinimo“ patvirtintų Mažmeninės prekybos tabako gaminiiais licencijavimo taisyklių 39 punkto (2006 m. gruodžio 18 d. redakcija), 40 punkto (2006 m. gruodžio 18 d. redakcija) atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 108-4136.

Apibendrinant galima teigti, kad Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje įtvirtinta socialinė teisė į sveikatos apsaugą atsižvelgiant į Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo jurisprudenciją, *inter alia*, yra viena iš svarbiausių visuomenės vertybių ir jos apsauga yra konstituciškai svarbus tikslas ir viešas interesas, sveikatos priežiūra yra valstybės pareiga saugoti asmenis nuo grėsmių sveikatai (sumažinti sveikatai keliamą pavojų, o tam tikrais atvejais, kai tai įmanoma, užkirsti jam kelią), pagerinti žmogaus, visuomenės gebėjimą įveikti kilusį pavojų sveikatai, susirgus užtikrinti medicininių paslaugų prieinamumą. Minėtos pareigos, pagal Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo jurisprudenciją, apima, *inter alia*, valstybės pareigą sukurti tokią teisinį reglamentavimą, kuris sudarytų prielaidas funkcionuoti prieinamam sveikatos priežiūros tinklui visos šalies mastu, ir organizuoti sveikatos apsaugos sistemą taip, kad būtų sukurtas ir efektyviai funkcionuotų sveikatos priežiūros įstaigų (tiek asmens sveikatos priežiūros, tiek ir visuomenės sveikatos priežiūros) tinklas, kad būtų pakankamai teikiamos kokybiškos, efektyvios ir saugios sveikatos priežiūros paslaugos, rūpintis, kad būtų sudarytos sąlygos sveikai gyventi, apimančios asmens gyvenamąją, darbo ir laisvalaikio aplinkas, riboti teisinio reglamentavimo priemonėmis sveikatai kenksmingą veiklą ar produktus bei ugdyti asmenis gyventi sveikai, t. y. savo elgesiu nedaryti žalos sveikatai (nerūkyti, nepiktnaudžiauti alkoholiu ir pan.). Visa tai valstybė turi daryti žmogaus sveikatos labui ir visuomenės sveikatinimui.

1.2.4. Teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo reliatyvumas ir santykis su kitomis žmogaus teisėmis

Kaip matyti iš šio darbo 1.2.3 dalies, teisės į sveikatos apsaugą turinį sudaro tiek kokybiniai, tiek kiekybiniai parametrai, kuriais išreiškiami įpareigojimai valstybėms ją įgyvendinant. Todėl kyla klausimas, kokios minėtų kriterijų įgyvendinimo objektyvios ribos, ar gali žmogus reikalauti valstybės suteikti jam pačios geriausios būklės sveikatą, padaryti jį sveiką, kokia apimtimi teisė į sveikatos apsaugą priklauso nuo individualių asmens pastangų, t. y. pareigų vykdymo. Šie klausimai leidžia pagrįstai kelti klausimą dėl teisės į sveikatos apsaugą reliatyvumo.

Kaip matyti iš teisės į sveikatos apsaugą turinio analizės, jis yra gana „ribotas“ ir jį sudaro įpareigojimai valstybei įgyvendinti gana konkrečias priemones, kurios leis valstybei pagrįstai teigti, kad šią teisę ji realizuoja ir taip įgyvendina pareigą.

O kokios yra asmens teisės ir pareigos įgyvendinant teisę į sveikatos apsaugą? Šiuo atveju siekiant atskleisti teisę į sveikatos apsaugą, padės A. Vaišvilos apibrėžiami subjekcinės teisės lygmenys: vertybinis ir norminis²⁰⁷.

Taikant analogiją teisės į sveikatos apsaugą vertybinis lygmuo ir bus tos vertybės, kurias asmuo siekia apsaugoti, įgyti ir įgyvendinti. Šiuo atveju sąlygos būti sveikam: sveika aplinka, priemonės, kurios leistų padėti kovoti su liga, jos išvengti, susirgus – atitinkamai sukurta infrastruktūra ją gydyti (atkurti). Tai leidžia atsakyti į šio skyriaus pradžioje užduotą klausimą: ar gali asmuo pagrįstai reikalauti geros sveikatos iš valstybės, kaip teisę įgyvendinančio subjekto. Atsakymas būtų ne, nes teisė į sveikatos apsaugą nėra absoliuti ir neturi būti suprantama kaip teisė į pačią sveikatą. Niekas asmeniui

²⁰⁷ Plačiau apie subjekcinės teisės lygmenis: Vaišvila, A., *supra* note 25, p. 108.

negali garantuoti absoliučios teisės į sveikatą. Todėl teisė į sveikatos apsaugą, kaip socialinė teisė, gali būti realizuojama tik kaip teisė į jos priežiūrą, bet ne absoliuti teisė į gerą sveikatą. Tuo atveju, jei valstybė ir nustatytų asmeniui absoliučią teisę į sveikatą, vargu, ar būtų įmanoma ją praktiškai realizuoti, kadangi asmeniui paveldėjus genetinius sutrikimus, susirgus sunkia nepagydoma liga valstybė negalėtų užtikrinti teisėto asmens reikalavimo – geros sveikatos. Taigi, yra daug aspektų, kurie neleidžia laikyti teisės į sveikatos apsaugą absoliučia: visų pirma, gera sveikata negali būti objektyviai užtikrinta valstybės, taip pat valstybė negali numatyti žmogaus sveikatos apsaugos visais įmanomais atvejais. Panašią poziciją pateikia ir J. Juškevičius bei J. Balsienė²⁰⁸ nurodydami, kad pažodinis „teisės į sveikatą“ ar „teisės į aukščiausią pasiekiamo lygio sveikatą“ supratimas suponuoja, kad kiekvienas turi geros sveikatos garantiją, kuri negali būti suteikiama objektyviai. Pasak autorių, iš esmės visuomenė yra tiesiog nepajėgi užtikrinti geros sveikatos savo nariams. Atitinkamai pritartina Jungtinių Tautų Ekonomikos ir socialinės tarybos reiškiamai pozicijai²⁰⁹, kad tokios aplinkybės kaip genetiniai veiksniai, atskiri sveikatos sutrikimai ir nesveikas ar rizikingas gyvenimo būdas gali turėti didelę įtaką asmens sveikatai. Veiksnių, kurie neleidžia suabsoliutinti teisės į sveikatos apsaugą, sąrašą pratęsia T. Goodman²¹⁰ nurodymas, kad ligos, fizinis nusidėvėjimas ir mirtis išlieka būdingos žmogaus gyvenimo sąlygos ir yra maža tikimybė, kad artimiausiu metu realybė dramatiškai pasikeis, nepaisant genų terapijos, mokslo pasiekimų organų transplantacijoje ir kitų pažangių technologijų plėtros sveikatos priežiūros srityje. Šią problemą tinkamai apibūdina P. A. Molinari, kad „sveikatos apibrėžimas, nustatytas PSO Konstitucijoje, iš dalies yra susiskaldymo tarp dviejų koncepcijų šaltinis, bet tai iki galo nepaaiškina šio fenomeno. Pamatiniai teisės tikslai, iš kurių išsivystė teisė į sveikatos apsaugą, yra tokie platūs, kad tampa problemiška juos realizuoti. Būtų keista, jei Pasaulio sveikatos organizacijos Konstitucijos preambulės autoriai būtų pasistengę ir „užtikrinę visiems absoliučią sveikatą (ar) netgi vienodą sveikatos būklę visiems“, būtu me buvę teisūs sakydami, kad teisė į sveikatą „turi tik teorinį turinį ir išlieka negyva raidė daugumai žmonių, jei ne visiems“²¹¹. Todėl pagrįstai pabrėžia H. Leenen²¹², kad teisė į sveikatos apsaugą yra paremta dviem norminiais ramsčiais: asmeninio apsisprendimo teise ir teise į sveikatos priežiūros paslaugas. Pasak autoriaus, pirmasis principas išreiškia kiekvieno asmens teisę gyventi savo gyvenimą pagal savo požiūrį ir įsitikinimus, o antrasis principas įkūnija teisę gauti tinkamas sveikatos priežiūros paslaugas.

Taigi pabrėžtina, kad teisingas yra pačios teisės, kaip teisės į sveikatos apsaugą, termino pasirinkimas. Mokslinėje literatūroje²¹³ vietoj termino „teisė į sveikatos apsaugą“ dažnai yra vartojami terminai „teisė į sveikatą“, „teisė rūpintis sveikata“, „teisė būti pa-

²⁰⁸ Juškevičius, J., Balsienė J., *supra* note 24, p. 103.

²⁰⁹ General comment No. 14 (2000) Substantive issues arising in the implementation of the international Covenant on Economic, social and cultural rights: The right to the highest standard of health, *supra* note 22.

²¹⁰ Goodman, T. Is there a right to health? *Journal of Medicine and Philosophy* [interaktyvus]. 2005, 30:644 [žiūrėta 2011-03-14]. <<http://jmp.oxfordjournals.org/content/30/6/643.full.pdf+html>>.

²¹¹ Molinari, P. A., *supra* note 16, p. 46.

²¹² Dute, J. *supra* note 27, p. 6.

²¹³ Nys, H., Wijmen, F. V. Maastricht 2002: Health law in an Era of Globalization. *European Journal of Health Law*. 2002, 9:1-4.

cientu“, tačiau, kaip teigia J. Juškevičius ir J. Balsienė²¹⁴, nors kai kurie autoriai ir vartoja terminą „teisė į sveikatą“, jie turi omenyje teisę į sveikatos apsaugą. Kaip tai patvirtinantis pavyzdys gali būti pateikiamas šiame darbe gausiai cituojamas P. A. Molinari, kuris vartoja terminą „teisė į sveikatą“, nors apibūdindamas šią teisę teigia, kad „teisė į sveikatą gali būti realizuojama tik kaip teisė į jos priežiūrą, bet ne absoliuti teisė į gerą sveikatą. Ši teisė, kaip socialinė teisė, turi pozityvų aspektą, pagal kurį įpareigoja valstybę imtis reikalingų ligų prevencijos ir gydymo priemonių, taip pat įpareigoja valstybę sukurti struktūras ir tarnybas, reikalingas šią teisę turinčių asmenų sveikatos apsaugai ir rehabilitacijai užtikrinti“²¹⁵. Tas pats pasakytina ir apie kitą autorių A. Hendriks, kuris teigia, kad „atsižvelgiant į dviprasmiškas teisės į sveikatą apimtis, su daugeliu nuostatų, susijusių su plačiu sveikatos aprašymu, kaip nustatyta PSO Konstitucijoje, sąvoka „teisė į sveikatą“ atrodo labiau tinkama nei kiti terminai, kuriais kartais apibūdinama ši žmogaus teisė, kaip antai, „teisė į sveikatos apsaugą“ arba „teisė į sveikatos priežiūrą“, nors ir pastarieji terminai tikriausiai suteikia daugiau aiškumo ir specifiškumo“²¹⁶. Taigi, reiškiamą poziciją aiškiai suponuoja, kad teisė į sveikatos apsaugą yra tinkamiausias šios teisės apibūdinimas, atskleidžiantis būtent pačios teisės esmę – jos reliatyvumą.

Norminis lygmuo bus asmens reikalavimas kitiems asmenims gerbti jo turimą teisę į sveikatos apsaugą, atitinkamai susilaikyti nuo žalingo elgesio jo sveikatos atžvilgiu: neteršti aplinkos, neteikti į rinką produktų, kurie kenkia sveikatai, ir t. t. Kaip asmens teisių sveikatos priežiūros srityje pavyzdį galima pateikti Lietuvos Respublikos gyventojų teises sveikatinimo veikloje, išskirtas Sveikatos sistemos įstatymo 84 straipsnyje: teisė turėti sveiką, saugią fizinę ir socialinę aplinką bei gauti informaciją apie pavojų sveikatai šioje aplinkoje; gauti sveikatai saugias vartojimui skirtas žaliavas, gaminius, prekes ir paslaugas; gauti informaciją apie sveikatos priežiūros įstaigas bei jų teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas; gauti informaciją apie savo sveikatą bei teisę į šios informacijos konfidencialumą; gauti įstatymų ir teisės aktų numatytą sveikatos priežiūrą; nustatyta tvarka pasirinkti sveikatos priežiūros specialistą, sveikatos priežiūros įstaigą, sveikatos priežiūros rūšį arba jų atsisakyti, išskyrus įstatymuose numatytus atvejus; gauti valstybės laiduojamą (nemokamą) ir savivaldybių remiamą sveikatos priežiūrą šio ir kitų įstatymų nustatyta tvarka. Tačiau tiek tarptautinių teisės aktų, tiek ir nacionaliniame reglamentavime įtvirtinto teisės į sveikatos apsaugą turinio analizėje nebuvo minimas asmens asmeninės atsakomybės už šios teisės įgyvendinimą klausimas. Tai leidžia daryti prielaidą, kad teisė į sveikatos apsaugą nepriklauso nuo asmens veiksmų ar neveikimo – nesvarbu, ar asmuo gyvena sveiką gyvenimą, ar ne (pavyzdžiui, turi tokių žalingų sveikatai įpročių kaip rūkymas), ar asmuo gimė sveikas, ar paveldėjo ligas – teisės į sveikatos apsaugą turinys visiems yra vienodas. Manytina, aktualus tampa R. Petkuvienės²¹⁷ pastebėjimas, kad asmens teises yra svarbu analizuoti subjektinės teisės ir teismo lygmenimis, žmogaus teisių skirtis teismo ir subjektinės teisės lygmeniu yra labai svarbi, kai pereinama prie teisių įgyvendinimo, nes tuomet ir iškyla praktinis klausimas: kurios asmens teisės gali būti įgyjamos pareigų vykdymu, o kurios jam yra

²¹⁴ Juškevičius, J., Balsienė, J., *supra* note 24, p. 103.

²¹⁵ *Ibid.*

²¹⁶ Hendriks, A., *supra* note 29, p. 391.

²¹⁷ Petkuvienė, R. *Žmogaus teisių įgyvendinimo galimybės ir ribos Lietuvoje*. Daktaro disertacija. Socialiniai mokslai (teisė). Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2009, p. 23.

suteikiamos be pareigų vykdymo. Atsakant į šį klausimą galima teigti, kad teisė į sveikatos apsaugą, priešingai nei, pavyzdžiui, pilietinės teisės, tiesiogiai nėra susijusi su ją legalizuojančiomis pareigomis. Tai patvirtina ir A. Vaišvila²¹⁸ teigdamas, kad antrosios kartos²¹⁹ žmogaus teisių specifika yra ta, kad jų teisnumas yra tarptautiniais paktais ir valstybių nacionaliniais įstatymais paverstas subjektine teise.

Pasak autoriaus, todėl šių teisių skirstymas teisnumo ir subjektinės teisės požiūriu neturi praktinės reikšmės. Tačiau tai nereiškia, kad asmuo neturi pareigų, susijusių su teise į sveikatos apsaugą. Visgi tikėtina, kad pagrindinės pareigos, būtinos „legaliam“ naudojimuisi teisėmis, ir šiuo atveju turi būti, kitas klausimas, koks jų privalomumo mastas. Tarp pareigų išskirtinos tokios kaip pareiga gerbti kitų asmenų analogiškas teises, nekenkti kitų asmenų sveikatai, mokėti mokesčius, kurie garantuoja valstybės nustatytą nemokamą sveikatos priežiūrą, sveikų sąlygų gyventi užtikrinimą. Su sveikatos priežiūra susijusių asmens pareigų ratas yra platus, kaip antai, Sveikatos sistemos įstatymo 85 straipsnyje nustatytos tokios gyventojų pareigos: rūpintis savo sveikata; rūpintis savo nepilnamečių vaikų (įvaikių, globotinių) sveikata; rūpintis savo tėvų sveikata; nepažeisti kitų asmenų sveikatos teisių; nekenkti aplinkai; mokėti privalomojo sveikatos draudimo įmokas, kurias nustato Sveikatos draudimo įstatymas. Tačiau, kaip buvo minėta, dauguma išskiriamų pareigų yra „rekomendacinės“, nes nors ir įtvirtinta pareiga rūpintis savo sveikata, tačiau asmeniui, kuris piktnaudžiauja žalingais įpročiais, pavyzdžiui, rūko, vargu, ar bus apribota teisė į sveikatos apsaugą. Iš kitos pusės, asmeniui, nemokančiam sveikatos draudimo mokesčių, tam tikra dalimi teks dengti sveikatos priežiūros išlaidas, tačiau tik tas, kurios susijusios su tiesioginiu konkrečios jo ligos gydymu, išskyrus būtinosios medicinos pagalbos paslaugas (Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 5 ir 7 dalys).

R. Roemer siūlymai²²⁰ apsvastyti teisę į sveikatos apsaugą iš kelių perspektyvų padeda galutinai atskleisti pastarosios reliatyvumą. Pasak autorės, teisė į sveikatos apsaugą gali būti vertinama ir kaip moralinė teisė, laikantis požiūrio, kad kiekvienas asmuo turėtų turėti vienodas galimybes plėtoti savo gyvenimo plano koncepciją. Šiuo atveju norėdami plėtoti savo gyvenimą pagal pasirinktą planą asmenys turi būti užtikrinti dėl tam tikro sveikatos apsaugos lygio. Kitas autorės išskiriamas aspektas yra lygiateisiškumo, pabrėžiantis lygių galimybių ir lygiateisio pasirinkimo galimybes sveikatos priežiūroje. Todėl siekiant užtikrinti lygias sveikatos priežiūros galimybes, socialinės intervencijos yra būtinos, nes sveikata yra išankstinė sąlyga, o ligos ar sužeidimai yra neprognozuojami. Norint gauti sveikatos priežiūros paslaugas bei gyventi sveikoje aplinkoje, nepriklausančioje nuo kitų asmenų, reikia bendrų visuomenės veiksmų. Kaip reziumuoja autorė²²¹, nors daugelis šalių nurodo savo konstitucijose, kad sveikata ar sveikatos priežiūra yra socialinė piliečių teisė ir šios nuostatos yra laikomos kaip teisinio pobūdžio teisės į sveikatos apsaugą išraiškos, tačiau praktiškai tai yra tikrai simboliniai teiginiai apie teises į vienodą prieigą prie sveikatos priežiūros išteklių ir paslaugų, kurie yra toje šalyje.

Teisės į sveikatos apsaugą reliatyvumą atskleidžia ne tik negalėjimas užtikrinti asmeniui visiškos sveikatos, bet ir valstybės turimų išteklių, *inter alia*, finansinių, žmogiškųjų,

²¹⁸ Vaišvila, A., *supra* note 121, p. 161.

²¹⁹ Tokioms teisėms priskiriama ir teisė į sveikatos apsaugą.

²²⁰ Roemer, R. The right to health care-gains and gaps. *American Journal of public health*, 1988, 78(3): 242.

²²¹ *Ibid.*

medicininių priemonių (priešais, vaistų), sveikatos priežiūros įstaigų skaičiaus ir jų teikiamų paslaugų apimčių ir t. t. (toliau šiame skyriuje apibendrintai – ištekliai) ribotumas. Kaip buvo minėta teisės į sveikatos apsaugą turinio analizėje (šio darbo 1.1.2 dalis), teisės į sveikatos apsaugą turinį sudaro gana konkretūs įpareigojimai valstybėms. Tuo pačiu buvo atkreiptas dėmesys, kad Jungtinių Tautų Ekonomikos ir socialinė taryba komentuodama Pakto 12 straipsnio nuostatas jose išskiriamus įpareigojimus valstybėms suskirstė pagal lyginamąjį prioritetą, dėl ko buvo daroma išvada, kad sąrašas skirtas valstybėms, kurios dėl ribotų išteklių negali garantuoti visų Pakte numatytų priemonių, siekiant pastarosioms nurodyti, kokios priemonės yra „gyvybiškai“ būtinos, t. y. svarbiausios norint bent minimaliai pasiekti Pakto 12 straipsnio 1 dalyje numatytų tikslų (šio darbo 1.2.3 poskyris). Tai leidžia pagrįstai teigti, kad teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimas nepriklausomai nuo išskiriamų pakankamai aiškių įpareigojimų valstybėms yra riboto pobūdžio, nes yra priklausomas nuo valstybės turimų išteklių. Ir nors, kaip nurodo T. Birmontienė, efektyvus asmens teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimas suprantamas kaip visiška valstybės pareiga²²², tačiau svarbu yra atskleisti ir šios pareigos vykdymo reliatyvumą. Todėl šiuo atveju itin tinkamas F. P. Grad²²³ pastebėjimas, kad teisė į sveikatos apsaugą yra labai plati teisė ir netgi šalys, turinčios gausius finansinius išteklius, gali susidurti su sunkumais, tiek teoriškai, tiek ir praktiškai siekdamos kiekvienam asmeniui užtikrinti gerą sveikatos būklę – kurią, kaip buvo minėta, ir iki galo apibrėžti yra sunku.

P. A. Molinari pabrėžia, kad „teisiniu požiūriu principinis teisės į sveikatą patvirtinimo iššūkis yra jos įgyvendinimas. Nuo to momento, kai ji buvo nustatyta kaip kardinalus politinių sprendimų principas, kilo diskusijos dėl valstybės atsakomybės, vykdančios šiuos įsipareigojimus. Tai sukėlė teorinius nesutarimus, turinčius įtakos teisės į sveikatą įgyvendinimui“²²⁴.

Šiuo atveju verta pastebėti, kad net jei bandoma išsiaiškinti, kur geriausia panaudoti turimus išteklius įgyvendinant teisę į sveikatos apsaugą, vis dar susiduriama su sunkiu klausimu, kas šioje srityje sukelia „didžiausią gėrį“, t. y., kokie yra nacionaliniai sveikatos priežiūros prioritetai. Todėl aktualūs tampa tokie klausimai: ar švaraus vandens užtikrinimas yra svarbesnis nei skiepijimas nuo užkrečiamųjų ligų, nei geresnės mitybos užtikrinimas ar skubios asmens sveikatos priežiūros teikimas; ar teisė į sveikatos apsaugą bus tinkamai įgyvendinama, kai prioritetai bus teikiami tokioms sveikatos priežiūros veikloms kaip mitybos pagerinimas ar nėščiąjų sveikatos priežiūra, kurios reikalauja mažiau finansinių išteklių ir išsaugo daugiau gyvybių, sumažindamas kūdikių mirtingumą, nei, pavyzdžiui, brangių gyvybę palaikančių operacijų ar gydymo tolesnis finansavimas; ar moksliniai tyrimai dėl tam tikrų mažiau bendrų ligų gali būti nefinansuojami, o atliekama daugiau mokslinių tyrimų tam, kad būtų padarytas didžiausias gėris daugiausiai žmonių. Pastarieji klausimai, pasak S. D. Jamar²²⁵, iliustruoja platų požiūrį į teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo sudėtingumą. Pasak autoriaus, netgi jei ir galima nustatyti visus su sveikata susijusius veiksnius, net jei ir galima būtų surūšiuoti juos pagal didžiausią poveikį žmonių sveikatai, net jei ir galima būtų koordi-

²²² Birmontienė, T., *supra* note 34, p. 323.

²²³ Grad F. P., *supra* note 16, p. 30.

²²⁴ Molinari, P. A., *supra* note 16, p. 475.

²²⁵ Jamar, S. D., *supra* note 30, p. 32.

nuoti atitinkamus principus pagal bendrą naudą, laisvę ir teisingumą, vis tiek sprendimų dėl išteklių paskirstymo priėmimas būtų paliktas visuomenės sutarimui arba bent jau daugumos palaikymui.

Atitinkamai plėtodamas išteklių, reikalingų įgyvendinant teisę į sveikatos apsaugą, paskirstymo sudėtingumo klausimą, P. A. Molinari nurodo, kad „išteklių paskirstymas visada yra esminis sveikatos ir sveikatos priežiūros elementas. Nuo visuotinio ir lygiateisio prieinamumo prie sveikatos priežiūros garantijų įtraukimo į normatyvinius tekstus momento visada kyla diskusijos dėl išteklių paskirstymo strategijų pranašumų. Šalyse, kur nėra sveikatos priežiūros teisinės kontrolės, šiuo klausimu gali būti mažiau diskutuojama, bet gali būti piktnaudžiavimo laisve atvejų. Kai ši veiksmų laisvė neegzistuoja, atrodo, svarbiausia surasti neutralią išteklių paskirstymo strategiją. Nepaisant pagirtinų pastangų tai pasiekti ir argumentuotai pagrįsti, dar nebuvo pasiekta neutralumo racionalizuojant ir kvotuojant sveikatos paslaugų sistemą. Įstatymų normos, jų įgyvendinimo tvarka dėl ryšio su esamais ištekliais tampa priemonėmis, susiaurinančiomis teisės į sveikatos priežiūros vykdymą iki išteklių, kurie yra pasiekiami tuo metu, kai paslauga reikalinga“²²⁶. R. B. Saltman taip pat pastebi, kad „kartais ribotų finansinių išteklių paskirstymo metodai visiškai rimtai sutrikdo teisės į sveikatą įgyvendinimą ir tik dėl to, kad rezultatai nėra tiesioginiai, jie nėra tiesiogiai uždrausti. Kiti išteklių paskirstymo pasiūlymai, tokie kaip sveikatos priežiūros prioritetų nustatymas, nedavė pastebimos sėkmės, išskyrus tai, kad jie sukėlė gyvą kritiką“²²⁷. D. Jankauskienė atkreipia dėmesį, kad problema yra ne tik sveikatos apsaugos sistemos finansavimo dydis, bet ir lėšų panaudojimo efektyvumas²²⁸.

A. Hendriks²²⁹ atkreipia dėmesį, kad sveikatos apsaugos priemonių ir sveikatos priežiūros paslaugų indėlis į sveikatą yra neabejotinai svarbus, o kartais itin svarbus, tačiau jos yra gana ribotos. Pasak autoriaus, dauguma mokslinių tyrimų nustatė, kad vadinamieji visuomeniniai veiksniai, ypač asmens socialinė ir ekonominė padėtis, yra didžiausią įtaką sveikatai darantys veiksniai.

Tad svarbu pripažinti, kad teisė į sveikatos apsaugą įpareigoja valstybes nares imtis priemonių, kuriomis būtų siekiama sukurti sąlygas, palankias pasiekti ir išlaikyti aukščiausią pasiekiamą sveikatos lygį, ir laipsniškai gerinti socialines ir ekonomines sąlygas, kurios lemia šios teisės įgyvendinimą, o ne tik siekti užtikrinti tinkamas sveikatos gerinimo priemones arba visapusišką sveikatos priežiūros draudimo ir paslaugų tiekimo sistemą. Tai patvirtina ir K. Miliauskaitė teigdama, kad „gyventojų sveikatą lemia veiksniai, susiję su ekonomine bei socialine aplinka: skurdu, nedarbu, blogomis gyvenimo sąlygomis, pavojingomis sveikatai darbo sąlygomis, nepakankama mityba. Valstybės ekonominis nepajėgumas lemia prastą sveikatos priežiūros įstaigų aprūpinimą medicinos technika, vaistais, naujų technologijų diegimą“²³⁰. L. Beliūnienė atkreipia dėmesį, kad tinkamai nesirūpinant atskirties grupių sveikatos apsauga, mažėja jų reintegracijos visuomenėje galimybės²³¹.

²²⁶ Molinari, P. A., *supra* note 16, p. 53.

²²⁷ Saltman, R. B., *et al.*, *supra* note 31, p. 424.

²²⁸ Buivydas R., *et alt.*, *supra* note 32, p. 135.

²²⁹ Hendriks, A., *supra* note 29, p. 391.

²³⁰ Miliauskaitė K., *supra* note 96, p. 97.

²³¹ Beliūnienė, L., *supra* note 36, p. 161.

Jei teisė į sveikatos apsaugą tampa vis svarbesnė teisiniu požiūriu, tai jokių būdu nereiškia, kad visiems nustatyti siekiai bus visiškai įgyvendinti, ką lemia anksčiau aptarti teisės įgyvendinimo reliatyvumo aspektai. Todėl praktiškai visada buvo ir visada bus neatitikimas tarp to, kas yra prieinama vienodai visiems asmenims, ir to, kokie yra jų realūs poreikiai. Pasak S. Gevers, „taip yra tiek dėl prielaidų sveikatai (pavyzdžiui, saugi ir sveika gyvenimo ir darbo aplinka) sudarymo, tiek dėl pakankamo sveikatos priežiūros ir gydymo prieinamumo užtikrinimo“²³².

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

Teisės į sveikatos apsaugą turinio analizė atskleidė, kad ši teisė yra savarankiška ir aiškiai apibrėžta. Teisė į sveikatos apsaugą yra glaudžiai susijusi su kitomis tiek pilietinėmis teisėmis (teise į gyvybę, teise būti apsaugotam nuo kankinimo, nežmoniško ar žeminančio elgesio ar baudimo, teise į privatų ir šeiminių gyvenimą), tiek ir socialinėmis teisėmis (teise į darbą, teise į sveiką aplinką ir t. t.). Šių teisių tarpusavio santykio atskleidimas leidžia giliau pažinti teisę į sveikatos apsaugą bei atskleisti jos vietą žmogaus teisių sistemoje.

Teisės į sveikatos apsaugą santykį su kitomis asmens teisėmis vertėtų pradėti aiškinti nuo jos santykio su teise į orumą, nes, kaip teigiama šio darbo 1.2.1 poskyryje, žmogus, siekdamas formuoti savo socialinę vertę, turi būti sveikas, kas reiškia, kad teisė į sveikatą yra būtina ir pradinė asmens orumo prielaida ir (arba) sąlyga. Pagrindinių teisių chartijos paaiškinimuose²³³ pateikiamas teisės į orumą aiškinimas: „žmogaus orumas savaime yra pagrindinė teisė, tačiau jis taip pat yra tikrasis pagrindinių teisių pagrindas.“ Pagal minėtą aiškinimą žmogaus teisės yra jo orumo juridinė konkretizacija²³⁴. Žmogaus vertingumo pripažinimas reiškia kiekvieno žmogaus, kaip faktinės gamtinės-socialinės būtybės pripažinimą teisės subjektu tiek tarptautiniu, tiek valstybiniu lygmeniu. Tačiau tai nėra vienkartinis aktas ir reikalauja iš visuomenės nenutrūkstamų moralinių pastangų saugoti visų savo narių teises ir spręsti jų įgyvendinimo klausimą²³⁵. Žmogaus teisės į orumą įgyvendinimo analizė atskleidžia, kad siekiant užtikrinti visavertį žmogaus gyvenimą nepakanka negatyvių asmens teisių ir laisvių²³⁶. Konstitucijos garantuojamos pagrindinės žmogaus teisės ir laisvės yra žmonių įrankiai kultūriškai bendradarbiauti tarpusavyje, kurti materialines ir dvasines vertybes bei jomis keistis. Valstybės pareiga – užtikrinti egzistencijos kokybę. Asmeninių ir politinių teisių esmė

²³² Gevers, S., *supra* note 38, p. 32.

²³³ Europos konvento prezidiumo išaiškinimai Nr. 2007/C 303/02, susiję su Pagrindinių teisių chartija [2007] OL C 303/17.

²³⁴ Čelkis, P., Venckienė, E. Concept of the right to health care. *Jurisprudencija*. 2011, 18(1):102.

²³⁵ Šlapkauskas, V. Pasitikėjimas – teisės socialinio veiksmingumo veiksnys. *Jurisprudencija*. 2002, 24(16):192.

²³⁶ Čelkis P., Venckienė E., *supra* note 234, p. 193.

yra valstybinės valdžios ribojimas, aiškiai apibrėžiant minimalios asmeninės laisvės erdvę, o socialinės teisės, atvirkščiai, išplečia valstybės veiklos sritį²³⁷. Teisės į žmogaus orumą įgyvendinimui reikalinga valstybės pagalba. Teisingumas reikalauja pirmumą teikti silpnesnės šalies interesams, todėl šiuolaikinėse demokratinėse valstybėse dėl solidarumo, socialinio gyvenimo stabilumo tam tikrais atvejais (nedarbo, ligos, įvairių kitokių nelaimių) yra pažeidžiama lygybė. Kaip buvo minėta šio darbo 1.2.4 poskyryje, sveikatos, kaip visapusės gerovės būklės, samprata visuotinai pripažįstama tarptautiniu ir nacionaliniu lygmeniu, todėl ji daro įtaką pasaulėžiūrai, vertybių sistemai ir hierarchijai, o šios savo ruožtu – teisei. Jungtinių Tautų Žmogaus teisių komisijos 2002 metų rezoliucijoje Nr. 2002/31 „Dėl kiekvieno teisės naudotis aukščiausio pasiekiamo lygio fizine ir psichine sveikata“²³⁸ patvirtinama, kad „kiekvieno žmogaus teisė naudotis aukščiausio pasiekiamo lygio fizine ir psichine sveikata yra žmogaus teisė ir kad tokia teisė kyla iš prigimtinio orumo.“ Todėl teisės į sveikatos apsaugą, kaip ir teisės į orumą, negalima aiškinti nesiejant tarpusavyje, nes tiek viena, tiek kita yra asmens teisių ir laisvių įgyvendinimo garantas.

Tuo pačiu pastebėtina, kad, kaip teigia P. A. Molinari, teisė į sveikatos apsaugą „skiriasi nuo labiau įprastų, pirmosios kartos žmogaus teisių formuluočių tuo, kad tais atvejais, kai teisės klasifikuojamos kaip socialinės teisės, pavyzdžiui, teisė į darbą, teisė į socialinį saugumą, jos formaliai nenustato tvirtinimų ar pretenzijų, kurių įgyvendinimo asmuo galėtų siekti, bet išreiškia normatyvinius valstybės įsipareigojimus remti tokių teisių įgyvendinimą“²³⁹.

Kaip pastebi T. Birmontienė²⁴⁰ ir H. Roscam Abbing²⁴¹, individualios asmens teisės yra svarbios socialinei teisei į sveikatos apsaugą, taip pat kaip socialinė teisė į sveikatos apsaugą būtina naudojantis individualiomis asmens teisėmis. H. Roscam Abbing²⁴² taip pat teigia, kad teisė į gyvybę, kankinimo, žeminančio ir nežmoniško elgesio bei baudimo draudimas, teisė į privatų gyvenimą, visų pirma yra svarbios atsižvelgiant į socialinę teisę rūpintis sveikata; teisė į laisvę ir asmens neliečiamybę yra svarbios, kai jos yra susijusios su asmens laisvės ir sveikatos netekimu. K. Lapinskas²⁴³ atkreipia dėmesį, kad teisė į darbą, teisė į sveikatos apsaugą, teisė į socialinę apsaugą, šeimos teisė į apsaugą ir kitos socialinės teisės dažniausiai yra glaudžiai susijusios su kitomis žmogaus teisėmis, pirmiausia su nuosavybės teise. Pasak autoriaus, vienos iš socialinių teisių – teisės į sveikatos apsaugą – ypatybė yra tai, kad ši teisė yra ginama ne tik kaip individuali žmogaus socialinė teisė į sveikatos apsaugą, bet ir kaip kolektyvinė teisė, t. y. viešasis interesas, be kita ko, pateisinantis kai kurių kitų teisių ir (arba) laisvių, pavyzdžiui, žo-

²³⁷ Spruogis, E., *supra* note 2, p. 55.

²³⁸ Commission on Human Rights resolution 2002/31 „The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health“ [interaktyvus]. [žiūrėta 2009-10-30]. <<http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/5f07e25ce34edd01c1256ba60056def?OpenDocument>>.

²³⁹ Molinari, P. A., *supra* note 16, p. 47.

²⁴⁰ Birmontienė, T., *supra* note 33, p. 323.

²⁴¹ Roscam Abbing, H. D. C. The Right to Care for Health: The Contribution of the European Social Charter, *supra* note 41, p. 183.

²⁴² *Ibid.*

²⁴³ Lapinskas, K. *supra* note 35.

džio laisvės, informacijos laisvės ar nuosavybės teisės, ribojimą. S. D. Jamar²⁴⁴ teigia, kad teisė į sveikatos apsaugą gali prieštarauti tokiems principams kaip laisvė individualiai ir kolektyviai pasirinkti, taip pat kitoms pilietinėms ir politinėms teisėms. Ir kitos ekonominės, socialinės ir kultūrinės teisės gali prieštarauti teisei į sveikatos apsaugą. Autorius grįsdamas savo teiginius pateikia pavyzdį: teisė į laisvę ar į savo kūno kontrolę (neliečiamumą) gali būti susijusi su privalomu skiepijimu nuo užkrečiamųjų ligų ar kitomis masinėmis sveikatos apsaugos programomis, kuomet įgyvendinant teisę į sveikatos apsaugą minėtos teisės yra suvaržomos. Valstybei siekiant suvaldyti užkrečiamąsias ligas ir taip tinkamai įgyvendinti teisę į sveikatos apsaugą, ji riboja tokias asmenų teises kaip teisę laisvai judėti, kai asmeniui gali būti taikomas karantinas arba izoliavimas, bei teisę į kūno neliečiamumą, kai asmeniui privalomai pagal įstatymą gali būti taikoma vakcinacija nuo ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų.

Analizuodamas teisės į sveikatos apsaugą santykį su kitomis asmens teisėmis A. Hendriks²⁴⁵ pastebi, kad yra pripažįstama, jog teisė į gyvybę nustato pozityvius įpareigojimus narėms apsaugoti žmogaus gyvybę nuo išvengiamų pavojų ir valstybės yra raginamos susilaikyti nuo nežmoniško ir žeminančio elgesio arba baudimo. Tačiau, pasak autoriaus, siekiant užtikrinti, kad nebūtų situacijų, kai asmenys gali bijoti nežmoniško ir žeminančio elgesio, iš valstybių narių, reikalaujama efektyviai užtikrinti nedelsiamą kankinimo, nežmoniško ar žeminančio elgesio ar baudimo ir medicinos ar mokslinių bandymų be laisvo asmens sutikimo nutraukimą. Todėl, nors ir netiesiogiai, nežmoniško ir žeminančio elgesio draudimas numato pozityvius įpareigojimus valstybėms užkirsti kelią išvengiamiems sveikatos sužalojimams: valstybių pareiga užkirsti kelią pavojams sveikatai ir susilaikyti nuo priemonių, kenkiančių žmonių sveikatai, taikymo, taip pat apima pareigą užtikrinti patenkinamas fizines sąlygas ir pakankamą gydytojų priežiūrą įkalinimo įstaigose. Jei nesugebama laikytis šių įpareigojimų, nesilaikoma nežmoniško ir žeminančio elgesio draudimo. Kaip antai, byloje *Price v. UK*, Europos Žmogaus Teisių Teismo nuomone, neįgalus asmens laikymas įkalinimo įstaigoje nepalankiomis sveikatai sąlygomis (pavyzdžiui pavojingas sveikatai šaltis, nepalankios aplinkybės, tokios kaip per kieta ar nepasiekiamą lova, sunkiai pasiekiamas tualetas) pripažįstamas Žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos 3 straipsnio nuostatų pažeidimu²⁴⁶.

Tuo pačiu atkreipiamas dėmesys, kad teisė į sveikatos apsaugą, kaip individuali asmens teisė, Europos Žmogaus Teisių Teisme nėra tiesiogiai ginama. Didėjanti teisės į sveikatos apsaugą teisinė reikšmė iš dalies kyla dėl minėto jos ryšio su kitomis žmogaus teisėmis ir kai teisė į sveikatos apsaugą yra sėkmingai remiamasi Europos Žmogaus Teisių Teisme, tai gana dažnai pasiekiamas tiesiogiai ginant „klasikines“ žmogaus teises (pavyzdžiui, teisę į gyvybę, nežmoniško ar žeminančio elgesio draudimą, teisę į privatų gyvenimą) arba skundžiantis, kad valstybė pažeidė nediskriminavimo principą²⁴⁷. Pagrįsdamas tai Jungtinių Tautų Žmogaus teisių komitetas Bendrajame komentare Nr.

²⁴⁴ Jamar, S. D., *supra* note 30, p. 32.

²⁴⁵ Hendriks, A., *supra* note 29, p. 394-401.

²⁴⁶ *Price v. UK*, no. 33394/96, ECHR 2001-VII.

²⁴⁷ Gevers, S., *supra* note 38, p. 30.

6²⁴⁸ išreiškė nuomonę, kad teisės į gyvybę apsauga reikalauja iš valstybių narių „imtis pozityvių priemonių <...> (įskaitant) priemonių, skirtų mažinti kūdikių mirtingumą ir pailginti gyvenimo trukmę, visų pirma taikyti priemones, skirtas pašalinti blogą mitybą ir ligas, ir taip valstybės, Tarptautinio pilietinių ir politinių teisių pakto šalys, privalo suteikti veiksmingą teisės į gyvybę apsaugą.“

Teisė į sveikatos apsaugą glaudžiai susijusi ir su teise į privatų ir šeiminių gyvenimą, ką ir atskleidė Europos Žmogaus Teisių Teismas 1994 m. byloje *Lopez Ostra v. Spain*²⁴⁹. Teisė į sveikatos apsaugą šiuo konkrečiu atveju buvo nagrinėjama teisės į privatų ir šeiminių gyvenimą plotmėje. Išnagrinėjus bylą buvo pripažinta, kad Ispanija pažeidė Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos²⁵⁰ 8 straipsnį (teisė į privatų ir šeimos gyvenimą), nesiėmusi tinkamų priemonių užtikrinti ieškovės teisės į savo namus ir savo privatų ir šeimos gyvenimą, kurios buvo pažeistos dėl netoliese nuo ieškovės gyvenamosios vietos esančios atliekų apdorojimo įmonės, kuri skleidė dūmus ir sukėlė pasikartojantį triukšmą ir stiprų kvapą. Pastarieji veiksniai ieškovei ir jos šeimos nariams sukėlė sveikatos problemų ir padarė ieškovės šeimos gyvenimo sąlygas nepakeliamomis. Taigi, kaip matyti, teisė į privatų ir šeiminių gyvenimą glaudžiai siejama su teise į sveikatos apsaugą, kai valstybei tinkamai neįgyvendinus teisės į sveikatos apsaugą ir neužtikrinus sveikų gyvenimo sąlygų (sveikatos aplinkos), pažeidžiama ir teisė į privatų ir šeiminių gyvenimą (pavyzdžiui, dėl triukšmo, sklindančio iš oro uosto ir taip trikdančio asmens sveikatą – Europos Žmogaus Teisių Teismo byla *Powell & Raynor v. Didžioji Britanija*²⁵¹). Panašių bylų, pasak D. Shelton, kai asmens privatus gyvenimas yra veikiamas sveikatai nepalankių sąlygų ir tai, pasak autorės, neigiamai veikia asmens teisę į privatų ir šeimos gyvenimą ir ją pažeidžia, yra nemažai²⁵².

Minėti atvejai ir Europos Žmogaus Teisių Teismo bylos ne tik atskleidžia teisės į sveikatos apsaugą ir teisės į privatų ir šeimos gyvenimą santykį, tačiau ir parodo, kad teisė į sveikatos apsaugą glaudžiai susijusi ir su teise į sveiką aplinką. Minėtas santykis pastebimas tuomet, kai įgyvendindama teisę į sveikatos apsaugą valstybė privalo užtikrinti asmenų gyvenamosios aplinkos apsaugą nuo ūkinės komercinės veiklos taršos (minėti triukšmo ir kvapo, neigiamai veikiančių asmens sveikatą, pavyzdžiai). Šiuo atveju valstybė, įgyvendindama teisę į sveikatos apsaugą, užtikrins ir teisę į sveiką aplinką. A. Marcijonas ir B. Sudavičius²⁵³ nurodo, jog aplinkos apsauga su žmogaus teise į sveiką ir švarią aplinką yra susijusi netiesiogiai – per žmogaus teisę į gyvybę bei sveikatą, kurios įgyvendinimas tiesiogiai priklauso nuo aplinkos būklės.

Taip pat teisė į sveikatos apsaugą glaudžiai susijusi ir su teise į saugias ir sveikas darbo sąlygas, kuomet valstybė, užtikrindama teisę į sveikatos apsaugą, reguliuoja santykius, susijusius su darbuotojų sveikata ir sauga darbe suteikdama saugias darbo sąly-

²⁴⁸ General Comment No.06: The right to life (art. 6):1982.04.30.CCPR General Comment No. 6. (General Comments) [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-11-02]. <<http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/0/84ab9690ccd81fc7c12563ed0046fae3>>.

²⁴⁹ *Lopez Ostra v. Spain*, no. 16798/90, Series A no. 303.

²⁵⁰ Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija. *Valstybės žinios*, 1995, Nr. 40-987.

²⁵¹ *Powell and Rayner v. The United Kingdom*, no. 3/1989/163/219, series A No. 172.

²⁵² Shelton, D. Human Rights and the Environment: Jurisprudence of Human Rights Bodies [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-022]. <http://www2.ohchr.org/english/issues/environment/envIRON/bp2.htm#_ftnref34>.

²⁵³ Marcijonas, A., Sudavičius, B., *supra* note 52, p. 17.

gas darbuotojams. Atitinkamai teisė į sveikas darbo sąlygas reiškia, kad kiekvienas darbuotojas turi teisę į tokias darbo sąlygas, kurios nedarytų neigiamo poveikio jo gyvybei ir sveikatai, atitiktų higienos reikalavimus.

Apibendrinant galima teigti, kad teisė į sveikatos apsaugą yra glaudžiai susijusi tiek su pilietinėmis teisėmis (teise į gyvybę, žmogaus orumu, teise būti apsaugotam nuo kankinimo, nežmoniško ar žeminančio elgesio ar baudimo, teise į privatų ir šeiminių gyvenimą), tiek su kitomis socialinėmis teisėmis (teise į darbą, teise į socialinį saugumą, teise į sveiką aplinką, teise į saugias ir sveikas darbo sąlygas ir pan.). Teisė į sveikatos apsaugą dažnai yra naudojama kaip priemonė siekiant užtikrinti tokių teisių kaip teisė į gyvybę, teisė į privatų gyvenimą kokybinius parametrus. Teisė į sveikatos apsaugą yra būtina siekiant užtikrinti asmenims galimybę naudotis jų turimomis individualiomis teisėmis ir laisvėmis ir, be kita ko, yra kaip sąlyga (siekiant apsaugoti asmenų sveikatą), pateisinanti individualių teisių, tokių kaip žodžio ir informacijos laisvė, nuosavybės teisė ir pan., ribojimą.

1.2.5. Teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo (sveikatos priežiūros) sritys

Kaip buvo konstatuota, teisė į sveikatos apsaugą yra įtvirtinta tarptautinėje ir nacionalinėje teisėje ir yra išskiriami įpareigojimai valstybėms, kuriuos pastarosios turi įgyvendinti, siekiant užtikrinti asmeniui teisę. Tuo pačiu akcentuota, kad sveikatos priežiūros srityje nepakanka kurti galimybes žmonėms naudotis savo teisėmis, paliekant asmeniui pačiam rūpintis jų įgyvendinimu. Priemonės, garantuojančios teisę į sveikatos apsaugą, yra įgyvendinamos valstybei organizuojant sveikatos priežiūros sistemą, sukuriant infrastruktūrą, garantuojančią reikiamų paslaugų teikimą, atitinkamą įstaigų tinklą ir personalą, valstybė taip pat turi efektyviai įgyvendinti prisiimtus įsipareigojimus, *inter alia*, siekti ligų prevencijos, sveikos aplinkos sukūrimo, galiausiai skatinti kiekvieną individą atskirai rūpintis sveika gyvensena ir nepropaguoti žalingų įpročių. Kaip buvo minėta, valstybėms nustatyti įpareigojimai apima minimalias priemones, kurias užtikrinti jos įpareigtos.

Sveikatos priežiūrą iš esmės siūlytina skirti į dvi nors ir tarpusavyje susijusias, tačiau kartu ir savarankiškas sritis: asmens sveikatos priežiūrą ir visuomenės sveikatos priežiūrą. Kaip antai, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, tiksliau šio įstatymo 11 ir 14 straipsniai, nustato, kad sveikatos priežiūra susideda iš asmens sveikatos priežiūros, visuomenės sveikatos priežiūros ir atskirai išskiriama farmacinė veikla, nors, manytina, pastaroji yra sudėtinė asmens sveikatos priežiūros sritis, kadangi šiuolaikinis gydymas, vargu, ar išsivaizduojamas be vaistų ir pastaroji yra skirta užtikrinti efektyvią asmens sveikatos priežiūrą.

Siekiant aiškumo pastebėtina, kad asmens sveikatos priežiūra yra nukreipta į asmenų (pastarieji galėtų būti tiesiogiai įvardijami pacientais) gydymą, jų reabilitaciją bei slaugą (Sveikatos sistemos įstatymo II skyrius), farmacinė veikla apima vaistų gamybą ir platinimą (Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo²⁵⁴ 2 str. 14 d.), o visuomenės sveikatos priežiūra yra prevencinė veikla, nukreipta į asmenų sveikatos stiprinimą, ligų profilaktiką ir kontrolę bei saugios sveikatai aplinkos sukūrimą (apsaugant asmenis nuo

²⁵⁴ Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymas. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 78-3056.

triukšmo, kvapų ir kitų tiek fizikinių, tiek cheminių ar biologinių veiksnių, neigiamai veikiančių asmens sveikatą).

Išskiriamos sveikatos priežiūros sritys būtent ir atskleidžia bei savyje apima teisės į sveikatos apsaugą turinį ir yra skirtos įgyvendinti valstybei nustatytą tikslą rūpintis žmonių sveikata.

Išskyrus minėtas sveikatos priežiūros sritis atitinkamai galima joms priskirti ir teisės į sveikatos apsaugą turinyje išskirtas pastarosios įgyvendinimo priemonės (2 lentelė).

2 lentelė

Teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo priemonių sugrupavimas pagal sveikatos priežiūros sritis

| Asmens sveikatos priežiūros sričiai priskirtinos priemonės | Visuomenės sveikatos priežiūros sričiai priskirtinos priemonės |
|---|--|
| Užtikrinti, kad mažiau gimtų negyvų kūdikių, sumažėtų kūdikių mirtingumas ir kad vaikai augtų sveiki: užtikrinant reikiamą medicinos pagalbą ir sveikatos apsaugą visiems vaikams, plėtojant pirmąją medicinos pagalbą. | Užtikrinti, kad mažiau gimtų negyvų kūdikių, sumažėtų kūdikių mirtingumas ir kad vaikai augtų sveiki: plėtojant sanitariją. |
| Užtikrinti būtinų vaistų tiekimą. | Užtikrinti, kad visais aspektais gerėtų aplinkos ir gamybos higiena, skatinant saugų ir pakankamą maisto produktų tiekimą ir tinkamą mitybą; pakankamą saugaus vandens tiekimą ir pagrindinę sanitariją; skiriant ypatingą dėmesį kovai su vaikų ligomis ir pusbadžiaivimu pasitelkus sanitariją; be to, taikant lengvai prieinamą technologiją ir apsirūpinant pakankamai maistingais produktais ir, atsižvelgiant į aplinkos užterštumo pavojų ir riziką, švairiu geriamuoju vandeniu. |
| Užtikrinti epideminių, endeminių, profesinių bei kitokių ligų gydymą: skiepijant nuo pagrindinių infekcinių ligų. | Užtikrinti epideminių, endeminių, profesinių bei kitokių ligų profilaktiką ir kontrolę: organizuojant skiepijimą nuo pagrindinių infekcinių ligų, imantis vietinių endeminių ligų prevencijos ir kontrolės, vykdant paplitusių ligų ir sužalojimų tinkamą priežiūrą, taip pat kiek įmanoma užkertant kelią nelaimingiems atsitikimams. |
| Užtikrinti, kad būtų sudarytos sąlygos visiems gauti medicinos paslaugas ir medicininę priežiūrą susirgus, ypatiną dėmesį teikiant moterų aptarnavimui nėštumo, gimdymo metu ir po gimdymo, kai reikia, teikiant nemokamas paslaugas. | Užtikrinti švietimą, tarp jų apie vyraujančias sveikatos problemas ir būdus, kaip joms užkirsti kelią ir kontroliuoti jas, teikti konsultacijas ir rūpintis švietimo priemonėmis, kuriomis propaguojama sveika gyvensena bei skatinama asmeninė atsakomybė už savo sveikatą; informuoti visus visuomenės sluoksnius, ypač tėvus ir vaikus, apie vaikų sveikatą ir mitybą, maitinimo krūtimi privalumus, higieną, vaiko gyvenamosios aplinkos sanitariją ir kelių nelaimingiems atsitikimams užkirtimą; taip pat sudaryti galimybę jiems lavintis ir tokiais žiniomis pasinaudoti; plėtoti švietimą ir paslaugas sveikatos priežiūros, tėvų konsultavimo ir šeimos planavimo srityje. |
| Susirgus užtikrinti medicininių paslaugų prieinamumą. | Saugoti asmenis nuo grėsmių sveikatai (sumažinti sveikatai keliamą pavojų, o tam tikrais atvejais, kai tai įmanoma, užkirsti jam kelią), pagerinti žmogaus, visuomenės gebėjimą įveikti kilusį pavojų sveikatai. |

Kartu atkreiptinas dėmesys, kad toks sveikatos priežiūros sričių išskyrimas yra sąlyginis, kadangi sveikatos priežiūra, kaip sistema, turi būti plėtojama *in corpore*, nes tik taip bendrai gali būti tinkamai įgyvendinama teisė į sveikatos apsaugą. Išskirtos sveikatos priežiūros sritys – asmens ir visuomenės sveikatos priežiūra – kaip matyti iš 2 lentelės, yra glaudžiai tarpusavyje susijusios ir garantuoja viena kitos įgyvendinamumą, kaip antai, kova su užkrečiamosiomis ligomis yra visuomenės sveikatos priežiūros priemonė, tačiau be asmens sveikatos priežiūros priemonių – skiepijimo, susirgusių asmenų gydymo – ši visuomenės sveikatos priežiūros priemonė nebus efektyvi.

Tuo pačiu pastebėtina, kad minėtų sveikatos priežiūros sričių išskyrimas kartu yra būtinas dėl galimybės atlikti jų teisinio reguliavimo analizę ir dėl skirtingos pačių sričių „prigimties“ – asmens sveikatos priežiūra yra kova su pasekmėmis (liga), o visuomenės

sveikatos priežiūra – susirgimų prevencija, „užkardymas“. Todėl ir teisinis reguliavimas kiekvienoje iš sričių turės skirtingus metodus ir tikslus – asmens sveikatos priežiūroje, manytina, teisinis reguliavimas bus vykdomas iš esmės siekiant užtikrinti paciento teisių saugą, tuo pačiu ir gydytojo (sveikatos priežiūros įstaigos) teises, o visuomenės sveikatos priežiūroje bus skatinamas rekomenduojamas atitinkamas sveikatą palaikantis elgesys, ribojama atitinkama ūkinė komercinė veikla siekiant užtikrinti saugią sveikatai aplinką ir pan.

1.3. Visuomenės sveikatos priežiūros sritys

Apibrėžus visuomenės sveikatos priežiūrą, išskyrus jai keliamus tikslus ir atskleidus jos vietą teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimą, tikslinga apžvelgti sritis, kuriose ji pastaruosius įgyvendina. Iš šio darbo 1.1 skyriuje pateikto C. E. A. Winslow visuomenės sveikatos priežiūros apibrėžimo galima išskirti sritis, kuriose siekiama šiame apibrėžime keliamų tikslų įgyvendinimo, ir jas atitinkamai sugrupuoti:

- rūpinantis aplinkos sauga, plėsti ir tobulinti socialines tarnybas, organizuoti medicinos bei slaugos tarnybas;
- kontroliuoti infekcines ligas, anksti diagnozuoti ir gydyti ligas;
- mokyti individualios higienos.

R. Kalėdienė, R. Petrauskienė, A. Rimpelė atkreipia dėmesį, kad sveikatos stiprinimo veiklos sfera labai plati ir ją kartais sunku sukonkretinti. „Dažnai ji suprantama retorine prasme arba, atvirkščiai, kaip siaura ir ribota veiklos sritis. Koks asmens prevencinės pagalbos, visuomenės sveikatos priežiūros ir kitų veiklos sričių tarpusavio santykis ir ryšys su sveikatos stiprinimu? Šis terminas dažnai neatsiejamas nuo ligų profilaktikos, nesuvokus jų tarpusavio ryšio, o kartais šie terminai aiškinami kaip labai skirtingi. Sveikatos mokymą ir ugdymą daugelis supranta kaip sveikatos stiprinimo pagrindą, o iš tikrųjų jis yra vienas svarbiausių, o kartais ir vienintelis ligų profilaktikos metodas. Kalbant apie sveikatos stiprinimą, minimi ligų profilaktikos aspektai (pavyzdžiui, imunizacija, patikrinimai) ir šių koncepcijų ryšys bei skirtumai tampa neaiškūs. Visuomenėje, orientuotoje į gydomąją mediciną, sveikatos stiprinimo koncepcijai iškyla stagnacijos pavojus. Naujajame moksle apie visuomenės sveikatą ji tampa pagrindinė, integruojanti daugelį sričių, orientuota į pozityvią visuomenės sveikatą (saliutogeninį modelį)²⁵⁵. Pasak autorių, praktinę sveikatos stiprinimo veiklą populiariai iliustruoja A. Tannahill (1985) pasiūlytas modelis²⁵⁶. Jis jungia tris tarpusavyje susijusias veiklos sferas:

- sveikatos mokymą (angl. *health education*);
- ligų profilaktiką (angl. *disease prevention*);
- sveikatos saugą (angl. *health protection*), kuri apima įstatyminę ir finansinę sveikatos stiprinimo srities kontrolę.

Atsižvelgdamas į išskiriamas sferas A. Tannahill atitinkamai išskiria 7 sveikatos stiprinimo veiklos sritis, kurias sudaro:

1. Profilaktiniai veiksmai. Jų pavyzdžiu galėtų būti visuotinė imunizacija, profilaktiniai tikrinimai dėl padidėjusio kraujospūdžio ar dėl moterų krūties vėžio.

²⁵⁵ Kalėdienė, R., Petrauskienė, J., Rimpelė A., *supra* note 19, p. 30.

²⁵⁶ *Ibid.*, p. 31.

2. Profilaktinis sveikatos mokymas. Tai sveikos gyvensenos mokymas, skatinantis imtis profilaktikos priemonių (pavyzdžiui, pasiskiepyti, profilaktiškai pasitikrinti sveikatą).

3. Profilaktinė sveikatos sauga. Tai įstatymais, nutarimais ir jų įgyvendinimo kontrole pagrįsta galimybė išvengti ligų (pavyzdžiui, darbo saugos taisyklės, vandentiekio vandens fluoravimas).

4. Sveikatos mokymas, palaikantis profilaktinę sveikatos saugą. Kaip pavyzdį galima paminėti aktyvų pritarimą privalomam saugos diržų naudojimui automobiliuose. Vien gyventojų mokymas ir propaganda šioje srityje buvo neefektyvi, tačiau priėmus sprendimus dėl privalomo diržų naudojimo buvo sudaryta palanki socialinė aplinka šią priemonę sėkmingai įgyvendinti.

5. Pozityvios sveikatos mokymas. Jis skirstomas į dvi kategorijas: mokymas, kurio tikslas – paveikti žmonių elgesį (pavyzdžiui, laisvalaikio sportuoti), ir mokymas, kurio tikslas – padėti žmonėms pasiekti gyvenimo pilnatvę ir pasitikėjimą savimi, nes tai laikoma gerovės pagrindu.

6. Pozityvios sveikatos sauga. Kaip jau buvo minėta, sveikatos sauga – tai nesveiko elgesio galimybių sumažinimas įstatymų ir finansinės kontrolės priemonėmis, pavyzdžiui, draudimas rūkyti darbo vietoje saugant oro švarą patalpose arba lėšų skyrimas sporto centrui įkurti skatinant žmones aktyviai praleisti laisvalaikį.

7. Sveikatos mokymas, skatinantis sveikatos saugą. Tai yra nuolatinis informavimas apie sveikatos problemas, norint atkreipti dėmesį ir gauti visuomenės bei politikų paramą bei garantuoti sveikatos saugos priemones.

Otavos sveikatos stiprinimo nevyriausybinėje konferencijoje 1986 metais buvo suformuluota sveikatos stiprinimo (angl. *health promotion*) koncepcija. Šioje konferencijoje buvo priimti sveikatos stiprinimo principai, vadinami „Otavos chartija“²⁵⁷. Chartijoje rašoma, kad sveikatos stiprinimas yra procesas, suteikiantis žmonėms daugiau galimybių rūpintis savo sveikata ir ją gerinti. Jame taip pat apibrėžti pagrindiniai sveikatos stiprinimo veiksniai:

1. Sukurti visuomenės politiką, padedančią stiprinti sveikatą. Sveikatos stiprinimas turi tapti pagrindine politikų ir vyriausybės visų veiklos sričių kryptimi. Su sveikata susijusios problemos turi būti sprendžiamos ir ne medicinos srityje. Bendras politikos tikslas – padėti žmonėms būti sveikiems.

2. Sukurti aplinką, padedančią gerinti sveikatą. Aišku, kad žmogaus ir visuomenės sveikata priklauso nuo jų santykių su aplinka. Visuomenė, nekreipianti dėmesio į ekologiją, kaip atsaką į savo nerūpestingą elgesį gauna daug sveikatos ir socialinių problemų. Sveikata neatsiejama nuo kintančių gyvenimo, darbo ir poilsio sąlygų, todėl itin svarbu, kad šios sąlygos būtų palankios ir stiprinančios sveikatą.

3. Įtraukti į sveikatos stiprinimą bendruomenę. Bendruomenė turi iškelti savo sveikatos stiprinimo iniciatyvas ir kontroliuoti jų įgyvendinimą. Medikai turi išmokti dirbti kartu su bendruomene, o ne tik jai vadovauti arba tarnauti.

²⁵⁷ Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-02-23]. <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf>.

4. Tobulinti individualias sveikatos stiprinimo žinias bei įgūdžius. Nuolat teikiama informacija, sveikatos mokymas padeda suprasti sveikos gyvensenos ir sveikatos stiprinimo principus, išmokti kontroliuoti savo sveikatą, aplinką, išvengti ligų.

5. Perorientuoti sveikatos priežiūros tarnybas. Sveikatos priežiūros tarnybų atsakomybę už sveikatos stiprinimą turi pasidalyti individai, socialinės grupės, medicinos darbuotojai, vadovai bei vyriausybė. Tik visiems dirbant kartu, sveikatos priežiūros tarnybos padės stiprinti sveikatą.

Kaip ir apibrėžiant visuomenės sveikatos priežiūrą, taip ir išskiriant jos sritis remiamasi šiuolaikinės visuomenės sveikatos priežiūros samprata. Kaip buvo minėta, pastaroji išplečia visuomenės sveikatos priežiūros sritį ir į ją integruoja ir asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Tai patvirtina ir Jungtinių Amerikos Valstijų visuomenės sveikatos asociacija²⁵⁸, kuri apibrėžusi visuomenės sveikatos priežiūros misiją taip pat išskiria sritis (pagrindines praktines veiklas), kuriomis pastaroji bus pasiekta:

1. stebėti sveikatos būklę siekiant nustatyti bendruomenės sveikatos problemas (apima ir bendruomenės sveikatos būklės diagnozavimą, pavojų sveikatai bei sveikatos priežiūros paslaugų poreikio nustatymą ir kt.);

2. nustatyti ir ištirti sveikatos problemas ir pavojus sveikatai bendruomenėje (apima epidemiologinį sveikatos pavojų tyrimą, visuomenės sveikatos priežiūros laboratorijų veiklą, aktyvias užkrečiamųjų ligų epidemiologines programas ir kt.);

3. informuoti, šviesti ir suteikti žmonėms informaciją sveikatos klausimais (apima rinkodarą ir tikslines viešąsias komunikacijas, taip pat sveikatos ugdymo programas, įgyvendinamas su mokyklomis, bažnyčia, darbovietėmis ir kt.);

4. pasitelkti bendruomenę nustatant ir sprendžiant sveikatos problemas (apima bendruomenės grupių įtraukimą, paramos programas ir kt.);

5. plėtoti politiką ir planus, kurie remia individualias ir bendruomenės pastangas gerinti sveikatą (reikalauja lyderiavimo, dominavimo visais visuomenės sveikatos priežiūros lygiais, sistemiško planavimo bendruomenės ir valstybės lygiu siekiant pagerinti sveikatą ir kt.);

6. užtikrinti įstatymų ir kitų teisės aktų nuostatas, ginančias sveikatos draudimą ir sveikatos saugą (apima sanitarijos kontrolę, ypač maisto, visapusišką geriamojo vandens apsaugą, švaraus oro standartus, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės stebėseną ir kt.);

7. užtikrinti sveikatos priežiūrą, kai kitos priemonės netinka (apima socialiai remtinių žmonių sveikatos priežiūrą, transportavimo paslaugas, kryptingą didelės rizikos žmonių grupių informavimą sveikatos klausimais ir kt.);

8. užtikrinti profesionalią visuomenės ir asmens sveikatos priežiūrą (apima personalo mokymą, specialistų ir paslaugų licencijavimą, jų kontrolę ir kt.);

9. įvertinti vykdomos asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros efektyvumą, prieinamumą ir kokybę (apima sveikatos programų, pagrįstų sveikatos statuso ir paslaugų analize, įvertinimą ir kt.);

10. vykdyti mokslinius tyrimus, kurių tikslas – naujos įžvalgos ir inovaciniai sveikatos problemų sprendimai (apima bendradarbiavimą su kitomis institucijomis, aukštojo

²⁵⁸ Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-02-23]. <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf>.

mokslo ir mokslinių tyrimų įstaigomis, gebėjimus laiku panaudoti epidemiologines ir ekonomines analizes ir kt.).

Iš esmės panašios sritys išskiriamos ir T. Tulchinsky ir E. A. Varavikovas. Autoriai²⁵⁹ išskiria tokias valstybės atsakomybės ir veiksmų sritis visuomenės sveikatos priežiūroje:

1. sveikatos būklės stebėjimas – t. y. gyvybiškai svarbios statistikos, informacijos apie ligas stebėjimas, apimantis specialius ligų registrus, ligoninių naudojamus duomenis, mokyklų ir darbo lankomumą, specialius tyrimus; taip pat sveikatos duomenų kaupimas ir apdorojimas, įvertinant sveikatos paslaugų efektyvumą ir kokybę, ir pan.;

2. sveikatos politikos ir rodiklių plėtra – t. y. visuomenės sveikatos interesų atstovavimas planuojant miestus, aplinkosaugos srityje, nustatant ir įgyvendinant socialinę politiką, išsamus valstybės ir regioninės sveikatos priežiūros planavimas; visuomenės švietimas sveikatos klausimais; moksliniai tyrimai ir plėtra; bendruomenės įtraukimas ir pan.;

3. sveikatos skatinimas – t. y. gyventojų švietimas su sveikata susijusiais klausimais; saugių ir sveikų bendruomenės infrastruktūros ir paslaugų skatinimas;

4. bendruomenės sveikatos priežiūros paslaugos – t. y. imunizacija, tuberkuliozės ir kitų užkrečiamųjų ligų kontrolė; lėtinių ligų kontrolė ir medicininė rehabilitacija; šeimos sveikata, įskaitant nėštumo laikotarpį, vaiko gerovę, sveikas mokyklas ir šeimos planavimą;

5. aplinkos, maisto, vaistų, darbo saugos ir kitų būtinų su sveikatos priežiūra susijusių sričių reglamentavimas ir priežiūra, apimanti: maisto saugą, pavojingų medžiagų ir produktų saugą, vandens tiekimo sanitariją, profesinę sveikatą ir saugą, radiacijos kontrolę, oro kokybės valdymą, triukšmo taršos kontrolę ir kt.;

6. finansavimas siekiant skatinti sveikatos priežiūros veiklą ir paslaugas, patenkinti sveikatos poreikius; teikti skatinančias dotacijas ar finansavimą žemesnio lygio valdžios institucijoms ar paslaugų teikėjams, tyrėjams;

7. psichikos sveikatos priežiūros paslaugos – pirminė psichikos sutrikimų prevencija; konsultacijos bendruomenei; diagnostikos ir gydymo paslaugos: ambulatorinė, skubios pagalbos, trumpalaikio gydymo, dienos priežiūros ir nakties priežiūros paslaugos, rehabilitacijos paslaugos, diagnostikos ir vertinimo paslaugas, skirtos protiškai atsilikusiems asmenims;

8. asmens sveikatos priežiūros paslaugos – medicinos paslaugos neturintiems pakankamo privataus sveikatos draudimo (pagyvenusiems žmonėms, vargšams, trumpalaikėms grupėms); medicinos įstaigų veikla; greitosios medicinos pagalbos paslaugos; darbuotojų sveikatos programos; medicininė pagalba kalėjimuose;

9. tarpsektorinis bendradarbiavimas – bendrų veiksmų su agentūromis, veikiančiomis ugdymo, socialinių paslaugų, miestų planavimo, aprūpinimo būstu srityse, koordinavimas, taip pat bendradarbiavimas su policijos, civilinės gynybos, kariuomenės, kalėjimo paslaugas teikiančiomis įstaigomis; nevyriausybinių organizacijų, įskaitant savanoriškas organizacijas, vietos bendruomenių organizacijas, tautines ir religines organizacijas, veiklos koordinavimas.

²⁵⁹ Tulchinsky, T. H., Varavikova, E. A., *supra* note 46, p. 513.

Kai kurie autoriai²⁶⁰ išskirdami visuomenės sveikatos funkcijas (priemonės) jas nurodo prie institucijų, kurios atsakingos už jų vykdymą. Pavyzdžiui, vietos sveikatos institucijai priskiriamos tokios funkcijos kaip stebėseną, užkrečiamosios ligos (jų prevencija ir kontrolė), sveikatos stiprinimas, motinos ir vaiko sveikata (rūpinimasis ja), mityba (jos sauga), aplinkos sveikata (jos apsauga) ir medicininiai patikrinimai.

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos ir Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymuose išskiriamos tokios visuomenės sveikatos priežiūros sritys:

- visuomenės sveikatos stebėseną;
- visuomenės sveikatos stiprinimas;
- saugios sveikatai aplinkos užtikrinimas (visuomenės sveikatos sauga ir kontrolė);
- užkrečiamųjų ligų profilaktika ir kontrolė²⁶¹.

Kaip matyti, Lietuvos nacionaliniuose teisės aktuose minimos visuomenės sveikatos priežiūros sritys neapima šiuolaikinės visuomenės sveikatos priežiūros sampratos (apibrėžtų Jungtinių Amerikos Valstijų visuomenės sveikatos asociacijos ir T. Tulchinsky, E. A. Varavikovo) išskiriamų visuomenės sveikatos priežiūros sričių (priemonių), tokių kaip: sveikatos (asmens) priežiūros paslaugų teikimo socialiai remtiniems žmonėms, asmens sveikatos priežiūros efektyvumo, prieinamumo ir kokybės vertinimo, lyderiavimo (visuomenės sveikatos priežiūros struktūros) valstybės politikoje ir bendruomenės mobilizavimo visuomenės sveikatos priežiūros tikslams įgyvendinti. Todėl belieka konstatuoti, kad nacionaliniame reglamentavime vis dar atsispindi „sanitarinė“ visuomenės sveikatos priežiūra ir priemonės jai įgyvendinti. Atsižvelgiant į šio darbo tikslą – įvertinti visuomenės sveikatos priežiūros nacionalinį teisinį reguliavimą – toliau detaliau bus aptariamos tik nacionalinėje teisėje išskiriamos visuomenės sveikatos priežiūros sritys: visuomenės sveikatos stebėseną, visuomenės sveikatos stiprinimas, saugios sveikatai aplinkos užtikrinimas (visuomenės sveikatos sauga ir kontrolė) ir užkrečiamųjų ligų profilaktika ir kontrolė.

Visuomenės sveikatos stebėseną. Visuomeninius santykius, atsirandančius renkant, kaupiant, apdorojant, saugant, analizuojant ir pateikiant duomenis, susijusius su visuomenės sveikata ir ją veikiančiais sveikatos rizikos veiksniais, reglamentuoja Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymas²⁶² (toliau šiame skyriuje – Įstatymas). Pagal Įstatymą įgyvendinama teisė į sveikatos apsaugą valstybė tikslingai, organizuotai ir sistemingai renka, kaupia, apdoroja, saugo, analizuoja ir vertina duomenis apie visuomenės sveikatos būklę, ją veikiančius visuomenės sveikatos rizikos veiksnius (atlieka visuomenės sveikatos stebėseną (monitoringą), siekdama nuolat žinoti visuomenės sveikatos būklę, ją veikiančius veiksnius ir jų kitimo tendencijas, teikti valstybės institucijoms, visuomenei informaciją apie visuomenės sveikatos būklę ir jos kitimo priežastis, reikalingą ūkio plėtros, socialinės raidos, prevencinės (profilaktinės) medicinos, sveikatos apsaugos sistemos valdymo sprendimams priimti, mokslo ir kitoms reikmėms bei formuoti bendrą visuomenės sveikatos duomenų sistemą (Įstatymo 2 straipsnio 1 dalis ir 3 straipsnis).

²⁶⁰ Novick, L. E., et al. *Public health administration – principles for population-based management*. Ontario: Jones and Bartlett, 2008, p. 40.

²⁶¹ Plačiau apie tai: Čelkis, P., *supra* note 54, p. 74-76.

²⁶² Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymas. *Valstybės žinios*, 2002, Nr. 72-3022).

D. A. Langmuir 1950 metais apibrėžė visuomenės sveikatos stebėseną (angl. *surveillance*) taip: „kai pastaroji taikoma ligoms, reiškia nuolatinį budrumą sistemingai renkant, konsoliduojant ir vertinant sergamumo ir mirtingumo ataskaitas ir kitus svarbius duomenis. Konceptija savita tuo, kad yra atliekamas reguliarius pagrindinių duomenų platinimas ir aiškinimas tiems, kurie prisidėjo prie šio proceso, ir visiems kitiems, kuriems reikia tai žinoti“²⁶³. Visuomenės sveikatos stebėseną mokslinėje literatūroje yra apibrėžiama labai įvairiai, kaip antai: nuolatinis sistemiškas sveikatos duomenų, reikalingų visuomenės sveikatos priežiūros planavimui, įgyvendinimui ir vystymui, rinkimas, analizė ir interpretavimas, glaudžiai susijęs su minėtų duomenų pateikimu reikiamu laiku asmenims, kuriems jų reikia²⁶⁴.

Visuomenės sveikatos stebėsenos, kaip visuomenės sveikatos priežiūros priemonės, svarbą atskleidžia jos įtaka teisiniam reguliavimui. Valstybė, siekdama įgyvendinti teisę į sveikatos apsaugą ir tai padaryti efektyviai per visuomenės sveikatos priežiūrą, daug dėmesio turi skirti ir jos būklės stebėjimui bei analizavimui. Juk būtent nuolatinis visuomenės sveikatos būklės stebėjimas ir leidžia įgyvendinti politiką ten, kur pastaroji labiausiai reikalinga. Tai patvirtina ir T. Hatzell, T. E. Aldrich, W. Cates, Jr. E. Shin teigdami, kad „visuomenės sveikatos stebėsenos sistemos teikia informaciją apie sergamumą, sužalojimus ir negalias bei mirtis. <...> Atsakingi už sveikatos politikos formavimą pareigūnai remiasi šia informacija parinkdami konkrečias reikalingas visuomenės sveikatos priežiūros priemones“²⁶⁵. Štai didėjant susirgimų odos vėžiu, valstybė ėmėsi atitinkamų priemonių ir sveikatos apsaugos ministras 2010 m. liepos 29 d. įsakymu Nr. V-678²⁶⁶ patvirtintos Lietuvos higienos normos HN 71:2009 „Soliariumai. Sveikatos saugos reikalavimai“ 36 punkte nustatė, kad ultravioletinių spindulių spindulių sklaidžiama veiksmingoji energinė apšvieta neturi viršyti 0,3 W/m², taip pat 11 punkte nustatė, kad draudžiama soliariumų paslaugas teikti jaunesniems nei 18 metų asmenims. Minėtos nuostatos sugriežtino iki tol galiojusią Lietuvos higienos normą. Kaip viena iš pagrindinių minėtų griežtesnių nuostatų įtvirtinimo priežasčių ir buvo visuomenės sveikatos stebėsenos statistiniai duomenys: Vilniaus universiteto Onkologijos instituto duomenimis, Lietuvoje kasmet nustatoma apie 1800 naujų odos vėžio atvejų ir 200 naujų susirgimų melanoma, o sergamumas per pastaruosius du dešimtmečius išaugo bemaž tris kartus²⁶⁷. Pasak projekto rengėjų, „iki šiol mokslininkai soliariumus ir ultravioletinę spinduliuotę apibūdindavo kaip „galimą kancerogeną“ (vėžio sukėlėją), o maždaug 20 naujų tyrimų rezultatai parodė, kad rizika susirgti odos vėžiu padidėja 75 proc., jeigu asmuo naudojami soliariumu iki 30 m. PSO soliariumus ir kitus ultravioletinės spinduliuotės šaltinius pripažino neabejotiniais vėžio sukėlėjais, tokiais kaip tabakas, ir priskyrė juos aukščiausios kategorijos vėžio rizikos veiks-

²⁶³ Langmuir, A.D. The surveillance of communicable diseases of national importance. *The New England journal of medicine*, 1963, 268:182-192 [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-07-04]. <<http://www.nejm.org/>>.

²⁶⁴ Garcia-Abreu, A., Halperin, W., Danel, I. *Public health surveillance: Toolkit*. Washington: World bank, 2002, p. 3.

²⁶⁵ Novick, L. F., *et al.* *supra* note 260, p. 203.

²⁶⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 29 d. įsakymas Nr. V-517 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 71:2009 „Soliariumai. Sveikatos saugos reikalavimai“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2009, Nr. 83-3453.

²⁶⁷ Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba: naudinga informacija apie soliariumus [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-08-15]. <<http://www.vvspt.lt/naudinga-informacija/apie-soliariumus/statistika>>.

niams. Kasmet daugiau nei 7 mln. žmonių miršta nuo vėžio, 40 procentų atvejų buvo galima išvengti, tai reiškia, kad 4 iš 10 mirčių dėl su ultravioletine spinduliuote susijusio vėžio atvejų galima išvengti nukreipiant prevencines priemones į rizikos veiksnius (ven-giant vėžį sukeliančių rizikos veiksnių)²⁶⁸. Visuomenės sveikatos stebėsenos duomenimis remiamasi ir Lietuvos sveikatos programoje²⁶⁹. Jos 1.1 skyriuje konstatuojama, kad mirtingumas nuo piktybinių navikų padidėjo 4,6 proc., todėl atitinkamai keliami uždaviniai iki 2010 m. mažinti gyventojų mirtingumą ir ilginti vidutinę gyvenimo trukmę, mažinant mirtingumą nuo pagrindinių priežasčių, t. y. nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų, širdies bei kraujagyslių ligų, piktybinių navikų: sumažinti jaunesnių nei 65 metų gyventojų mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų bei piktybinių navikų 15 proc. 2006 metais Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinio vertinimo ataskaitoje²⁷⁰ (11 punkte) konstatuojama, kad „mirtingumas nuo piktybinių navikų 2004 m. sudarė 19,3 procento visų mirties atvejų. Duomenys rodo, kad jaunesnių nei 65 metų amžiaus žmonių mirtingumas nuo piktybinių navikų 2004 m., palyginus su 1998 m., sumažėjo 1,98 atvejo 100 000 gyventojų, tačiau toks rodiklio pagerėjimas sudaro tik 15 procentų bendro iki 2010 m. priimto išpareigojimo. Nors bendras mirtingumas nuo piktybinių navikų nežymiai mažėja, sergamumas ir mirtingumas, esant kai kurioms vėžio lokalizacijoms, pastebimai didėja. Mirtingumas nuo krūties vėžio 100 000 gyventojų per 1998–2004 m. laikotarpį išaugo 19 procentų, sergamumas gimdos kaklelio vėžiu – 26 procentais. Per tą patį laikotarpį šiek tiek sumažėjo vyrų mirtingumas nuo trachėjų ir plaučių vėžio (2,6 procento)“.

Kaip matyti iš pateiktų pavyzdžių, būtent visuomenės sveikatos stebėseną valstybei, siekiančiai įgyvendinti teisę į sveikatos apsaugą, yra informacijos, galinčios padėti atitinkamai pakreipti politikos prioritetus ir valdomus išteklius, šaltinis. Visuomenės sveikatos stebėsenos efektyvus įgyvendinimas leidžia laiku imtis priemonių, būtinų tinkamai įgyvendinti teisę į sveikatos apsaugą. Be to, Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 4 straipsnyje pabrėžiant visuomenės sveikatos stebėsenos vaidmenį yra teigiama, kad visuomenės sveikata ir visuomenės gebėjimas gerinti savo sveikatą užtikrinami visuomenės sveikatos stebėseną (monitoringu).

Kaip atkreipia dėmesį L. O. Gostin, „viena iš pagrindinių visuomenės sveikatos sistemos funkcijų yra surinkti informaciją apie sveikatą ir išdėstyti šiuos duomenis bendruomenės gerovei“²⁷¹. Informacija apie sveikatą iš esmės yra būtina visoms su visuomenės sveikata susijusioms veikloms, įskaitant grėsmių sveikatai prognozavimą, jų prevenciją ir greitą reagavimą į jas; programų, darančių įtaką sveikatai, vertinimą ir t. t. Taip pat stebėseną teikia empirinius įrodymus, kuriais remiantis turi būti priimami sprendimai visuomenės sveikatos priežiūros srityje ir kuriais turėtų remtis visuomenės sveikatos priežiūros politika. Apibendrinant galima teigti, kad visuomenės sveikatos stebėsenos infrastruktūra – duomenų apie gyventojų sveikatą kaupimas, naudojimas, saugojimas ir perdavimas – užtikrina esmines visuomenės sveikatos priežiūros sistemos funkcijas.

²⁶⁸ Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba: naudinga informacija apie soliariumus [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-08-15]. <<http://www.vvspt.lt/naudinga-informacija/apie-soliariumus/statistika>>.

²⁶⁹ Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“. *Valstybės Žinios*, 1998, Nr. 64-1842.

²⁷⁰ Lietuvos Respublikos Seimo 2006 m. liepos 11 d. nutarimas Nr. X-753 „Dėl Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinio vertinimo ataskaitos“. *Valstybės Žinios*, 2006, Nr. 79-3105.

²⁷¹ Gostin L. O., *supra* note 44, p. 287.

2004 metais Lietuvos gydytojų vadovų sąjunga pastebi, kad „pagal apibrėžimą visuomenės sveikatos stebėseną (monitoringą) yra tikslingai organizuotas visuomenės sveikatos būklių, ją veikiančių rizikos veiksnių stebėjimas, analizė ir vertinimas. Stebėseną išaiškina vieno ar kito reiškinio tendencijas laike. Informacija reikalinga šioms funkcijoms atlikti: įvertinti – nustatyti visuomenės sveikatos būklę, sveikatos rizikos veiksnius, ligų paplitimą, sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rodiklius; išsiaiškinti priežastis – tai mokslinė sveikatos ir ligos priežasčių analizė, leidžianti numatyti ligų profilaktiką bei gydymo priemones; prognozuoti – naudojantis esama informacija, numatyti sveikatos pokyčių kryptis, galimas baigtis, kaštus; daryti įtaką – stebėseną turi tarnauti laiku pateiktų ir veiksmingų sprendimų priėmimui.“²⁷²

S. Declich ir A. O. Carter teigia, kad „stebėseną, pagal apibrėžimą, yra taikoma visuomenei, o monitoringas taikomas specifinėms grupėms, pavyzdžiui, vakcinuojamiems keliautojams, ar individams“²⁷³. Minėti autoriai²⁷⁴ nurodo, kad pagrindiniai stebėsenos tikslai yra: apibūdinti nuolatinį ligos atsiradimo modelį ir susieti su visuomenės sveikatos veiksmiais; išsiaiškinti natūralią ligos istoriją ir epidemiologiją; pateikti informaciją ir pagrįstus duomenis. Kaip teigia T. Tulchinsky ir E. A. Varavikova, „epidemiologija yra mokslas apie įvykius, susijusius su sveikata visuomenėje, skirtas suprasti ligos procesą ir eigą, nustatyti priežasties faktorius ir duoti kryptį medicininėms ir visuomenės sveikatos intervencijoms“²⁷⁵. Panašios nuomonės laikomasi ir R. Kalėdienės, R. Petrauskienės ir A. Rimpelės darbe, kur teigiama, kad įvairiausių visuomenės sveikatos aspektus atskleidžianti informacija reikalinga šioms pagrindinėms funkcijoms atlikti: įvertinti (nustatyti visuomenės sveikatos būklę ir kt.), išsiaiškinti priežastis (mokslinė ir ligos priežasčių analizė ir kt.), numatyti ir prognozuoti (naudojantis informacija numatyti sveikatos pokyčių kryptis)²⁷⁶.

Taigi valstybė, siekdama tinkamai įgyvendinti teisę į sveikatos apsaugą visuomenės sveikatos priežiūros srityje, vykdydama visuomenės sveikatos stebėseną turi sukurti atitinkamą infrastruktūrą (nustatyti institucijas, atsakingas už minėtos funkcijos įgyvendinimą, bei duomenis, kurie turi būti tikslingai kaupiami) bei nustatyti asmenims pareigas teikti duomenis. Būtent į tai ir atkreipia dėmesį L. O. Gostin teigdamas, kad „stipri visuomenės sveikatos informacijos infrastruktūra gali suteikti daug socialinių privilegijų, įskaitant natūralaus paplitimo mikrobinių infekcijų ankstyvą išaiškinimą, aplinkos poveikį (apsinuodijimas švinu ar radonu), rizikingą elgseną (traumos ar šautinės žaizdos) ar kitas sveikatos grėsmes (pavyzdžiui, vaikų išnaudojimas). Efektyvi visuomenės sveikatos informacijos sistema taip pat gali koncentruoti išteklius ir sutelkti intervencijas tose srityse, kuriuose to labiausiai reikia, o sveikatos duomenys leidžia institucijoms nustatyti sveikatos riziką, informuoti visuomenę, įsikišti ir daryti įtaką

²⁷² Lietuvos gydytojų vadovų sąjungos informacija. Kaip vykdysime savivaldybių visuomenės sveikatos stebėseną? *Gydymo menas*. 2004, 1.

²⁷³ Declich, S., Carter, A.O. Public health surveillance: historical origins, methods and evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 1994, 72(2):288.

²⁷⁴ *Ibid.*, p. 288-289.

²⁷⁵ Tulchinsky, T.H., Varavikova, E.A., *supra* note 46, p. 114.

²⁷⁶ Kalėdienė, R., Petrauskienė, J., Rimpelė, A., *supra* note 19, p. 74.

sprendimams dėl finansavimo, nes visa tai – būtina reikalinga visuomenės sveikatos misijai²⁷⁷.

S. Declich ir A. O. Carter²⁷⁸ nurodo, kad pagrindiniai duomenų šaltiniai galėtų būti: tradiciniai informacijos šaltiniai (mirtingumo, sergamumo suvestinės, epideminiai pranešimai, laboratorijų pranešimai, individualūs pranešimai apie ligas, tyrimai, demografiniai duomenys, aplinkosaugos duomenys ir pan.) ir kiti šaltiniai, tokie kaip ligoninių ir medicininės priežiūros statistika, asmens sveikatos priežiūros specialistai (jų skaičius), visuomenės sveikatos laboratorijų pranešimai, informacija apie narkotikus ir biologines atliekas ir pardavimus, informacija apie nedarbingumą ar mokyklos nelankymą ir pan. Panašius informacijos šaltinius nurodo ir R. Kalėdienė, R. Petrauskienė ir A. Rimpelė, teigdami, kad „Europoje labiausia paplitę sveikatos informacijos šaltiniai – oficialus įvykių registravimas ir specialiai atliekami tyrimai“²⁷⁹.

Kaip matyti, visuomenės sveikatos stebėseną turėtų būti vykdoma kompleksškai apimant visas visuomenės sveikatos priežiūros sritis ir būti glaudžiai siejama su jomis. Stebėsenos duomenys turėtų padėti visuomenės sveikatos priežiūros pajėgumus nukreipti ten, kur pastarųjų labiausia reikia.

Visuomenės sveikatos stiprinimas. Visuomenės sveikatos stiprinimas, manytina, yra viena iš kertinių visuomenės sveikatos priežiūros, kaip prevencinės veiklos, funkcija, kuri padeda valstybei įgyvendinti teisę į sveikatos apsaugą. Ši funkcija apima (bet neapsiriboja) asmenų ugdymą sveikai gyventi, politikos, sudarančios sąlygas gyventi sveikoje aplinkoje, formavimą, dėl ko galimas efektyvesnis visuomenės sveikatos priežiūros, kaip valstybės funkcijos, vykdymas, nes, kaip buvo minėta šio darbo 1.2.4 poskyryje, asmens sveikata (jos būklė) priklauso ne tik nuo valstybės, bet ir nuo paties asmens, jo gyvenimo būdo, sveikatos būklės, paveldimumo ir kt. Taigi valstybė, vykdydama visuomenės sveikatos priežiūrą, turi mokyti ir ugdyti visuomenę ir atskiras jos grupes, formuoti politiką taip, kad būtų skatinamas sveikas gyvenimo būdas.

Visuomenės sveikatos ugdymo svarba akcentuojama ir Lietuvos Respublikos Seimo priimtoje rezoliucijoje „Dėl sveikatos politikos principų“²⁸⁰, kurioje yra siūloma ypatingą dėmesį skirti visuomenės sveikatos stiprinimui, gerinant gyventojų informuotumą sveikatos klausimais, aktyviam visuomenės įtraukimui į sveikatos problemų sprendimą, vienodos žmonių teisės į sveikatą užtikrinimui (mažinant kaimo ir miesto gyventojų, skirtingo išsilavinimo, nevienodos pajamas turinčių, įvairaus amžiaus gyventojų grupių sveikatos skirtumus), aktyviai bendradarbiaujant valstybės, vietos savivaldos institucijoms ir nevyriausybinėms organizacijoms, taip pat, atsižvelgus į lėšų sveikatos apsaugai ir šalies dirbančiųjų vidutinio atlyginimo didėjimą, gerinant medikų darbo apmokėjimą.

Kaip atkreipia dėmesį Z. Javtokas, „sveikatos stiprinimo tikslas – subalansuotas teigiamų fizinių, dvasinių ir socialinių sveikatos veiksnių stiprinimas, vykdamas neigiamų fizinių, dvasinių ir socialinių ligotumo veiksnių prevenciją, plėtojant sveikatos mokymą, ligų prevenciją ir sveikatos apsaugą“²⁸¹. R. Kalėdienė, R. Petrauskienė ir A. Rimpelė

²⁷⁷ Gostin, L. O., *supra* note 44, p. 288.

²⁷⁸ Declich S., Carter A. O. *supra* note 273, p. 290-293.

²⁷⁹ Kalėdienė, R., Petrauskienė, J., Rimpelė, A., *supra* note 19, p. 77.

²⁸⁰ Lietuvos Respublikos Seimo 1999 m. sausio 5 d. rezoliucija „Dėl Lietuvos sveikatos politikos principų“. *Valstybės Žinios*, 1999, Nr. 5-98.

²⁸¹ Javtokas, Z. *Sveikatos stiprinimo konspektas* [Elektroninis leidinys]. Vilnius, 2009, p. 8.

teigia, kad „sveikatos stiprinimą, kaip koncepciją, galima nagrinėti dviem aspektais: pirmasis ideologinis, atspindintis pagrindines vertybes, išdėstytas tokiuose dokumentuose kaip „Sveikata visiems 2000“. Antrasis daugiau susijęs su būdais, kuriais tos vertybės pasiekiamos. <...> Antruoju aspektu skiriami du pagrindiniai veiksmų komponentai: sveikatos stiprinimas = sveikatos ir socialinė politika × sveikatos mokymas“²⁸². Pasak L. O. Gostin, „gyventojams per žiniasklaidą ir pramogas, prekybos asociacijas ir korporacijas, religines ir pilietines organizacijas, šeimą ir bendraamžius teikiami sveikatos pranešimai daro poveikį jų sveikatai. <...> Visuomenės sveikatos įstaigos teikia pranešimus siekdamos skatinti sveiką gyvenimą ir apriboti pranešimus, kurie skatina rizikuoti. Medicinos praktika ir visuomenės sveikata daro įtaką elgesiui įvairiais intervencijos lygiais: asmens lygiu konsultuoja asmenis apie traumų ir ligų riziką (pavyzdžiui, ŽIV prevenciją, genetines ligas ar lytinį pasirinkimą); grupės lygiu informuoja ir skatina elgesio pokyčius (pavyzdžiui, ligoninės ar reguliuojamos sveikatos priežiūros naujienos, paramos grupės); populiacijos lygiu moko visuomenę ir rinką sveikos gyvensenos (pavyzdžiui, sveikatos aptarnavimo kompanijos ar sveikatos mokymas mokykloje)“²⁸³.

D. Notbeam²⁸⁴ išskiria tokius sveikatos stiprinimo veiksmus: mokymas (pavyzdžiui, pacientų, mokinių mokymas, taip pat per žiniasklaidą vykdomas komunikavimas), socialinė mobilizacija (pavyzdžiui, lengvatų įvairioms visuomenės grupėms teikimas) ir tarpininkavimas (angl. *advocacy*) (pavyzdžiui, lobizmas, politinis aktyvumas).

Taigi, visuomenės sveikatos stiprinimas, literatūroje dažnai vadinamas tiesiog sveikatos stiprinimu, yra kompleksinė priemonė, apimanti tiek visuomenės sveikatos ugdymą, tiek ligų profilaktiką, tiek visuomenės sveikatos politikos formavimą.

Sveikatos sistemos įstatyme visuomenės sveikatos stiprinimas apibrėžiamas kaip „valstybės institucijų, savivaldos vykdomųjų institucijų, kitų juridinių ir fizinių asmenų įgyvendinamos organizacinės, teisinės, socialinės ir ekonominės priemonės, kurios padeda gausinti bei racionaliau naudoti sveikatos priežiūros išteklius, formuoti visuomenės sveikatos problemų sprendimo socialinės kontrolės sistemą, skatina visuomenės dalyvavimą formuojant valstybės ir savivaldybių sveikatos politiką, padeda kurti sveiką aplinką, skatina žmones gyventi sveikai ir didina sveikos gyvensenos motyvacijos efektyvumą, skatina sveikatos draudimo organizacijas ir asmens sveikatos priežiūros įstaigas orientuoti į ekonomiškai efektyvesnes sveikatinimo priemones, grindžiamas ligų profilaktika“. Manytina, kad šiame įstatyme pateikiama samprata yra labai paini ir neaiški, nes neįvardijami konkretūs atsakingi asmenys, priemonės (neaišku ką apima kaip antai teisinės arba socialinės priemonės), kelia abejonių labai neapibrėžtos priemonės ir siekiai.

Sveikatos sistemos įstatymo 31 straipsnyje terminas „visuomenės sveikatos stiprinimas“ vartojamas bendrąja prasme, kalbant apie tai, kad visi asmenys pagal galimybes turi rūpintis visuomenės sveikatos saugojimu ir stiprinimu, nes taip siekiama ugdyti sveikatą, užkirsti kelią vartojimui skirtų produktų, tame tarpe maisto, geriamojo vandens, gyvenamosios, darbo ir gamtinės aplinkos kokybės blogėjimui, užkirsti kelią ligoms ir traumoms, sumažinti sergamumą. Minėto įstatymo 32 straipsnyje „visuomenės

²⁸² Kalėdienė, R., Petrauskienė, J., Rimpelė, A., *supra* note 19, p. 30.

²⁸³ Gostin, L. O., *supra* note 44, p. 333-334.

²⁸⁴ Nutbeam, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into 21st century. *Health promotion international*. 2000, 15(3):260.

sveikatos stiprinimas“ vartojamas drauge su „ugdymu“, kuriam skiriamas pagrindinis dėmesys.

Visuomenės sveikatos stiprinimo turinys tampa aiškesnis iš Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 33 straipsnio, kuriame nustatoma, kad visuomenės sveikatos stiprinimas apima sveikatos mokymą, informacijos apie sveiką gyvenimą, sveikos gyvensenos propagavimą, formavimą ir nuo elgsenos priklausomų visuomenės sveikatos rizikos veiksnių mažinimą, kitas šio įstatymo ir visuomenės sveikatos priežiūros teisės aktuose numatytas priemones. Minėtos priemonės iš esmės atitinka visuomenės sveikatos ugdymo turinį, kuris atsispindi Sveikatos sistemos įstatymo 32 straipsnio 1 dalyje, kur nustatyta, kad visuomenės sveikatos ugdymą sudaro: sveikatos propaganda per žiniasklaidą; sveikatos žinių populiarinimas; sveikatos mokymas; asmenų konsultavimas sveikatos saugos ir stiprinimo, tarp jų ir šeimos planavimo klausimais.

Manytina, prieštaraujanti Visuomenės sveikatos priežiūros ir Sveikatos sistemos įstatymų nuostatos turėtų būti suderintinos tarpusavyje, kadangi, kaip matėme, visuomenės sveikatos ugdymas Sveikatos sistemos įstatyme iš esmės yra sutapatintas su visuomenės sveikatos stiprinimu, apibrėžtu Visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme, kurio nuostatos yra tikslesnės Tuo pačiu reikėtų tikslinti Visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme pateiktą visuomenės sveikatos ugdymo apibrėžiamą, nes pastarasis, manytina, iš esmės apima tas pačias visuomenės sveikatos stiprinimo priemones. Teisingai pastebi Z. Javtokas, kad „sąvokos sveikatos stiprinimas (*health promotion*) ir sveikatos mokymas (*health education*) tiek mokslinėje, tiek populiariojoje literatūroje kartais vartojamos ta pačia prasme, nors jos ir nėra sinonimai. Abi veiklos susijusios su pastangomis suteikti žmonėms daugiau galimybių kontroliuoti sveikatai darančius įtaką veiksnius (sveikatos determinantus) ir kurti sveikatą palaikančią aplinką. Pagrindinis bruožas, kuris skiria sveikatos stiprinimą nuo sveikatos mokymo, yra tas, kad sveikatos stiprinimas apima politinę ir aplinkosaugos veiklą“²⁸⁵. Kilus abejonių, ar asmenys pasirinktų sveikatai palankius sprendimus, kurie gali nulemti ligų nebuvimą, buvo pastebėta, kad informuojant asmenis apie ligų prevenciją, motyvuojant juos keisti elgseną (per tiesioginį įtikinėjimą ir žiniasklaidos pagalbą), ir pasitelkus sveikatos mokymą suteikiami jiems gebėjimai gyventi sveikai²⁸⁶.

Todėl derinant Visuomenės sveikatos priežiūros ir Sveikatos sistemos įstatymų nuostatas siūlytina vartoti terminą „visuomenės sveikatos stiprinimas“, kaip apimančią visuomenės sveikatos ugdymą, ir išskirti tokias konkrečias pastarojo priemones:

- sveikatos propagandą, remiančią sveikatos politikos iniciatyvas, kurią per žiniasklaidą pagal kompetenciją organizuoja Sveikatos apsaugos ministerija, kitos Vyriausybės įstaigos ir ministerijos (62 straipsnis), savivaldybės vykdomoji institucija (33 straipsnio 4 dalis). Informuoti gyventojus apie sveikatos rizikos laispių gyvenamojoje ir darbo aplinkoje, remti žmonių išsilavinimo, kultūros ir informuotumo lygio kėlimą, siekiant daryti teigiamą įtaką žmonių elgesiui, susijusiam su sveiko gyvenimo būdo formavimu, yra ministerijų ir kitų Vyriausybės įstaigų pareiga (62 straipsnis). Nacionalinė sveikatos taryba skatina sveikatos ugdymo politiką (67 straipsnis);

²⁸⁵ Javtokas, Z., *supra* note 281, p. 9.

²⁸⁶ Naidoo, J., Wills, J., *Health promotion – foundations for practice*. London: Elsevier Health Sciences, 2000, p. 80.

- neinfekcinių susirgimų bei traumų profilaktiką, kurią pagal kompetenciją privalo organizuoti sveikatos priežiūros įstaigos, kitos įmonės ir įstaigos (34 straipsnio 2 dalis). Šiuo atveju Vyriausybė tvirtina ir užtikrina valstybinių sveikatos programų (60 straipsnis), kurias rengia Sveikatos apsaugos ministerija, įgyvendinimą (61 straipsnis). Pirminės sveikatos priežiūros plėtojimo programas, kitas savivaldybės kompleksines ir tikslines sveikatos programas tvirtina ir jų įgyvendinimą kontroliuoja savivaldybių tarybos (63 straipsnis). Pastarąsias programas rengia ir jų įgyvendinimą organizuoja savivaldybės administracijos direktorius (64 straipsnis). Sveikatos ugdymo, alkoholio, tabako ir narkotikų kontrolės, visuomenės sveikatos saugos ir sveikatos stiprinimo, ligų profilaktikos priemonių rengimą ir įgyvendinimą savivaldybės teritorijoje koordinuoja savivaldybės bendruomenės sveikatos taryba (69 straipsnis);

- traumatizmo, kurį lemia transportas, profilaktikos priemonės, kurias pagal kompetenciją nustato Susisiekimo, Sveikatos apsaugos, Vidaus reikalų ir kitos ministerijos (34 straipsnio 4 dalis);

- profesinių ligų ir nelaimingų atsitikimų darbe profilaktiką, kurios tvarką nustato Darbo kodeksas, Darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymas, kiti įstatymai ir teisės aktai (34 straipsnio 5 dalis).

Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo nuostatos detalizuoja minėtas funkcijas nustatydamos, kad:

- visuomenės sveikatos stiprinimas bendruomenėje, įtraukiant į šią veiklą bendruomenę ir socialinius partnerius, tikslinių savivaldybių sveikatos programų tvirtinimas ir įgyvendinimas, alkoholio, tabako ir psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, lėtinių neinfekcinių ligų, nelaimingų atsitikimų ir traumų, jonizuojančiosios ir nejonizuojančiosios spinduliuotės poveikio visuomenės sveikatai, užkrečiamųjų ligų profilaktika yra savivaldybių kompetencija, kuri įgyvendinama per savivaldybių visuomenės sveikatos biurus (6 straipsnis);

- lėtinių neinfekcinių ligų ir nelaimingų atsitikimų bei traumų profilaktika, įgyvendinant sveikos mitybos, fizinio aktyvumo, su mityba ir gyvenama susijusio gyventojų sergamumo mažinimą bei aplinkos sveikatos ir maisto saugos politiką, psichikos ligų bei priklausomybės ligų profilaktiką, tarpinstitucinis bendradarbiavimas ir veiksmų koordinavimas vykdant programas, skirtas smurto, prievartos, patyčių, agresijos šeimoje, darbe bei visuomenėje, saviagresijos augimo stabilizavimui ir mažinimui, politikos, leidžiančios mažinti priklausomų nuo alkoholio, tabako, psichoaktyvų medžiagų žmonių skaičių bei su tuo susijusią ekonominę naštą, įgyvendinimas, žmonių užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros profilaktikos priemonių vykdymas, siekiant mažinti šalies gyventojų sergamumą, mirtingumą ir invalidumą nuo jų, yra Sveikatos apsaugos ministerijos įsteigtų Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai priklausančių biudžetinių visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų kompetencija (7 straipsnis).

Apibendrinant galima būtų išskirti tokias visuomenės sveikatos stiprinimą sudarančias priemones: sveikatos propagandą (apimančią ir visuomenės informavimą); visuomenės sveikatos mokymą (apimantį ir sveikatos ugdymą); neinfekcinių ligų pro-

filaktiką²⁸⁷ (užkrečiamųjų ligų profilaktiką priskiriant atskirai prie užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės).

Sveikatos propaganda (ir visuomenės informavimas) kaip sveikatos stiprinimo priemonė yra numatyta Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 4 ir 33 straipsniuose bei Sveikatos sistemos įstatymo 32 ir 62 straipsniuose, kaip funkcija stiprinanti visuomenės sveikatą ir už kurios vykdymą atsako valstybės institucijos. Sveikatos propaganda apibrėžiama kaip „informacijos apie sveikatą stiprinančią politiką, sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą, socialinę ir fizinę aplinką, sveikatos sąlygas ir sveikatos priežiūros problemas skleidimas per visų rūšių visuomenės informavimo priemones“²⁸⁸. Tuo tarpu Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 35 straipsnyje reglamentuojančiame sveikatos žinių populiarinimą nustatyta, kad „visuomenės informavimo priemonės turi pranešti gyventojams apie nepalankias, pavojingas ir grėsmingas jų sveikatai situacijas, sveikatos priežiūros viešojo administravimo institucijų pareigūnams ir specialistams suteikti galimybę paaiškinti apie priemones, kurios padėtų išvengti žalos sveikatai ar šią žalą sumažinti.“ Sveikatos propagandos, kaip visuomenės sveikatos stiprinimo priemonės svarbą atskleidžia ir tai, kad Sveikatos sistemos įstatymo 84 straipsnyje tarp Lietuvos Respublikos gyventojų teisių sveikatinimo veikloje išskiriama teisė gauti informaciją apie pavojų sveikatai fizinėje ir socialinėje aplinkoje. Kaip buvo minėta, visuomenės sveikatos stiprinimo priemonės yra visuomenės sveikatos ugdymas ir mokymas. Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 2 straipsnio 6 dalyje visuomenės sveikatos ugdymas yra apibrėžtas kaip valstybės ir savivaldybių bei pilietinės iniciatyvos priemonių, formuojančių sveiką gyvenseną, visuma. Nors, pavyzdžiui, Vyriausybė²⁸⁹ sveikatos ugdymą apibrėžia kaip sveikatos mokymą, sveikatos vertybių ugdymą ir gebėjimą kelti ir spręsti sveikatos problemas.

Ligų ir traumų profilaktiką, atsižvelgiant į jos platų pobūdį, įgyvendina sveikatos priežiūros įstaigos, kitos įmonės ir įstaigos (tarp jų – Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžios visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos) (Sveikatos sistemos įstatymo 34 straipsnio 2 dalis, Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 7 straipsnis). Tuo tarpu konkrečiai traumatizmo, kurį lemia transportas, profilaktikos priemonės ir turinį pagal kompetenciją nustato Susisiekimo, Sveikatos apsaugos, Vidaus reikalų ir kitos ministerijos (Sveikatos sistemos įstatymo 34 straipsnio 4 dalis). Ligų profilaktikos priemonių rengimą ir įgyvendinimą savivaldybės teritorijoje koordinuoja savivaldybės bendruomenės sveikatos taryba (Sveikatos sistemos įstatymo 63, 64 ir 69 straipsniai, Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 6 straipsnis). Kaip ligų profilaktikos priemonė yra išskirta atskira priemonė – profesinių ligų ir nelaimingų atsitikimų darbe profilaktika, kurios tvarką, pagal Sveikatos sistemos įstatymo 34 straipsnio 5 dalį, nustato Darbo kodeksas, Darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymas, kiti įstatymai ir teisės aktai.

²⁸⁷ Iš esmės šiuo atveju nagrinėjant tik neinfekcinių ligų profilaktiką, kadangi užkrečiamųjų ligų profilaktikai, manytina, derėtų skirti dėmesio analizuojant šios srities teisinį reglamentavimą ir jo praktinį įgyvendinimą.

²⁸⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1996 m. rugpjūčio 27 d. įsakymas Nr. 445 „Dėl Sveikatos propagandos per visuomenės informavimo priemones sąlygų ir tvarkos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 1996, Nr. 83-1997

²⁸⁹ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. rugpjūčio 27 d. nutarimas Nr. 836 „Dėl Vaikų sveikatos stiprinimo 2008–2012 metų programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2008, Nr. 104-3979.

Saugios sveikatai aplinkos užtikrinimas. Kaip tvirtina T. H. Tulchinsky ir E. A. Varavikova, „saugi aplinka yra sveikatos pagrindas. Oras ir vanduo prioritetiškai stotomi prieš maistą ir prieglobstį kalbant apie sveikatos ir išgyvenimo poreikius. Saugus vandens tiekimas ir atliekų tvarkymas – vis dar probleminiai visuomenės sveikatos ir bendruomenės higienos aspektai; išorės aplinkos ir darbo vietos tarša biologiniais, cheminiais, fizininiais ar kitais ligų sukėlėjais yra pagrindinė visuomenės sveikatos ir politinė XX amžiaus pabaigos problema“²⁹⁰.

Visuomenės sveikatos saugai ir kontrolei bendrai apibūdinti vartojamas terminas „saugios sveikatai aplinkos užtikrinimas“, manytina tiksliau atkleis šios visuomenės sveikatos priežiūros srities esmę, tuo pačiu kartu integruos abi susijusias visuomenės sveikatos priežiūros sritis (saugą ir kontrolę) į bendrą.

Visuomenės sveikatos saugos prioritetai pabrėžiami ir PSO Europos regiono biuro organizuotos penktosios tarpvyriausybinių konferencijos dėl Sveikatos ir aplinkos metu priimtoje Parmos aplinkos ir sveikatos deklaracijoje, kurioje teigiama, kad „mes esame įsipareigoję spręsti svarbiausias savo laiko aplinkos ir sveikatos problemose. Tai apima: poveikį sveikatai ir aplinkai dėl klimato kaitos ir su tuo susijusių politikos krypčių; riziką vaikų ir kitų pažeidžiamų grupių sveikatai, kurią sukelia prastos aplinkosaugos, darbo ir gyvenimo sąlygos (ypač vandens ir sanitarijos trūkumas)“²⁹¹.

Visapusė visuomenės sveikatos sauga, Sveikatos sistemos įstatymo 5 straipsnio 1 dalies 1 punkte išskiriama kaip visuomeniniams santykiams sveikatos sistemos srityje taikomas principas. Be kita ko, visuomenės sveikatos saugos prioritetas įtvirtintas Sveikatos sistemos 84 straipsnyje suteikiant Lietuvos Respublikos gyventojams tokias teises sveikatinimo veiklos srityje kaip turėti sveiką, saugią fizinę ir socialinę aplinką bei gauti informaciją apie pavojų sveikatai šioje aplinkoje, gauti sveikatai saugias vartojimui skirtas žaliavas, gaminius, prekes ir paslaugas. Atitinkamai Sveikatos sistemos įstatymo 85 straipsnyje nustatyta, kad Lietuvos Respublikos gyventojai privalo nepažeisti kitų asmenų sveikatos teisių ir nekenkti aplinkai, o tai, kaip pamatysime, apima visuomenės sveikatos saugą. Panašios pareigos yra nustatytos ir Lietuvos Respublikoje veikiančioms įmonėms ir įstaigoms²⁹². Štai Sveikatos sistemos įstatymo 87 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad Lietuvos Respublikoje veikiančios įmonės ir įstaigos privalo laiku informuoti sveikatos priežiūros įstaigas, tarnybas, gyventojus apie pavojų sveikatai, kurį lemia jų veikla, gaminama produkcija, realizuojamos prekės, sudaryti sveikas ir saugias darbo sąlygas, užkirsti kelią kylančiam pavojui aplinkai, riboti pavojų ir žalą aplinkai ir t. t.

Visuomenės sveikatos sauga Sveikatos sistemos įstatymo 2 straipsnio 2 dalyje ir Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 2 straipsnio 11 dalyje apibrėžiama kaip organizacinių, techninių, socialinių, ekonominių ir teisinių priemonių, skirtų visuomenės ar atskirų jos grupių sveikatai apsaugoti nuo visuomenės sveikatai darančių įtaką veiksnių kenksmingo poveikio arba šio poveikio rizikai kiek įmanoma sumažinti, visuma. Abejose sąvokose vartojamas terminas „visuomenės sveikatai darančios įtaką veiksniai“ yra apibrėžiamas minėto Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo straipsnio 4 dalyje kaip žmo-

²⁹⁰ Tulchinsky, T.H., Varavikova, E.A., *supra* note 46, p. 171.

²⁹¹ Parma Declaration on Environment and Heal [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-02-23]. <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/78608/E93618.pdf>.

²⁹² Manytina, šiuo atveju norma yra ydinga, kadangi turėtų būti suteikiamos pareigos bendrai asmenims, neskiriant fizinių ir atskiros juridinių asmenų rūšies, kaip įmonės ar įstaigos.

gaus aplinkos biologinių, cheminių, ekonominių, ergonominių, fizikinių, socialinių, psichologinių ir kitų veiksnių, darančių įtaką ir žmogaus, ir visuomenės sveikatai, visuma.

Taigi, apibendrintai tariant, visuomenės sveikatos sauga – tai priemonių, kuriomis siekiama apsaugoti asmenis nuo kenksmingo aplinkos veiksnių poveikio arba šį poveikiui sumažinti, visuma.

Kaip pabrėžia L. O. Gostin, „ūkinės komercinės veiklos reglamentavimas sukuria įtampą tarp asmeninio ir kolektyvinio turto. Gerai reguliuojamoje visuomenėje visuomenės sveikatos pareigūnai nustato aiškias, įvykdomas taisykles, kurios apsaugo darbuotojų, vartotojų ir visų gyventojų sveikatą. Tačiau reguliavimas trukdo ekonominei laisvei ir verslo interesams. <...> Nesunku nustatyti nežaboto komercializmo pavojų visuomenės sveikatai. Pramoninkai gali kelti rimtą pavojų darbuotojų sveikatai ir jų saugai dėl toksinių medžiagų poveikio ir nesaugios darbo aplinkos. Verslas gali sukelti žalą, susijusią su atliekų tvarkymu ir pastarųjų nulemta tarša, prekyba užterštais maisto produktais, gėrimais, vaistais ar kosmetika. Asmenys, užsiimantys amatu, verslu ar profesija, gali pakenkti vartotojams dėl kvalifikacijos ar kompetencijos trūkumo“²⁹³.

Taigi, visuomenės sveikatos sauga yra ta visuomenės sveikatos priežiūros sritis, kuria valstybė, įgyvendindama teisę į sveikatos apsaugą, siekia užtikrinti sąlygas žmonėms gyventi, dirbti ir leisti laisvalaikį saugioje jų sveikatai aplinkoje, nustatydamą apribojimus ir / ar privalomuosius reikalavimus ūkinei komercinei veiklai.

Visuomenės sveikatos saugos kontrolė šiame darbe nagrinėjama drauge su visuomenės sveikatos sauga, kadangi visuomenės sveikatos saugos atveju valstybė, siekdama įgyvendinti teisę į sveikatos apsaugą, nustato tam tikrus ūkinės veiklos apribojimus, jai keliamus privalomuosius reikalavimus, o visuomenės sveikatos saugos kontrolė ir yra ta priemonė, kuri užtikrina nustatytų reikalavimų priežiūrą, siekiant, kad pastarieji būtų įgyvendinti. Tačiau atkreiptinas dėmesys, kad siekis užtikrinti privalomųjų reikalavimų įgyvendinimą realizuojamas ne vien tik visuomenės sveikatos kontrolės metu, tačiau ir kitomis visuomenės sveikatos saugos priemonėmis, pavyzdžiui, užtikrinant reikalavimų įgyvendinimą planuojant teritorijas, vykdant statybų valstybinę priežiūrą. Taigi atliekami kompleksiniai veiksmai siekiant kuo geriau užtikrinti, kad asmenys gyventų ir dirbtų saugioje jų sveikatai aplinkoje.

Sveikatos sistemos įstatymo 33 straipsnio 1 dalyje nustatoma, kad visuomenės sveikatos saugos pagrindą sudaro pavojaus ir žalos sveikatai ribojimo priemonių sistema, taikoma darbo, gyvenamojoje bei gamtinėje²⁹⁴ aplinkoje. Visuomenės sveikatos sauga, kaip visuomenės sveikatos priežiūros priemone, valstybė siekia riboti ir, kaip pamatysime vėliau, prevenciškai valdyti pavojų asmens sveikatai ir tai daro konkrečiai apibrėžtoje aplinkoje – gyvenamojoje, gamtinėje ir darbo.

Svarbus yra ne tik tinkamas visuomenės sveikatos saugos užtikrinimas, bet ir minėtų reikalavimų praktinis įgyvendinimas, užtikrinimas, kad asmenys, vykdydami veiklą, laikytųsi jiems nustatytų pareigų. Šiuo atveju analizuotina visuomenės sveikatos saugos kontrolė. Pagal Sveikatos sistemos įstatymo 37 straipsnio 2 dalį, visuomenės sveikatos

²⁹³ Gostin, L. O., *supra* note 44, p. 462.

²⁹⁴ Pastaroji apibrėžiama kaip aplinka, kurią sudaro natūralūs ar antropogenizuoti gyvosios ir negyvosios gamtos elementai ir jų funkcinės sistemos (Lietuvos Respublikos aplinkos monitoringo įstatymas. *Valstybės žinios*, 1997, Nr. 112-2824; 2006, Nr. 57-2025). Tačiau tai šiuo atveju nesuteikia aiškumo, todėl šiame darbe bus siūloma vartoti terminą „asmenį supanti aplinka, nepatenkanti į gyvenamąją ar darbo aplinkas“.

kontrolė yra skirstoma į valstybinę visuomenės sveikatos kontrolę ir savivaldybių visuomenės sveikatos kontrolę. Valstybinė visuomenės sveikatos kontrolė minėto įstatymo 2 straipsnio 15 dalyje yra apibrėžiama kaip valstybės įgaliotų valstybinių inspekcijų, valstybinių tarnybų, kitų institucijų ir jų pareigūnų atliekami tarnybiniai veiksmai, turint tikslą: kontroliuoti, kaip juridiniai ir fiziniai asmenys laikosi visuomenės sveikatos saugos teisės aktu, ir taikyti įstatymų nustatytą atsakomybę už jų pažeidimus (tiesioginė valstybinė visuomenės sveikatos kontrolė); derybomis ar sutartimis siekti, kad įmonės ir įstaigos, kiti juridiniai asmenys prisiimtų įsipareigojimus gerinti visuomenės sveikatos saugos būklę (visuomenės sveikatos saugos rėmimas); pagal kompetenciją rinkti, kaupti, apdoroti ir analizuoti informaciją apie visuomenės sveikatos saugos teisės aktu pažeidimus, jų socialines, ekonomines ir kitokias priežastis, taip pat apie visus kitus veiksnius, darančius įtaką visuomenės sveikatos saugos būklei (netiesioginė visuomenės sveikatos kontrolė).

Sveikatos sistemos įstatymo 37 straipsnio 3 dalyje išskiriamos tokios valstybinės visuomenės sveikatos kontrolės rūšys kaip valstybinė alkoholio kontrolė, valstybinė tabako kontrolė, valstybinė narkotinių, psichotropinių medžiagų ir jų pirmtakų kontrolė, valstybinė saugos darbe kontrolė (kiek tai susiję su darbo higienos norminių aktų laikymosi kontrole), valstybinė veterinarijos kontrolė (kiek tai susiję su bendrų žmonėms ir gyvūnams užkrečiamųjų ligų epidemiologine priežiūra), valstybinė aplinkos kontrolė (kiek tai susiję su aplinkos taršos, kenkiančios sveikatai, prevencija ir ribojimu), valstybinė radiacinės saugos kontrolė, valstybinė maisto ir ne maisto produktų saugos kontrolė, valstybinė visuomenės sveikatos saugos kontrolė. Šios valstybinės visuomenės sveikatos kontrolės rūšys yra įgyvendinamos atskirų institucijų ir toks skirstymas, manytina, iš esmės yra labiau teorinis nei praktinis. Pavyzdžiui, Lietuvos Respublikos aplinkos apsaugos įstatymo²⁹⁵ 31 straipsnyje, reglamentuojančiame valstybinę aplinkos apsaugos kontrolę, visuomenės sveikatos saugos aspektai neminimi, nors netiesiogiai aplinkos apsauga yra susijusi ir su sveikų asmeniui gyventi sąlygų užtikrinimu (minėto įstatymo 32 straipsnio 2 ir 3 dalys).

Svarstytinas, koks šiuo atveju yra Sveikatos sistemos įstatymo 37 straipsnio 3 dalyje išskiriamų valstybinės visuomenės sveikatos kontrolės rūšių ryšys su to paties įstatymo 2 straipsnio 15 dalyje išskirtomis tiesiogine, netiesiogine visuomenės sveikatos saugos kontrolėmis ir visuomenės sveikatos saugos rėmimu. Tačiau lingvistiškai analizuojant netiesioginės visuomenės sveikatos kontrolės apibrėžimą pastebima, kad pastaroji apima informacijos rinkimą ir kitus veiksmus, atliekamus siekiant analizuoti informaciją. Todėl pagrįstai galima kelti klausimą, ar šiuo atveju netiesioginė visuomenės sveikatos kontrolė nedubliuojama su visuomenės sveikatos stebėseną? Manytina, kad taip, todėl šios valstybinės visuomenės sveikatos kontrolės rūšies derėtų atsisakyti, kaip ir visuomenės sveikatos saugos rėmimo. Pastaroji Sveikatos sistemos įstatyme, kaip buvo minėta, apibrėžiama kaip pastangos derybomis ar sutartimis pasiekti, kad įmonės ir įstaigos, kiti juridiniai asmenys prisiimtų įsipareigojimus gerinti visuomenės sveikatos saugos būklę. Tačiau tam nėra sukurtas teisinis mechanizmas, todėl, nors priemonė iš esmės yra tikslinga, bet nesant įgyvendinimui reikalingų procedūrų bei visuomenės sveikatos

²⁹⁵ Lietuvos Respublikos aplinkos apsaugos įstatymas. *Valstybės žinios*, 1992, Nr. 5-75.

priežiūrai nuolat stokojant finansavimo, manytina, kad visuomenės sveikatos saugos rėmimo, kaip valstybinės visuomenės sveikatos kontrolės rūšies, derėtų atsisakyti.

Kaip buvo minėta, kaip atskira visuomenės sveikatos saugos kontrolės rūšis išskiriama savivaldybių visuomenės sveikatos kontrolė, kuri, pagal Sveikatos sistemos įstatymo 37 straipsnio 4 dalį, apima savivaldybių tarybų patvirtintų sanitarijos ir higienos taisyklių vykdymo kontrolę.

Kadangi visuomenės sveikatos saugą reglamentuojančių pagrindinių įstatymų (Sveikatos sistemos ir Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymų) nuostatos iš esmės yra deklaratyvios ir joms trūksta sistemiskumo²⁹⁶, be to, juose išskirtos priemonės dažniausiai yra įgyvendinamos kompleksiskai ir susijusios ne su vienos institucijos kompetencija, todėl siūlytina nagrinėjant teisinį reglamentavimą šioje srityje ir jo praktinį įgyvendinimą analizuoti apibrėžiant šias pagrindines visuomenės sveikatos saugos ir kontrolės sritis:

- saugios sveikatai gyvenamosios aplinkos užtikrinimas (visuomenės sveikatos sauga ir kontrolė);
- saugios sveikatai darbo aplinkos užtikrinimas (visuomenės sveikatos sauga ir kontrolė);
- saugios sveikatai laisvalaikio aplinkos, nepatenkančios į gyvenamosios ir darbo aplinkos sritis, tačiau turinčios įtakos visuomenės sveikatai, užtikrinimas (visuomenės sveikatos sauga ir kontrolė).

Kalbant apie visuomenės sveikatos saugos, kuria siekiama užtikrinti gyvenamosios aplinkos saugą, aspektus paminėta ir su tuo glaudžiai susijusi asmens teisė į sveiką aplinką. Lietuvos Respublikos Laikinojo Pagrindinio Įstatymo²⁹⁷ 20 straipsnio 2 dalis skelbė, kad kiekvienas Lietuvos pilietis turi teisę į sveiką gamtinę ir gyvenamąją aplinką, tačiau 1992 m. spalio 25 d. priimta Lietuvos Respublikos Konstitucija šių nuostatų neperėmė. Šiuo atveju reikšmingi yra Konstitucijos 53 straipsnio 3 dalis bei 54 straipsnis – tai esminės nuostatos, kuriomis vadovaujantis bei atsižvelgiant į Konstituciją buvo pradėta kurti bei plėtoti Lietuvos Respublikos aplinkos teisės sistema. Lietuvos aplinkos teisės doktrinos atstovai (A. Marcijonas ir B. Sudavičius²⁹⁸) nurodo, jog Lietuvos Respublikos Konstitucijoje žmogaus teisė į sveiką ir švarią aplinką tiesiogiai nėra įtvirtinta, o aplinkos apsauga su žmogaus teise į sveiką ir švarią aplinką yra susijusi netiesiogiai – per žmogaus teisę į gyvybę bei sveikatą, kurios įgyvendinimas tiesiogiai priklauso nuo aplinkos būklės. G. Gaidys nurodo, kad „tokia pagrįsta minėtų autorių nuomonė susijusi su Lietuvos Respublikos Konstitucijos nuostatų sisteminė analize, nes tiek Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnis, kiekvienam žmogui nustatantis imperatyvią pareigą saugoti aplinką nuo kenksmingų poveikių, tiek ir Lietuvos Respublikos Konstitucijos 54 straipsnis, nustatantis pagrindinius Lietuvos valstybės aplinkos apsaugos politikos tikslus bei kryptis – iš esmės tik pabrėžia asmenų pareigą saugoti aplinką, tačiau nepateikia aiškios tiesioginės sąsajos tarp aplinkos apsaugos ir žmogaus teisių bei neįtvirtina žmogaus teisės į sveiką aplinką“²⁹⁹. Be to, pasak minėto autoriaus, „teisėje

²⁹⁶ Čelkis, P., *supra* note 54, p. 12.

²⁹⁷ Lietuvos Respublikos įstatymas „Dėl Lietuvos Respublikos Laikinojo Pagrindinio Įstatymo“. *Vyriausybės žinios*, 1990, Nr. 9-224.

²⁹⁸ Marcijonas, A., Sudavičius, B., *supra* note 52, p. 17.

²⁹⁹ Gaidys, G., *supra* note 53, p. 55.

į sveiką aplinką atsispindi šios teisės integralumas, t. y. šios teisės turinyje užfiksuotas glaudus vidinių šios teisės turinio elementų tarpusavio ryšys – aplinkos, žmogaus, žmogaus teisių ir aplinkos apsaugos. Žmogus ir aplinka sąveikauja, veikia vienas kitą, o tai rodo, kad žmogus yra integrali aplinkos dalis³⁰⁰. Tai patvirtinama ir Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo konstitucinės justicijos byloje, kurioje Teismas pažymėjo, kad „asmens teisė į sveiką aplinką yra būtinoji oraus gyvenimo ir naudojimosi daugeliu kitų konstitucinių teisių sąlyga“³⁰¹. Minėtu Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo nutarimu, kaip pastebi K. Lapinskas, „asmens teisė į švarią, kokybišką aplinką buvo susieta su asmens teise į sveikatos apsaugą“³⁰².

Gyvenamosios aplinkos visuomenės sveikatos saugos reikšmingumą pagrindžia ir tas faktas, kad remdamasi tyrimų rezultatais Pasaulinės sveikatos organizacijos darbo grupė savo ataskaitoje nusakydama pagrindines ir šalutines „Nesveiko pastato sindromo“ sąlygas pabrėžė, kad miesto gyventojai patalpose praleidžia 90–95 procentus laiko. Šiuo atveju siekiant apsaugoti asmens gyvenamąją aplinką ir taip sudaryti sveikas gyvenimo sąlygas yra ribojami tam tikri veiksniai, galintys daryti įtaką asmens sveikatai³⁰³.

Užkrečiamųjų ligų profilaktika ir kontrolė. Viena iš pagrindinių valstybės funkcijų visuomenės sveikatos priežiūros srityje³⁰⁴ yra užkrečiamųjų ligų³⁰⁵ profilaktika ir kontrolė. Kaip matyti iš tarptautinio teisės į sveikatos apsaugą reglamentavimo, viena iš pagrindinių valstybei nustatomų pareigų ir yra: užtikrinti užkrečiamųjų ligų, tarp jų endeminių, profilaktiką ir kontrolę, be kitų priemonių, skiepijant nuo pagrindinių infekcinių ligų, imantis vietinių endeminių ligų prevencijos ir kontrolės, vykdant paplitusių ligų priežiūrą. Atsižvelgiant į specifinį užkrečiamųjų ligų pobūdį, tikslinga šią visuomenės sveikatos priežiūros sritį išskirti atskirai, nors joje galima įžvelgti tiek visuomenės sveikatos kontrolės, tiek ir visuomenės sveikatos stebėsenos bei stiprinimo sričių. Vis dėlto manytina, kad ši sritis yra specifinė³⁰⁶, daugeliu atvejų neapsiribojanti vien tik nacionaliniu valstybių reglamentavimu, nors, pavyzdžiui, užkrečiamųjų ligų epidemiologinės stebėsenos atveju bus vykdoma panaši veikla kaip ir atliekant visuo-

³⁰⁰ Gaidys, G., *supra* note 53, p. 59.

³⁰¹ Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2009 m. rugsėjo 2 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos valstybinių socialinio draudimo pensijų įstatymo 30 straipsnio (2005 m. gegužės 19 d. redakcija), 32 straipsnio 4 dalies (2005 m. gegužės 19 d. redakcija) atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*, 2009, Nr. 106-4888.

³⁰² Lapinskas, K., *supra* note 35.

³⁰³ *Sick building syndrome*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 1995.

³⁰⁴ Tulchinsky, T.H., Varavikova, E.A., *supra* note 46, p. 171.

³⁰⁵ Žmonių užkrečiamosios ligos – tai užkrečiamųjų ligų sukėlėjų ir jų toksinų sukeltos žmogaus ligos, kuriomis apsikrečiama nuo žmonių (ligonio ar užkrečiamųjų ligų sukėlėjo nešiotojo), gyvūnų ar vabzdžių arba per aplinkos veiksnius. Lietuvos Respublikos žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymo 2 straipsnio 1 dalis. *Valstybės žinios*, 1996, Nr. 104-2363; 2001, Nr. 112-4069. Moksliškai ir, manytina, tiksliau užkrečiama liga apibrėžiama kaip „liga, dėl specifinių infekcinių ligų sukėlėjų ar jų toksiškų produktų kylanti per sukėlėjo ar jo produkto perdavimą iš infekuotų asmenų, gyvūnų arba aplinkos negyvo rezervuaro į imlų šeiminką.“ Perdavimas gali būti tiesiogiai iš asmens asmeniui ar netiesioginis per tarpinį augalo ar gyvūno šeiminką, vektorių ar negyvąją aplinką. Šaltinis: Benenson, A. S. (ed). *Control of Communicable Diseases Manual*, Sixteenth Edition. Washington: American Public Health Association, 1995, p. 533.

³⁰⁶ Šios visuomenės sveikatos priežiūros priemonės specifiškumą atskleis tokie pastarosios įrankiai kaip karantinas ar privalomasis asmenų hospitalizavimas, imunizavimas ir pan.

menės sveikatos stebėseną tik su užkrečiamųjų ligų valdymui būdinga operatyvumo (skubaus pranešimo ir reagavimo) bei asmens duomenų tvarkymo specifika.

Kaip nurodo J. Dute³⁰⁷, kovos su užkrečiamosiomis ligomis atveju teisė į sveikatos apsaugą kartais supriešinama su kitomis asmens teisėmis: teise į išsilavinimą, teise į darbą, teise į socialinę apsaugą ir t. t.

Per užkrečiamųjų ligų profilaktiką ir kontrolę valstybė įgyvendina teisę į sveikatos apsaugą, siekia apsaugoti visuomenę ir atskirus asmenis nuo užkrečiamųjų ligų. Lietuvos Respublikos žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymo 1 straipsnyje nustatyta, kad pastarasis nustato žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės valdymo, fizinių ir juridinių asmenų teises bei pareigas užkrečiamųjų ligų kontrolės ir profilaktikos srityje. Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymu yra siekiama sukurti teisinius pagrindus suvaldyti, eliminuoti ar eradikuoti užkrečiamąsias ligas³⁰⁸, sukurti efektyviai funkcionuojančią užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės sistemą (instituciniu lygmeniu), nustatyti asmenų teises ir pareigas šioje srityje.

Asmuo pagrįstai turi teisę tikėti, kad valstybė užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės srityje įgyvendins tokias funkcijas, kurios sudarys sąlygas suvaldyti, likviduoti ir eradikuoti užkrečiamąsias ligas. Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės priemonės pagal Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymą būtų galima sugrupuoti į šias pagrindines grupes: užkrečiamųjų ligų epidemiologinę stebėseną, analizę bei prognozę; užkrečiamųjų ligų profilaktiką; užkrečiamųjų ligų kontrolę.

Vykdydama užkrečiamųjų ligų epidemiologinę stebėseną valstybė, pagal Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymo 2 straipsnio 14 dalį, siekia vykdyti ištisinius ir atrankinius sergamumo užkrečiamosiomis ligomis bei jų paplitimo lygių, mirtingumo, mirštamumo nuo užkrečiamųjų ligų, žmogui patogeninių mikroorganizmų cirkuliacijos, užkrečiamųjų ligų atsiradimo ir paplitimo dėsningumą, užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės priemonių bei programų įgyvendinimo kokybės ir veiksmingumo stebėjimus³⁰⁹.

Kaip ir visuomenės sveikatos stebėsenos atveju vykdydama užkrečiamųjų ligų stebėseną valstybė neturėtų apsiriboti vien tik duomenų kaupimu: būtina ir duomenų analizė bei atitinkamos profilaktikos ir kontrolės priemonės. Tai reglamentuoja ir Įstatymo 5 straipsnio nuostatos, kurios numato tiek užkrečiamųjų ligų stebėseną, tiek ir jų analizę bei prognozę (pastarosios yra apibrėžtos Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymo 2 straipsnio 15 ir 16 dalyse).

Užkrečiamųjų ligų epidemiologinė analizė – tai epidemiologinio monitoringo duomenų apdorojimas, šių duomenų retrospektyvi ir operatyvi analizė panaudojant epidemiologinės diagnostikos duomenis. Užkrečiamųjų ligų epidemiologinės analizės atveju valstybė siekia nustatyti ir įvertinti rizikos veiksnius bei profilaktikos priemonių

³⁰⁷ Dute, J. Communicable diseases and human rights. *European Journal of Health Law*. 2004,11:46.

³⁰⁸ Priklausomai nuo užkrečiamosios ligos pobūdžio, siekiama jas: valdyti (mažinti sergamumą ir mirtingumą), eliminuoti (pasiekti, kad nebūtų vietinių atvejų) arba eradikuoti (išnaikinti užkrečiamosios ligos sukėlėją, kaip buvo pasiekta pasaulyje su raupais, kurių virusas nebeegzistuoja natūraliomis sąlygomis).

³⁰⁹ Užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros organizavimo tvarkoje užkrečiamųjų ligų epidemiologinis monitoringas apibrėžiamas kaip sergamumo lygių, mirštamumo nuo užkrečiamųjų ligų, užkrečiamųjų ligų atsiradimo ir išplitimo dėsningumą, užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės priemonių bei programų įgyvendinimo kokybės ir efektyvumo ištisiniai ir atrankiniai statistikos stebėjimai. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998-10-23 įsakymas Nr. 614 „Dėl užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros organizavimo tvarkos tvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 1998, Nr. 95 – 2644.

efektyvumą. Vadovaujantis teisės aktų nuostatomis epidemiologinė analizė turi būti atliekama nuolatos, kad kuo anksčiau būtų nustatomas sergamumo padažnėjimas, protrūkiai ar epidemijų požymiai, sąlygų, kurios gali turėti įtakos sergamumo intensyvumui, pasikeitimai, taip pat laiku būtų organizuojama jų profilaktika.

Pagal Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymo 2 straipsnio 11 dalį, užkrečiamųjų ligų profilaktika yra apibrėžiama kaip organizacinės, teisinės, ekonominės, technologinės, higienos, epidemiologijos, imunobiologijos, chemoprofilaktikos, sveikatos ugdymo priemonės, taip pat kiti veiksmai ir metodai, kurie leidžia išvengti apsirūtimo ir susirgimo užkrečiamosiomis ligomis. Minėtas nuostatas detalizuoja Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymo III skyrius, nustatantis konkrečias užkrečiamųjų ligų profilaktikos priemones. Taigi, valstybė, įgyvendindama teisę į sveikatos apsaugą, vykdo užkrečiamųjų ligų profilaktikos priemones, kurias galima suskirstyti į tokias grupes: Lietuvos valstybės sienų ir teritorijos sanitarinė bei medicininė-karantininė apsauga; medicininės priemonės, taikomos asmenims, t. y. imunoprofilaktika ir chemoprofilaktika; privalomasis profilaktinis aplinkos kenksmingumo pašalinimas; privalomasis sveikatos tikrinimas dėl užkrečiamųjų ligų; kitos Įstatyme nustatytos priemonės.

Kai kurios iš minėtų priemonių aptartinos detaliau, pavyzdžiui, imunoprofilaktika ir chemoprofilaktika. Kaip atkreipia dėmesį L. O. Gostin³¹⁰, politiniai, filosofiniai ir socialiniai prieštaravimai skiepimų atžvilgiu egzistuoja iki šių dienų. Jie aiškiai atsispindi teisinių dokumentų ir teismų polemikoje dėl valstybės galių ir ribojimų privalomai skiepyti, inspiruodami stiprų tikėjimą žmogaus laisvėmis. Skiepimo naudą supratimas labai ryškiai skiriasi priklausomai nuo to, ar vertinama vakcinacijos rizika individui ar visuomenei. Jei vertinama pavienio vaiko atžvilgiu, gali būti, kad rizika bus truputį didesnė jei jis skiepijamas, nei jei liks neskiepytas. Pavyzdžiui, JAV neskiepytam vaikui beveik nėra rizikos užsikrėsti laukiniu poliomielių virusu (kaip ir Europoje – *autoriaus pastaba*). Tačiau vertinant vakcinacijos įtaką visuomenei pastebėtina, kad net ir eliminavus užkrečiamąją ligą ir nustojus skiepyti nuo juos gali kilti jos protrūkiai iš kitos šalies atvykus užsikrėtusiam asmeniui ir ja užkrėtus vietas gyventojus, neturinčius imuniteto.

Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymo 2 straipsnio 23 dalyje imunoprofilaktika apibūdinama kaip biologinių preparatų ir medicinos priemonių naudojimas siekiant padidinti žmonių atsparumą užkrečiamosioms ligoms. Manytina, kad pateikiamas imunoprofilaktikos apibrėžimas turėtų būti koreguojamas pasinaudojant kitų šalių patirtimi³¹¹ arba mokslinėje literatūroje³¹² pateikiamomis sąvokomis.

Skiepimas, siekiant suvaldyti vakcinomis valdomas užkrečiamąsias ligas, yra viena iš užkrečiamųjų ligų kontrolės prioritetinių sričių Europos Sąjungoje. Visuotiniai pripažinta, kad vakcinacija (imunoprofilaktika) yra ekonomiškai efektyviausia ir

³¹⁰ Gostin L. O., *supra* note 44, p. 377-378.

³¹¹ Rusijos Federacijoje skiepai apibrėžiami kaip imunobiologiniai preparatai, leidžiami į žmogaus organizmą, siekiant sustiprinti jo atsparumą infekcinėms ligoms; medicininiai imunobiologiniai preparatai – tai vakcinos, anatoksinai, imunoglobulinai ir kitos vaistinės priemonės, skirtos specifinio imuniteto infekcinėms ligoms sukūrimui. Федеральный закон №157-ФЗ Об иммунопрофилактике инфекционных болезней [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-07-25]. < <http://www.rosпотребнадзор.ru/documents/zakon/>>.

³¹² Imunizacija (vakcinacija) yra procesas, naudojamas siekiant padidinti skiepjamųjų atsparumą konkrečioms mikroorganizmams ir užkirsti kelią jų sukeliama ligai. Šaltinis: Tulchinsky, T. H., Varavikova, E.A., *supra* note 46. Plačiau: Usonis, V. *Vakcinos ir skiepimas*. Vilnius: Homo liber, 2010; Ambrozaitis, A. *Infekcinių ligų vadovas*. Vilnius: Vaistų žinios. 2010.

sąlygiškai nebrangi visuomenės sveikatos intervencija, kuri visame pasaulyje įvardijama kaip prioritetinga sveikatos priežiūros sritis³¹³. Taigi, valstybei įgyvendinant užkrečiamųjų ligų profilaktiką viena iš priemonių yra imunoprofilaktika, t. y. asmenų vakcinacija nuo užkrečiamųjų ligų, kurios pagrindinis tikslas yra padidinti žmonių specifinį atsparumą užkrečiamosioms ligoms.

Pagal Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymo 2 straipsnio 13 dalį, užkrečiamųjų ligų kontrolė yra apibrėžiama kaip organizacinės, techninės, ekonominės, taip pat epidemiologijos bei kitos medicinos priemonės ir tokių priemonių programos, sudarančios galimybę mažinti ar (ir) likviduoti sergamumą užkrečiamosiomis ligomis, taip pat išvengti tų ligų išplitimo. Ir nors apibrėžimas neperteikia pačios užkrečiamųjų ligų kontrolės esmės, manytina, kad ją sudaro priemonės, taikomos siekiant kovoti (sustabdyti) jau išplitusias užkrečiamąsias ligas (arba esant realiai grėsmei, kad taip atsitiks). Neaiškumo įneša ir tai, kad užkrečiamųjų ligų kontrolė (įstatymo II skyriaus pirmasis skirsnis), pagal Įstatymo nuostatas, apima informacinę sistemą ir epidemiologinę stebėseną, taigi ši priemonė sutapatinama su užkrečiamųjų ligų profilaktika (šiuo atveju neapima teisinių, technologinių ir kitų priemonių). Todėl užkrečiamųjų ligų kontrolės aptarimas Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymo skyriuje, reglamentuojančiame epidemiologinę priežiūrą, yra esminė sisteminė klaida. Atsižvelgiant į tai, turėtų būti tikslinama tiek paties Įstatymo struktūra, tiek ir užkrečiamųjų ligų kontrolės sąvoka³¹⁴.

Sistemiškai analizuojant Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymo nuostatas ir atsižvelgiant į tai, kad užkrečiamųjų ligų kontrole siekiama sustabdyti išplitusią (arba esant didelei grėsmei išplisti) užkrečiamąją ligą, pastarosios priemonės galėtų būti suskirstyti į šias grupes: ligonių, asmenų, įtariamų, kad serga, turėjusių sąlytį, sukėlėjų nešiotojų hospitalizavimas, izoliavimas, ištyrimas ir gydymas; užkrečiamųjų ligų sukėlėjais užkrėstų teritorijų nustatymas ir skelbimas; karantinas; kitos užkrečiamųjų ligų kontrolės priemonės.

Pasak L. O. Gostin³¹⁵, nors ištyrimo ir patikros terminai dažnai vartojami apibūdinti tą patį reiškinį, yra skirtumas tarp asmens, sergančio ar įtariamo sergant užkrečiamąja liga, ištyrimo ir patikros (skriningo). Tyrimas (ištyrimas) suprantamas kaip medicininė procedūra, kurios metu nustatomas ligos buvimas ar nebuvimas konkrečiam pacientui. Dažnai pacientai atrenkami tyrimams pagal buvusią riziką arba klinikinius požymius. O patikra, priešingai, suprantama kaip sistemaiškai taikomi medicininiai tyrimai pasirinktoje populiacijoje. Apskritai medicininiai tyrimai atliekami pacientams diagnostiniais ar klinikiniais tikslais, o patikros tikslai apima visuomenės sveikatos tikslus, tokius kaip atvejų išaiškinimas: nustatyti anksčiau nežinomas ar neatpažintas būkles iš pažiūros sveikiems asmenims arba išaiškinti besimptomius nešiotojus. JAV³¹⁶ klinikinis tyrimas ir visuomenės sveikatos patikra nustato asmenis, kurie yra infekuoti užkrečiamųjų ligų sukėlėjais. Teisės aktuose panašiai numatytas privalomas fizinis ištyrimas tam, kad būtų nustatytas ligos buvimas. Šios nuostatos dažnai taikomos nustatant lytiškai plintančias

³¹³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009-03-31 įsakymas Nr. V-242 „Dėl Nacionalinės imunoprofilaktikos 2009–2013 metų programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2009, Nr. 40 – 1534.

³¹⁴ Manytina, kad sąvoką derėtų tikslinti atsižvelgiant į aptariamą kontrolei naudojamą priemonę ir joms keliamus tikslus bei atsižvelgiant į tarptautinėje literatūroje vartojamą „užkrečiamųjų ligų kontrolės“ sąvoką.

³¹⁵ Gostin L. O., *supra* note 44, p. 396.

³¹⁶ *Ibid.*, p. 411.

infekcijas ir tuberkuliozė. Teisinės nuostatos taip pat taikomos asmenų, sergančių infekcinėmis ligomis, privalomam gydymui. Toks gydymas naudingas tiek individui, tiek visuomenei: individui naudinga, kad išnyksta ligos simptomai arba jis išgydomas, visuomenei naudinga, kad sumažinamas arba pašalinamas užkrečiamumas (rizika užsikrėsti kitiems). Teisės aktuose dažnai nurodomos sąlygos, kada taikomas privalomas gydymas, pavyzdžiui, pavojus visuomenės sveikatai.

Kita priemonė, skirta kovoti su užkrečiamomis ligomis, vykdančią jų kontrolę, yra karantinas, kurio tikslas yra nustatyti specialią asmenų darbo, gyvenimo, poilsio, kelionių tvarką, ūkinės ir kitokios veiklos sąlygas, produktų gamybos, jų realizavimo, geriamojo vandens tiekimo bei paslaugų teikimo tvarką ir taip riboti užkrečiamųjų ligų plitimą (Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymo 21 straipsnio 1 dalis). Karantinas, vadovaujantis Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymo 2 straipsnio 21 dalimi ir 21 straipsniu, skirstomas į teritorijų karantiną ir ribotą karantiną³¹⁷. Kaip nurodo L. O. Gostin³¹⁸, net ir medicininės intervencijos gali neužkirsti kelio epideminiam ligų plitimui: vakcinų gali nebūti ar jos gali būti neefektyvios prieš naujai atsiradusią infekciją, gali išsivystyti ligos atsparumas vaistams, gali sutrikti pastarųjų tiekimas, ypač ekstremalių visuomenės sveikatai situacijų atvejais. Todėl šiuo atveju gali prireikti taikyti labiausiai ginčytinas ir seniausiai naudojamas visuomenės sveikatos priežiūros priemonės: izoliavimą ir karantiną. Apžvelgiamos tradicinės visuomenės sveikatos strategijos sukelia gyvybiškai svarbius socialinius, politinius ir teisinius klausimus, nes yra susijusios su pagrindinėmis žmogaus teisėmis: bendravimu, kelionėmis ir laisve. Tačiau nemedicininės intervencijos gali būti vienintelė galima išeitis, todėl būtina išsamiai išsiaiškinti nemedicininę intervencijų poveikį asmenims, politinei sistemai ir ekonomikai. Infekuoti asmenys gali būti izoliuojami ir asmenys, neturintys simptomų, gali būti karantinuojami įvairiose vietose (namuose, darbe, ligoninėje) ir taikant nevienodo lygio prievartinius sprendimus ar reikalavimus (3 lentelė. Izoliavimas ir karantinas: taikymas, nauda ir iššūkiai). Ligos plitimo sulėtinimo visuomenėje strategija apima asmens higieną, sumažintą socialinį žmonių tarpusavio bendravimą ir tarptautinių kelionių ir sienų kontrolę. Izoliavimas, karantinas ir ligos sulaikymas visuomenėje yra priemonės, skirtos apsaugoti visuomenę. Jų paskirtis nėra bausti žmones už morališkai neatsakingą elgesį. Pasak autoriaus³¹⁹, šiuolaikinis karantino apibrėžimas – tai asmens, kuris turėjo sąlytį su infekcijos šaltiniu ir galėjo užsikrėsti (ekspozicija), judėjimo ribojimas tuo laikotarpiu, kai jis gali užkrėsti kitus (užkrečiamumo laikotarpiu), siekiant išvengti infekcijos plitimo inkubaciniu laikotarpiu. Galėjusių užsikrėsti asmenų (turėjusių ekspoziciją) karantinas skirtas išvengti pavojingų ligų, tokių kaip raupų, maro, Ebolos viruso, plitimo, ypač jei kitos priemonės yra neefektyvios arba negalimos. O izoliavimas – tai asmens, kuris žinoma, kad yra infekuotas, atskyrimas jo užkrečiamumo laikotarpiu tokioje vietoje ir tokiomis sąlygomis, kad būtų išvengta ar sumažintas infekcijos sukėlėjo plitimas. Egzistuoja dvi izoliavimo įteisinimo rūšys: kai leidžiama izoliuoti asmenis remiantis tik jų ligos būkle (izoliavimas, paremtas ligos būkle) ir kai leidžiama izoliuoti remiantis infekuotų asmenų pavojinga elgsena (izoliavimas, paremtas elgsena).

³¹⁷ Karantinas taikomas pavojingų užkrečiamųjų ligų protrūkių ar grupinių susirgimų atvejais, kai karantino objektai yra ribota teritorija, konkretus objektas, konkreti žaliava ir (ar) produktas arba konkreti paslauga.

³¹⁸ Gostin, L. O., *supra* note 44, p. 421-422.

³¹⁹ *Ibid.*, p. 429.

3 lentelė

Izoliavimas ir karantinas: taikymas, nauda ir iššūkiai

Šaltinis: L. O. Gostin, 2008

| | Apibrėžimas | Taikymas | Nauda | Iššūkiai |
|--|---|---|---|---|
| Medicini- nis izoliavi- mas | Infekuotų asmenų atskyrimas ligoninėje ar kitoje sveikatos priežiūros institucijoje | Infekuotiems asmenims, kuriems reikalinga medicininė pagalba | Prieinamos medicininės paslaugos, tiekimas ir pagalba. Lengva stebėti | Didelės rizikos darbo aplinka. Infekcija gali išplisti sveikatos priežiūros institucijoje. Riboti pajėgumai |
| Karantinas namuose | Turėjusių sąlytį ir galėjusių užsikrėsti (buvusių ekspozicijoje) asmenų atskyrimas namuose | Asmenims, kurie: (1) atitinka patvirtintos ar galimos ekspozicijos kriterijus, (2) kurių nebūtina hospitalizuoti, (3) gyvena aplinkoje, kurioje galima lengvai užtikrinti prevenciją namiškiams | Priimtina socialiniu ir politiniu aspektais. Minimalus visuomenės išteklių eikvojimas. Dažniausiai prieinama logistika. Lengvas bendradarbiavimas | Pagalbinių paslaugų galimybė. Reikalingas stebėjimo ir vykdymo mechanizmas. Sudėtinga sumažinti sąlytį su namiškiais |
| Karantinas institucijoje | Turėjusių sąlytį ir galėjusių užsikrėsti (buvusių ekspozicijoje) asmenų atskyrimas alternatyviose institucijose, tokiose kaip mokykla, viešbutis, bendrabutis | Ekspoziciją turėjusiems asmenims, kurie neturi tinkamos gyvenamosios aplinkos, tokiems kaip keliautojai, benamiai, arba tiems, kurių gyvenamoji aplinka yra uždara institucija, tokia kaip kalėjimas, psichiatrinė ligoninė | Lengva stebėti. Naudojamosi egzistuojančios infrastruktūros privalumais | Infekcija gali išplisti uždaroje institucijoje. Riboti pajėgumai ir ištekliai |
| Karantinas darbe | Asmenims leidžiama dirbti, bet turi laikytis taisyklių namuose arba institucinio karantino, kai nedirba. Simptomų stebėjimas ir socialinių kontaktų ribojimas darbe | Asmenims, kuriems indikuotinas karantinas namuose ar institucijoje, bet kurie teikia visuomenei būtinas paslaugas (pvz., sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai) | Mažina ligos plitimo riziką, mažina socialinį ir ekonominį poveikį, nenutraukiant visuomenei būtinų paslaugų teikimo Klinikinis stebėjimas darbe mažina personalo, reikalingo aktyviam stebėjimui karantino vietose, poreikį | Reikalingas kruopštus ir nuolatinis stebėjimas darbo vietoje, kad būtų išvengta nepageidaujamos ekspozicijos (galimybės užsikrėsti). Gali būti reikalingas transportavimas (į darbą ir iš darbo) mažinant kontaktavimą su aplinkiniais. Būtinas glaudus bendradarbiavimas tarp darbovietės ir vietos sveikatos priežiūros institucijų |
| Keliautojų karantinas | Keleivių izoliavimas orlaivyje arba laive, kol bus įvertinta grėsmė arba kol baigsis užkrečiamumo laikotarpis | Keliautojams, kurie įtari, kad galėjo užsikrėsti arba kuriems pasireiškia karantinių ligų simptomai | Lengva stebėti. Išvengiama ligos patekimo į naują teritoriją | Galimybė teikti paslaugas. Reikalingi ištekliai. Sutrikdomas kelionių verslas |
| Geografinis karantinas (<i>Cordon sanitaire</i>) | Įteisintas reikalavimas riboti judėjimą iš ir į karantinuotą bendruomenę ar aplinkui. Skirta sumažinti tikėtiną plitimą iš paveiktos teritorijos | Visiems bendruomenės, kurioje pasireiškia ekstensyvus plitimas, nariams ir galėjusiems užsikrėsti asmenims | Sumažėja poreikis greitai išaiškinti didelį skaičių potencialių kontaktinių asmenų, nustatyti indikacijas veiklos ribojimams. Sumažina ar užkerta galimybę ligai plisti už karantinuotos teritorijos ribų | Sunku įgyti visuomenės pasitikėjimą ir palaikymą. Reikalingas geras komunikacijos su paveikta populiacija mechanizmas. Reikalingas glaudus bendradarbiavimas su kaimyninių teritorijų, kurios netaiko panašių priemonių, atsakingomis institucijomis. Reikia išvengta neteisingo žalos ir naudos santykio |

Pasak M. Cetron³²⁰, žiūrint iš modernios visuomenės sveikatos priežiūros sampratos perspektyvų geriausias būdas taikyti karantiną yra per savanoriškumą, nors, kaip pabrėžia autorius, visgi kartais prievartinis pobūdis šiuo atveju yra neišvengimas.

Kaip nurodo L. O. Gostin³²¹, patirtis rodo, kad socialinių kontaktų ribojimas ir bendruomenės ribojimai visuomenėje duoda ženklus rezultatus pandemijų metu. Manoma, nors ir neįrodyta, kad socialinių kontaktų mažinimas sulėtina kvėpavimo takų infekcijų plitimą. Todėl pandemijų metu valstybės uždaro visuomenės susibūrimo vietas (vaikų ugdymo įstaigas, prekybos vietas, darbovietes ir t. t.) ir atšaukia masinius renginius (meno, sporto renginius, konferencijas). Mokyklų uždarymas, manytina, gali sustabdyti epidemijos plitimą, nes vaikai yra vieni iš pagrindinių infekcijos platintojų. Tačiau tokia priemonė yra efektyvi tik tuo atveju, jei mokiniai leidžia laiką namuose, nes jei jie pasklis po prekybos vietas, kino teatrus ir kitose masiškai lankomose vietose, efektas nebus pasiektas. Trumpalaikis mokyklų uždarymas kelioms dienoms ar savaitėms neturi skaudžių socialinių padarinių, bet pandemijos gali tęstis kelis mėnesius ar dar ilgiau, o tada sutriktų mokinių mokymosi procesas, nutrūktų socialinis tobulėjimas, taip pat jaunesnių vaikų tėvai turėtų likti namuose ir juos prižiūrėti, o tai turėtų įtakos paslaugų teikimui ir darbo produktyvumui. Visų formų socialinių kontaktų mažinimas nulemia socialinę atskirtį nuo šeimos, draugų, kaimynų. Socialinė izoliacija, ypač ilgalaikė, gali sukelti vienišumo jausmą, emocinį prislėgtumą ir depresiją, suardyti socialinį ir ekonominį gyvenimą ir pažeisti asmens teises.

1.4. Visuomenės sveikatos priežiūros įgyvendinimo dilema

Valstybė, tikslingai kurdamą ir plėsdama organizacinių ir teisinių priemonių visumą, turi užtikrinti žmogaus teisių įgyvendinimą, galimybes pasinaudoti valstybės garantuojamomis priemonėmis. Valstybės organizacinės ir teisinės priemonės turi užtikrinti efektyvų visuomenės sveikatos priežiūros sistemos veikimą. Todėl iškyla esminis klausimas: ar valstybė pajėgi be paties individo (visuomenės) aktyvaus dalyvavimo veiksmingai įgyvendinti visuomenės sveikatos priežiūros priemones?

Visuomenės sveikatos priežiūros įgyvendinimą lemia ne tik efektyvus organizacinio ir teisinio mechanizmo veikimas, bet ir pačių individų pastangos. Todėl organizuojant visuomenės sveikatos priežiūros įgyvendinimą tenka nuolatos spręsti dilemą: kaip pasiekti tinkamą valstybės priemonių ir visuomenės narių pastangų pusiausvyrą (balansą)? Ši problema yra daugialypė. Visuomenės sveikatos priežiūros įgyvendinimas gali būti neveiksmingas dėl skirtingų priežasčių:

- 1) dėl valstybės nepakankamai vykdomų visuomenės sveikatos priežiūros priemonių;
- 2) dėl visuomenės narių nepakankamo dėmesio sveikatos priežiūrai;
- 3) dėl pačios visuomenės nepakankamų sveikatos žinių ir sveikatą žalojančio elgesio;
- 4) dėl netinkamo valstybės priemonių ir visuomenės pastangų derinio³²².

³²⁰ Cetron, M., *et al.* H. Quarantine: Voluntary or Not? *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 2004, 32:83.

³²¹ Gostin, L. O., *supra* note 44, p. 447.

³²² Čelkis, P., *supra* note 54, p. 12.

Kai visuomenės sveikatos priežiūra nėra veiksminga, vyrauja pasyvus individų požiūris į sveiką gyvenimą, visuomenės sveikatos būklė yra nepatenkinama: išlieka sąlygiškai didelis sergamumas ir mirtingumas, mažėja individų darbingumas. Galiausia tai neigiamai veikia valstybės ekonomiką ir jos konkurencingumą vidinėje ir tarptautinėje rinkoje: dažnai sergantis individas nesukuria bendrojo vidaus produkto, naudojasi valstybės socialinėmis garantijomis.

Indėlis į visuomenės sveikatos priežiūrą, priešingai nei į asmens sveikatos priežiūrą, kur aiškiai matomi pasiekti rezultatai – atliktas operacijų skaičius, patenkintų pacientų skaičius, mažėjančios eilės pas gydytojus konsultacijoms ir pan., neturi greitų ir pastebimų rezultatų. Ligų prevencija, sveikos aplinkos ar sveikai gyvenančios bendruomenės „sukūrimas“ duos rezultatus tik po daugelio metų, mažėjant bendram visuomenės sergamumui ir mirtingumui, gerėjant sveikos gyvenamosios įpročiams ir pan.

Visuomenės sveikatos priežiūros įgyvendinimo Lietuvoje nagrinėjimas atskleidžia skirtingus valstybės ir visuomenės vaidmenis. Lietuvos visuomenė, einanti pilietinės visuomenės link³²³, nėra aktyvi savo sveikatos saugotoja, nors valstybėje ir veikia visuomenės sveikatos priežiūros sistema. Iki šiol dar gajus visuomenės narių požiūris, kad tik valstybė (jos institucijos) yra atsakinga už visuomenės sveikatos priežiūros įgyvendinimą. Lietuvos visuomenės sąmoningumas savo sveikatos priežiūros srityje nėra didelis ir tai patvirtina Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 metų strategijos³²⁴ 11 punkto nuostatos, kur teigiama: „daugėja rūkančiųjų, plinta alkoholio, narkotinių ir kitų psichoaktyvių medžiagų vartojimas, gausėja su mityba, fiziniu aktyvumu ir kitais sveikatai įtakos turinčiais veiksniais susijusių susirgimų, visa tai lemia gyventojų vidutinę gyvenimo trukmę“, todėl valstybei iškyla labai rimtas uždavinys – ugdyti sąmoningumą, aktyvų visuomenės narių požiūrį į visuomenės sveikatos puoselėjimą.

Valstybė gali ir turi sukurti priemones (prielaidas), kurios leidžia puoselėti visuomenės sveikatą. Todėl ji turi skatinti visuomenės narių pastangas puoselėti savo sveikatą, nes galų gale viskas priklauso nuo pačios visuomenės ir individo suinteresuotumo. Galima teigti, kad per didelis valstybės „rūpestis“ dėl visuomenės sveikatos užtikrinimo gali būti neefektyvus, jei lygiagrečiai patys asmenys neskatinami imtis priemonių kurti sveiką savo aplinką, propaguoti sveiką gyvenimą ir t. t. Bendruomenių, visuomeninių organizacijų, organizuotų individų grupių veikla šioje srityje turėtų būti maksimaliai plėtojama, o valstybė turėtų skatinti jų iniciatyvas, sudaryti sąlygas joms kurtis ir plėtotis. Valstybei priėmus per daug išpareigojimų, pavyzdžiui, sveikos gyvenamosios ugdymo srityje, nors ir bus plačiai propaguojamas skatintinas elgesys, bet nesant asmenų suinteresuotumo, tai gali virsti neefektyvia priemone. Tik sudarydama sąlygas sveikai gyventi, skatindama tai daryti tiek teisinėmis, tiek ekonominėmis priemonėmis ir įtraukdama pačią visuomenę į šią veiklą, valstybė galės pasiekti norimų rezultatų.

Taip pat verta akcentuoti ir tai, kad visuomenės sveikatos priežiūra savo prigimtimi yra kolektyvinis veiksmas, kadangi asmenys individualiais veiksmais negali visapusiškai (pilnai) užtikrinti minimalios sveikatos būklės: švarios, saugios ir sveikos aplinkos (tiek gyvenamosios, tiek ir darbo). Todėl visuomenės sveikatos priežiūra pirmiausia yra vals-

³²³ Šlapkauskas, V. *Teisės sociologijos pagrindai*. Vilnius: Mykolo Riomerio universitetas, 2004, p. 455.

³²⁴ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. liepos 27 d. nutarimas Nr. 941 „Dėl Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 metų strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2006–2008 metų plano patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2001, Nr. 66-2418; 2006, Nr. 70-2574.

tybės funkcija, kuria ji valdo ir reguliuoja visuomeninius santykius, tačiau ne mažiau svarbus yra ir asmens (visuomenės) indėlis, kuris remia, padeda ir kartu įgyvendina formuojamą politiką.

Tuo pačiu pastebėtina, kad, kaip teigia A. Vaišvila, visuomenė nėra savarankiška būtis šalia individo būties: visuomenė – tai tik stabilūs individų keitimosi paslaugomis santykiai³²⁵. Šiuo atveju kalbėdami apie visuomenės sveikatos priežiūrą, kaip iš esmės kolektyvinį veiksma, mes esame „sugaržyti“ visuomenės termino. Būtent pastarasis ir atspindi ne individualiomis iniciatyvomis ir veiksmais paremtą sveikatinimą, juolab, kad terminas „visuomenė“ Dabartiniame lietuvių kalbos žodyne apibūdinamas kaip žmonių visuma³²⁶. Šiuo atveju, manytina, tiksliai pastebi E. W. Leonard teigdama, kad „visuomenės sveikatos priežiūra iš esmės yra kolektyvinis veiksmas, skirtas tenkinti visos visuomenės, o ne atskiro individo interesus“³²⁷. Tai nereiškia, kad atskiras individas nėra svarbus visuomenės sveikatos priežiūrai. „Tačiau tik tuo atveju gali būti pirmiau pastatomi visuomenės interesai, kuomet atskiro individo veikla gali kelti pavojų kito individo ar individų sveikatai, nesvarbu, kad pastaroji ir gali būti teisiškai galima“³²⁸. Pavyzdžiui – rūkymas. Rūkantis asmuo elgiasi teisėtai, jei tai daro nedraudžiamoje vietoje. Rūkyti ar ne yra laisvas asmens pasirinkimas ir jis gali šiuo atveju elgtis savo nuožiūra, tačiau šis jo veiksmas vis tiek turi neigiamos įtakos kitų asmenų sveikatai, todėl yra nustatomi tam tikri ribojimai rūkymui patalpose, viešosiose vietose ir t. t. Arba, pavyzdžiui, asmens teisė laisvai judėti gali būti suvaržoma, kai jis serga užkrečiamąja liga, kuri gali būti perduodama ir kitiems asmenims. Tokiu atveju asmuo gali būti izoliuotas, jam gali būti pritaikytas karantinas. Tas pats pasakytina ir apie vykdomą ūkinę komercinę veiklą, kuri nors ir yra nekenksminga, priešingai – naudinga visuomenei ir tausojanti aplinką kaip vėjo elektrinės, tačiau ir tokia veikla visuomenės sveikatos priežiūros požiūriu turi būti ribojama tam tikrais atstumais nuo asmens gyvenamosios vietos. Šiuo atveju yra svarbus netgi pavienis asmuo, jam trukdantis fizinis triukšmas, šešėliavimas, kurie neigiamai veikia jo sveikatą. Analogiškų pavyzdžių galima pateikti analizuojant bet kurią kitą visuomenės sveikatos požiūriu svarbią sritį, nesvarbu, ar tai būtų minėti atvejai, ar tai būtų atliekų tvarkymas, geriamojo vandens tiekimas ar kita veikla.

Kaip teigia L. O. Gostin³²⁹, visuomenės sveikatos prasminga apsauga ir užtikrinimas reikalauja bendrų individų pastangų. Asmenys, kaip visuma, turi užtikrinti aplinkos apsaugą, higieną ir sanitariją, švarų orą ir paviršiaus vandenį, neužterštą maistą ir geriamąjį vandenį, saugius kelius ir produktus, infekcinių ligų kontrolę. Šie veiksniai gali būti užtikrinti tik per organizuotus veiksmus visuomenės vardu. Taigi valstybė valdo ir yra autoritetingas subjektas reguliuoti visuomeninius santykius ar imtis veiksmų, skirtų apsaugoti ar plėtoti bendrąją sveikatą, saugumą, ir visos visuomenės gerovę. Valstybė įvertina gyventojų sveikatos būklę, tiria sveikatos grėsmes, nustato politikos kryptis ir

³²⁵ Vaišvila, A., *supra* note 121, p. 106.

³²⁶ Visuomenė tai: istoriškai susidariusi visuma žmonių, kuriuos jungia gamybiniai santykiai. Dabartinės lietuvių kalbos žodynas [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-11-11]. <<http://www.lki.lt/dlkz/>>.

³²⁷ Leonard, E. W. The public's right to health: when patient rights threaten the commons. *Washington university law review*. 2009, 86(6):1337.

³²⁸ *Ibid.*

³²⁹ Gostin, L. O., *supra* note 44, p. 7-13.

standartus, reguliuoja privatų sektorių, finansuoja tyrimus, finansuoja ir teikia asmens sveikatos priežiūros paslaugas, atlieka kitas su sveikata susijusias funkcijas.

Kaip pastebi E. W. Leonard, pagal utilitaristinį požiūrį, visuomenės sveikata pateisina keleto asmenų gyvybių išsaugojimą atimant gyvybę vienam³³⁰. Atitinkamai D. E. Beauchamp teigia, kad konfliktai visuomenės sveikatos priežiūroje kyla tarp individualių ir bendrų / visuomenės interesų³³¹. Todėl visuomenės sveikatos priežiūra, pagal Jungtinių Amerikos Valstijų Nacionalinės akademijos Medicinos institutą, (klasikinė samprata) yra tai, ką mes, kaip visuomenė, darome drauge siekdami sudaryti sąlygas asmenims būti sveikiems³³².

Apibendrinant galima teigti, kad visuomenės sveikatos priežiūra yra kolektyvinis veiksmas, kadangi asmenys individualiais veiksmais negali užtikrinti minimalios sveikatos būklės: švarios, saugios ir sveikos aplinkos (tiek gyvenamosios, tiek ir darbo). Todėl visuomenės sveikatos priežiūra pirmiausia yra valstybės funkcija, kuria ji valdo ir reguliuoja visuomeninius santykius, tačiau ne mažiau svarbus yra ir bendruomenės indėlis, kuris remia, padeda ir kartu įgyvendina formuojamą politiką.

³³⁰ Leonard, E. W., *supra note* 327, p. 1340.

³³¹ Beauchamp, D. E. Community: The neglected tradition of public health. *The Hastings Center Report*. 1985, 15(6):20.

³³² The future of Public Health. Committee for the study of future for public health, Institute of medicine. Washington: National Academy Press [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-11-03]. <http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=1091&page=1>.

2. Visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas ir jo įgyvendinimas Lietuvoje

Darbo pirmoje dalyje apibrėžus visuomenės sveikatos priežiūrą, kaip asmens teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo priemonę, buvo atskleistas pastarosios turinys ir priemonės, kas atitinkamai daro įtaką šios srities teisiniam reguliavimui – kiekvienai visuomenės sveikatos priežiūros sričiai yra keliami atskiri tikslai, apimantys bendrus visuomenės sveikatos priežiūros tikslus, vyrauja skirtingi teisinio reguliavimo metodai³³³. Visuomenės sveikatos priežiūros teisiniam reguliavimui, atskiroms jos sritims taip pat daro įtaką teisės į sveikatos apsaugą turinyje išskirti tiek kokybiniai, tiek ir kiekybiniai parametrai (šio darbo 1.2.3 poskyris).

Kiekybiniai teisės į sveikatos apsaugą parametrai apibrėš tas teisinio reguliavimo minimalias ribas, kurias valstybė privalo įgyvendinti vykdydama jai nustatytas pareigas, ir jie bus aptariamai nagrinėjant apie kiekvieną iš visuomenės sveikatos priežiūros sritį atskirai.

Kokybiniai parametrai atskleis, kaip valstybė praktiškai įgyvendina teisinio reguliavimo metu sukurtus mechanizmus, atitinkamai kiekybinius teisės į sveikatos apsaugą parametrus. Todėl visuomenės sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo atskleidimas leis įvertinti, kaip valstybės sukurtas teisinis reguliavimas užtikrina visuomenės sveikatos priežiūros prieinamumą, priimtinumą ir kokybę, t. y., atsižvelgiant į tai, kad visuomenės sveikatos priežiūra pirmiausia yra valstybės funkcija (pareiga), kaip jos sukurtas mechanizmas užtikrina šiai sričiai keliamus tikslus, ar sukurtos institucijos įgyvendina teisės aktuose nustatytas priemones, ar tos priemonės pasiekia adresatą – žmogų – ir ar užtikrina saugią jo sveikatai aplinką. Taip pat kokybiniai teisės į sveikatos apsaugą parametrai bus atskleidžiami parodant, ar valstybė prisiima įsipareigojimus saugoti, gerbti ir įgyvendinti teisę į sveikatos apsaugą, t. y., ar susilaiko nuo tiesioginio ar netiesioginio kišimosi į naudojimąsi teise į sveikatos priežiūrą, nepažeidžia asmens vientisumo, nesikėsina į jo laisvę, sudaro kuo palankesnes sąlygas realizuoti teisę, numato ir skatina jas, imasi visų būtinų priemonių, užtikrinančių kiekvienam asmeniui galimybes patenkinti savo poreikius, bei taiko atitinkamas teises, organizacines priemones, skirtas visiškai įgyvendinti teisę, imasi priemonių, užkertančių kelią trečiosioms šalims kištis į teisėje į sveikatos apsaugą nustatytas garantijas. Tai atskleis atskirų visuomenės sveikatos priežiūros sritių teisinio reguliavimo įgyvendinimo analizė.

Tuo pačiu pastebėtina, kad visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas iš esmės yra plataus pobūdžio. Pagrindinis įstatymas, reglamentuojantis sveikatos priežiūrą ir jos sistemą, yra Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. Visuomenės sveikatos priežiūrai skirtas minėto įstatymo II dalies III skyrius, kuris, kaip buvo minėta, nustato tokį visuomenės sveikatos priežiūros turinį: visuomenės sveikatos stiprinimas, visuomenės sveikatos sauga, ligų profilaktika ir kontrolė, visuomenės sveikatos stebėseną ir visuomenės sveikatos kontrolė. Šias Sveikatos sistemos įstatymo nuostatas

³³³ Kaip antai, įgyvendinant sveikatos stiprinimą per teisinį reguliavimą yra skatinami ir ugdomi asmenys gyventi sveiką gyvenimą, o užtikrinant sveiką aplinką vyrauja privalomųjų reikalavimų ūkinei veiklai nustatymas, taip siekiant apsaugoti visuomenės sveikatą.

įgyvendina Visuomenės sveikatos priežiūros, Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės, Visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) ir kiti įstatymai³³⁴. Būtent Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo IV skyrius reglamentuoja konkrečias visuomenės sveikatos priežiūra susijusias sritis: sveikatos aplinkos saugą (18 straipsnis); sveikos mitybos užtikrinimą (19 straipsnis); asmenų gyvenamosios aplinkos saugą (20 straipsnis); darbo higieną (22 straipsnis); neinfekcinių ir infekcinių ligų profilaktiką bei kontrolę (II skirsnis). Gana daug dėmesio Visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme skiriama vienai iš pagrindinių moderniosios visuomenės sveikatos priežiūros sričių – visuomenės sveikatos stiprinimui (V skyriaus I skirsnis).

Kaip buvo minėta, atsižvelgiant į šio darbo 1.3 skyriuje išskirtas visuomenės sveikatos priežiūros sritis teisinis reguliavimas ir praktinis jo įgyvendinimas bus analizuojami atskirai aptariant kiekvieną iš minėtų sričių: visuomenės sveikatos stiprinimą, saugios sveikatai aplinkos užtikrinimą³³⁵, visuomenės sveikatos stebėseną bei užkrečiamųjų ligų profilaktiką ir kontrolę.

Analizuojant visuomenės sveikatos priežiūros atskirų sričių teisinį reguliavimą bus remiamasi R. Roemer³³⁶ išskirtomis „teisėkūros vaidmens visuomenės sveikatai ir sveikatos politikai funkcijomis“, kurios, kaip teigia autorė, saugo individų ir bendruomenės sveikatą ir yra skirtos apibūdinti sveikatos priežiūros teisinį reguliavimą. Pasak autorės, teisėkūra sveikatos priežiūros srityje gali būti tokia: sveikatos teisėkūra, uždraudžianti sveikatai pavojingą elgesį; sveikatos teisėkūra, patvirtinanti programas ir paslaugas, kuriomis siekiama saugoti ir plėtoti sveikatą; sveikatos teisėkūra, nustatanti aprūpinimą ištekliais, skirtais sveikatos priežiūrai; sveikatos teisėkūra, teikianti socialinį finansavimą sveikatos priežiūrai; sveikatos teisėkūra, nustatanti priežiūros kokybės stebėjimą ir priežiūrą; sveikatos teisėkūra, susijusi su etiniais sveikatos priežiūros padariniais. Atsižvelgiant į šio darbo specifiką, svarbios yra pirmosios trys funkcijos, kurios ir apims visuomenės sveikatos priežiūrą.

2.1. Visuomenės sveikatos stiprinimo teisinis reguliavimas ir jo įgyvendinimas

Visuomenės sveikatos stiprinimo teisinio reguliavimo galimybes ir ribas apibrėžia šio darbo 1.2.3 poskyryje išskirtos valstybės pareigos jai įgyvendinant teisę į sveikatos apsaugą: užtikrinti švietimą, taip pat mokymą apie vyraujančias sveikatos problemas ir būdus, kaip joms užkirsti kelią ir jas kontroliuoti³³⁷, teikti konsultacijas ir rūpintis švietimo priemonėmis, kuriomis propaguojama sveika gyvensena bei skatinama asmeninė

³³⁴ Tiesiogiai šią sritį reglamentuojančių įstatymų yra per 15. Plačiau apie tai: Čelkis, P., *supra* note 54.

³³⁵ Teisės aktuose vartojamas terminas „visuomenės sveikatos sauga“, tačiau, kaip bus atskleista, atliekant pastarosios teisinio reguliavimo analizę tikslinga ją analizuoti drauge su visuomenės sveikatos kontrole. Todėl buvo pasirinktas abi visuomenės sveikatos priežiūros priemonės apibūdinantis terminas „saugios sveikatai aplinkos užtikrinimas“. Ir nors užkrečiamųjų ligų profilaktika ir kontrole taip pat užtikrinama saugi sveikatai aplinka, tačiau dėl pastarosios ypatumų, apibrėžiamų prie teisinio reguliavimo analizės, buvo išskirta minėta priemonė.

³³⁶ Roemer, R., *supra* note 66, p. 92.

³³⁷ Constitution of the world health organization, *supra* note 103.

atsakomybė už savo sveikatą³³⁸; informuoti visus visuomenės sluoksnius, ypač tėvus ir vaikus, apie vaikų sveikatą ir mitybą, maitinimo krūtimi privalumus, higieną, vaiko gyvenamosios aplinkos sanitariją ir kelių nelaimingiems atsitikimams užkirtimą; taip pat sudaryti galimybę asmenims lavintis ir tokiomis žiniomis pasinaudoti; plėtoti švietimą tėvų konsultavimo ir šeimos planavimo srityje³³⁹; pagerinti žmogaus, visuomenės gebėjimą įveikti kilusį pavojų sveikatai³⁴⁰.

Visuomenės sveikatos stiprinimo reikšmė atsispindi ir Sveikatos sistemos įstatymo preambulėje, kur rašoma, kad sveikatos potencialą ir jo palaikymo sąlygas lemia visuomenės švietimo garantijos, gyventojų pastangos ugdyti sveikatą. Visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme prie pagrindinių visuomenės sveikatos priežiūros principų, nustatytų 3 straipsnyje, išskirti tokie principai kaip neatidėliotinas ir visapusiškas visuomenės informavimas, švietimas visuomenės sveikatos klausimais, o 4 straipsnyje tarp visuomenės sveikatos ir visuomenės gebėjimų gerinti savo sveikatą išskiriama sveikos gyvenamosios propaganda bei gyventojų sveikatos ugdymas, kaip priemonės tai pasiekti. Visuomenės sveikatos ugdymo svarba akcentuojama ir Lietuvos Respublikos Seimo priimtoje rezoliucijoje „Dėl sveikatos politikos principų“³⁴¹, kurioje yra siūloma ypatingą dėmesį skirti visuomenės sveikatos stiprinimui, gerinant gyventojų informuotumą sveikatos klausimais, aktyviam visuomenės įtraukimui į sveikatos problemų sprendimą.

Valstybė, įgyvendindama teisę į sveikatos apsaugą ir vykdydama visuomenės sveikatos priežiūrą, turi mokyti ir ugdyti visuomenę ir atskiras jos grupes, formuoti politiką taip, kad būtų skatinamas sveikas individų gyvenimo būdas, įgyvendinti kitas teisės į sveikatos apsaugą turinyje išskirtas pareigas valstybei. Siekdama tai padaryti valstybė turi sukurti veiksmingai funkcionuojantį teisinį reglamentavimą, institucinę sąrangą bei nustatyti pareigas asmenims, kai jie tam tikrais vėliau šioje dalyje aptariamais atvejais turės tobulinti sveikos gyvenamosios žinias, dirbdami profilaktiškai tikrintis sveikatą ir t. t.

Kaip buvo minėta, viena iš R. Roemer išskirtų funkcijų, kuriomis apibūdinama visuomenės sveikatos priežiūros teisėkūra, yra sveikatos teisėkūra, kurios metu patvirtinamos programos ir paslaugos, siekiant saugoti ir plėtoti sveikatą. Pasak autorės, „šios įvairios programos gali būti klasifikuojamos atsižvelgiant į tai, kaip organizuoti paslaugų kompleksai, skirti skirtingoms žmonių grupėms (motinoms ir vaikams, kariuomenei, veteranams, darbuotojams, kaimo žmonėms ir pan.), specifinėms ligoms (užkrečiamosioms ligoms, lytiniu būdu perduodamoms ligoms, psichiniams sutrikimams ir pan.), ir specifinėms paslaugoms (tokioms kaip aplinkos sanitarija ir skubios medicinos paslaugos)“³⁴². Atkreiptinas dėmesys, kad autorės išskirta priemonė apima tik dalį visuomenės sveikatos stiprinimo turinio, kuris, kaip matysime, yra žymiai platesnis.

Kaip buvo minėta šio darbo 1.3 skyriuje, visuomenės sveikatos stiprinimas yra kompleksinė priemonė, apimanti tiek visuomenės informavimą, visuomenės sveika-

³³⁸ Europos socialinė chartija, *supra* note 137.

³³⁹ Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencija, *supra* note 142.

³⁴⁰ Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2009 m. rugsėjo 2 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos valstybinių socialinio draudimo pensijų įstatymo 30 straipsnio (2005 m. gegužės 19 d. redakcija), 32 straipsnio 4 dalies (2005 m. gegužės 19 d. redakcija) atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“, *supra* note 178.

³⁴¹ Lietuvos Respublikos Seimo 1999 m. sausio 5 d. rezoliucija „Dėl Lietuvos sveikatos politikos principų“. *Valstybės žinios*. 1999, Nr. 5-98

³⁴² Roemer, R., *supra* note 66, p. 93.

tos ugdymą, tiek ir ligų profilaktiką, visuomenės sveikatos politikos formavimą. Analizuojant teisinį reguliavimą šioje srityje atkreiptinas dėmesys, kad Sveikatos sistemos įstatymo 32 straipsnyje apie visuomenės sveikatos stiprinimą kalbama šalia ugdymo, kuriam skiriamas pagrindinis dėmesys, o šio straipsnio 4 dalyje nustatyta, kad visuomenės sveikatos stiprinimo turinį nustato įstatymai ir kiti teisės aktai. Visuomenės sveikatos stiprinimo turinys tampa aiškesnis iš Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 33 straipsnio, kuriame nustatoma, kad visuomenės sveikatos stiprinimas apima sveikatos mokymą, informacijos apie sveiką gyvenseną sklaidimą, sveikos gyvensenos propagavimą, formavimą ir nuo elgsenos priklausomų visuomenės sveikatos rizikos veiksnių mažinimą, kitas šio įstatymo ir visuomenės sveikatos priežiūros teisės aktu numatytas priemones. Minėtos priemonės iš esmės yra tapačios visuomenės sveikatos ugdymo turiniui, kuris atsispindi Sveikatos sistemos įstatymo 32 straipsnio 1 dalyje, kur nustatyta, kad visuomenės sveikatos ugdymą sudaro: sveikatos propaganda visuomenės informavimo priemonėse; sveikatos žinių populiarinimas; sveikatos mokymas; asmenų konsultavimas sveikatos saugos ir stiprinimo, tarp jų ir šeimos planavimo klausimais. Taigi prieštaraujanti viena kitai Visuomenės sveikatos priežiūros ir Sveikatos sistemos įstatymų nuostatos turėtų būti suderintos.

Atsižvelgiant į tai, kad visuomenės sveikatos stiprinimas pirmiausia yra valstybės funkcija, tikslinga būtų teisinio reguliavimo analizę pradėti nuo valstybės funkcijų šioje srityje apžvalgos, kartu apžvelgiant ir kokios yra asmenų teisės ir pareigos šioje srityje. Teisinį reguliavimą derėtų apžvelgti pagal šio darbo dalyje išskirtas visuomenės sveikatos stiprinimą sudarančias priemones (sveikatos propaganda (ir visuomenės informavimas)), visuomenės sveikatos mokymas (ir ugdymas), neinfekcinių ligų profilaktika).

Sveikatos propaganda (ir visuomenės informavimas). Kaip buvo apibrėžta šio darbo 1.3 skyriuje, sveikatos propaganda apibrėžiama kaip informacijos apie sveikatą stiprinančią politiką, sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą, socialinę ir fizinę aplinką, sveikatos sąlygas ir sveikatos priežiūros problemas sklaidimas per visų rūšių visuomenės informavimo priemones.

Teisinis reguliavimas, išskyrus sampratos apibrėžimą, pasireiškia poįstatyminiu lygmeniu, teisės aktų nuostatos tarpusavyje yra nesuderintos. Sveikatos propagandos per visuomenės informavimo priemones sąlygose ir tvarkoje³⁴³ nustatyta, kad ypač svarbi ir aktuali sveikatos informacija, patvirtinta Sveikatos apsaugos ministerijos, skelbiama nemokamai ir operatyviai, remiantis Lietuvos Respublikos visuomenės informavimo įstatymu. Tačiau minėtos tvarkos sveikatos apsaugos ministras nėra patvirtinęs, o Visuomenės informavimo įstatymo³⁴⁴ 20 straipsnyje, reglamentuojančiame panašius visuomeninius santykius, pareiga skelbti oficialius valstybės pranešimus įtvirtinta tik gaivalinių nelaimių, didelių avarių ar epidemijų, karo ar nepaprastosios padėties atveju, kai viešosios informacijos rengėjai ir sklaidėjai turi nemokamai ir operatyviai skelbti oficialius valstybės pranešimus.

³⁴³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1996 m. rugpjūčio 27 d. įsakymas Nr. 445 „Dėl Sveikatos propagandos per visuomenės informavimo priemones sąlygų ir tvarkos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 1996, Nr. 83-1997.

³⁴⁴ Lietuvos Respublikos visuomenės informavimo įstatymas. *Valstybės žinios*, 1996, Nr. 71-1706; 2006, Nr. 82-3254.

Manytina, kad geriausiai šios svarbios, tačiau iš esmės blogai koordinuojamos priemonės įgyvendinimą iliustruoja Tabako ir jo gaminių vartojimo žalos žmonių sveikatai reklamos nuolatinė programa³⁴⁵ (visuomenės informavimo priemonėse ir pan.), kurios įgyvendinimo priemonėse kaip atsakingas už jų įgyvendinimą nurodytas Visuomenės sveikatos ugdymo centras (kuris buvo reorganizuotas išskaidant dar 2006 m.³⁴⁶, o programos priemonės pasibaigė 2010 m.). Minėtos programos priemonės yra reikšmingos, kaip antai, rengti nerūkymo reklamos visuomenės informavimo priemonėse įgyvendinimo strategijas, gaminti ir demonstruoti vaizdo ir garso produkciją ir pan. Iš programos buvo tikimasi, kad ji suteiks daugiau informacijos apie tabako ir jo gaminių žalą asmens ir visuomenės sveikatai, padės keisti žmonių požiūrį į rūkymą ir t. t. Be to, pastebėtina, kad funkcijai koordinuoti yra sudaryta Valstybinės alkoholio kontrolės, Valstybinės tabako kontrolės ir Valstybinės sveikatos propagandos programų koordinavimo taryba³⁴⁷, tačiau veiklos ataskaitos ar kita medžiaga, leidžianti spręsti apie sveikatos propagandos įgyvendinimą, neskelbiama, nors ši funkcija būtent ir suponuoja visapusiškos informacijos sklaidimą.

Teisinis reguliavimas yra nesistemiškas ir paviršutiniškas, nes minėta valstybės funkcija – visuomenės informavimas sveikatos klausimais – manytina, valstybės mastu yra vykdoma nekoordinuotai ir dažniausiai valstybės institucijų iniciatyva joms įgyvendinant pavestas funkcijas, tokias kaip informacijos sklaidimas, arba atskirais atvejais įgyvendinant pavienes programas. Kaip viena iš geriausių sveikatos propagandos priemonių minėtina priemonė, skirta sumažinti mirtingumą keliuose, kurią vykdė Lietuvos automobilių kelių direkcija prie Susisiekimo ministerijos: „2009 metais socialinė reklama saugaus eismo temomis transliuojama per penkis televizijų kanalus, taip pat devyniolikoje radijo stočių. Socialinė reklama visus eismo dalyvius kviečia: neviršyti greičio; nevairuoti neblaivius ir neleisti vairuoti neblaiviams; prisisegti saugos diržus; keliu eiti tik kaire puse; einant tamsoje prisisegti atšvaitus; būti kelyje dėmesingus“³⁴⁸. Manytina, tai nulėmė nelaimingų atsitikimų, besibaigiančių mirtimi, skaičiaus mažėjimą: „šiemet sausio–birželio mėnesiais, palyginti su tuo pačiu praėjusių metų laikotarpiu, eismo įvykių Lietuvoje užregistruota 8,4 proc. mažiau (2009 m. – 1721, 2010 m. – 1577). Žuvusiųjų sumažėjo 28,3 proc. (2009 m. – 166, 2010 m. – 119), sužeista beveik 4 proc. mažiau žmonių (2009 m. – 2002, 2010 m. – 1923)“³⁴⁹. Tai patvirtina, kad efektyvios priemonės yra tos, kurios skirtos kryptingai spręsti konkrečias visuomenės sveikatos problemas ir yra tinkamai finansuojamos.

³⁴⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. rugsėjo 30 d. įsakymas Nr. 423 „Dėl Tabako ir jo gaminių vartojimo žalos žmonių sveikatai reklamos nuolatinės programos (visuomenės informavimo priemonėse ir kitur) tvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1999, Nr. 84-2504.

³⁴⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. liepos 1 d. įsakymas Nr. V-565 „Dėl Visuomenės sveikatos ugdymo centro reorganizavimo sąlygų ir reorganizavimo komisijos sudėties patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 77-3016.

³⁴⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. balandžio 12 d. įsakymas Nr. V-245 „Dėl Valstybinės alkoholio kontrolės, Valstybinės tabako kontrolės ir Valstybinės sveikatos propagandos programų koordinavimo tarybos sudarymo“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 51-1723.

³⁴⁸ Lietuvos automobilių kelių direkcijos prie Susisiekimo ministerijos interneto svetainės „Saugaus eismo klipai“ „Bendra informacija“ [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-11-02]. <www.lra.lt>.

³⁴⁹ Kauno diena. Keliuose – beveik trečdaliu mažiau žuvusių [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-11-02]. <<http://kauno.diena.lt/naujienos/transportas/keliuose-beveik-trecdaliu-maziau-zuvusiu-287829>>.

Atsižvelgiant į tai, vietoj gana deklaratyvių įstatymo nuostatų vertėtų Visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme įtvirtinti nuostatas, kad valstybė privalo koordinuotai teikti informaciją visuomenei apie sveiką gyvenimo būdą, taip pat kitą informaciją, kuri sudarytų prielaidas gerinti bendrą visuomenės sveikatą, mažinti mirtingumą, sergamumą ir nelaimingus atsitikimus. Už tai atsakinga reikėtų paskirti Sveikatos apsaugos ministeriją, kuri kiekvieniems metams parengtų bendrą programą valstybės mastu, tvirtinamą Vyriausybės, su pagrindinėmis visuomenės informavimo kryptimis sujungdama visų suinteresuotų institucijų priemones ir finansinius bei žmogiškuosius išteklius, kas, manytina, leistų pasiekti geresnių rezultatų nei pavieniai nekoordinuoti atskirų institucijų veiksmai.

Analizuojant visuomenės sveikatos informavimo teisinį reguliavimą svarbu atskleisti ne tik pastarojo „aktyviąją pusę“, susijusią su teigiamos informacijos skleidimu³⁵⁰, bet ir „pasyviąją pusę“, susijusią su draudimu skleisti informaciją, kuri galėtų daryti neigiamą įtaką visuomenės sveikatai. Tokiu atveju derėtų atkreipti dėmesį, kad teisė į sveikatos apsaugą bus pastatoma prieš asmens laisvę reikšti įsitikinimus, gauti ir skleisti informaciją. Lietuvos Respublikos Konstitucijos 25 straipsnio 3 dalyje nustatyta, kad laisvė reikšti įsitikinimus, gauti ir skleisti informaciją negali būti ribojama kitaip, kaip tik įstatymu, jei tai būtina apsaugoti žmogaus sveikatai, garbei ir orumui, privačiam gyvenimui, dorovei ar ginti konstitucinei santvarkai. Kaip teigia Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas „Konstitucijoje yra įtvirtinta informacijos laisvė, kuri neatsiejama nuo žmogaus įsitikinimų ir jų raiškos laisvės, yra jos sąlyga. Ji yra žmogaus prigimtinė laisvė. <...> Konstitucija apibrėžia informacijos laisvės įgyvendinimo ribas. <...> Be to, Konstitucija numato galimybę informacijos laisvę riboti, jei tai būtina apsaugoti žmogaus sveikatai, garbei ir orumui, privačiam gyvenimui, dorovei ar ginti konstitucinei santvarkai“³⁵¹. Atitinkamai Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas vaistų reklamos bylos sprendime konstatavo, kad „pagal Konstitucijos 25 straipsnio 3 dalį informacijos laisvė gali būti įstatymu ribojama, jei tai būtina apsaugoti žmogaus sveikatai. Taigi, minėtu pagrindu gali būti ribojama ir reklamos laisvė. <...> Siekiant apsaugoti žmonių sveikatą – konstitucinę vertybę, gali būti įstatymu tam tikru mastu ribojama ir informacijos laisvė (kaip minėta, apimanti *inter alia* reklamos laisvę). Tačiau toks šios konstitucinės laisvės ribojimas turi būti būtinas demokratinėje visuomenėje, o pasirinktos priemonės turi būti proporcingos siekiamam tikslui. Pabrėžtina, jog įstatymų leidėjas, reklamos (kartu ir informacijos) laisvę įstatymu ribodamas tam, kad būtų apsaugota žmogaus sveikata, turi nustatyti tokį teisinį reguliavimą, kad būtų išlaikyta protinga pusiausvyra tarp Konstitucijoje valstybei nustatyto įpareigojimo rūpintis žmonių sveikata ir žmogaus konstitucinės teisės ieškoti informacijos, ją gauti bei skleisti. Informacija, taip pat ir reklaminio turinio, negali būti ribojama vien dėl to, kad, įstatymų leidėjo nuomone, ji žmonėms nėra naudinga, nors ir nėra jiems žalinga. <...> Todėl valstybė,

³⁵⁰ Skatinančios visuomenę pasirinkti sveikatai palankų elgesį.

³⁵¹ Konstitucinio Teismo 2006 m. gruodžio 21 d. nutarimas Nr. „Dėl Lietuvos Respublikos Lietuvos nacionalinio radijo ir televizijos įstatymo 5 straipsnio (2000 m. birželio 29 d. redakcija) 5 dalies, 6 straipsnio 1, 3, 4 dalių (2000 m. birželio 29 d. redakcija), 10 straipsnio (2000 m. birželio 29 d. redakcija) 1 dalies, 15 straipsnio (2000 m. birželio 29 d. redakcija) 1, 2 dalių, Lietuvos Respublikos visuomenės informavimo įstatymo 31 straipsnio (2000 m. rugpjūčio 29 d. redakcija) 4 dalies atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 141-5430.

įstatymais reguliuodama ūkinę veiklą ir paisydama Konstitucijos, gali nustatyti specifinius ūkinės veiklos, *inter alia* susijusios su žmonių sveikatos apsauga, įskaitant ir vaistų reklamos, taip pat kitos informacijos apie vaistus, kurios skleidimas gali sudaryti prielaidas pakenkti žmonių sveikatai, ribojimus³⁵². Taigi, Teismas išskyrė du informacijos laisvės ribojimo kriterijus – būtinumo demokratinėje visuomenėje ir priemonių proporcingumo siekiamam tikslui, tuo pačiu pabrėždamas, kad minėtas reguliavimas gali būti vykdomas tik įstatyminiu lygiu.

Šiuo atveju paminėtina ir Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija³⁵³, kurios 10 straipsnyje nustatyta teisė kiekvienam „laisvai reikšti savo mintis ir įsitikinimus. Tai teisė laisvai laikytis savo nuomonės, gauti bei skleisti informaciją ir idėjas, valdžios pareigūnų netrukdomam ir nepaisant valstybės sienų“. Atkreiptinas dėmesys į tai, kad pagal minėto straipsnio 2 dalį „naudojimasis šiomis laisvėmis, kadangi tai susiję su pareigomis bei atsakomybe, gali būti sąlygojamas tokių formalumų, sąlygų, apribojimų ar bausmių, kurias numato įstatymas ir kurios demokratinėje visuomenėje būtinos <...> žmonių sveikatai bei moralei, taip pat kitų asmenų orumui ar teisėms apsaugoti, užkirsti kelią konfidencialios informacijos atskleidimui ar teisminės valdžios autoritetui ir nešališkumui garantuoti.“ Kaip pavyzdys paminėtinas atvejis, kai Šveicarijos asociacijai „Prieš gyvūnų gamyklas“ buvo uždrausta rodyti reklamą (ji net nebuvo pradėta transliuoti), skatinančią valgyti mažiau mėsos dėl savo sveikatos ir gyvūnų bei aplinkos apsaugos, rodančią, kokiomis sąlygomis fermose auga minėti gyvūnai. Kaip atkreipė dėmesį Europos Žmogaus Teisių Teismas³⁵⁴, vertinimas, jog reklamos transliavimas bus nemalonus, visų pirma vartotojams ar mėsos prekybininkams ir gamintojams, negali pateisinti tęstinio draudimo. Teismas priminė, kad pagal konvenciją žodžio laisvė taikoma ne tik informacijai ar idėjoms, kurios yra palankiai priimanamos ar laikomos neįžeidžiančiomis ar abejingomis, tačiau ir toms, kurios erzina (angl. *offend*), šokiruoja ar trikdo. Tokie, pasak Teismo, yra pliuralizmo, tolerancijos ir plataus požiūrio (angl. *broadmindedness*) poreikiai, be kurių nėra demokratinės visuomenės. Tokiu atveju minėtus Šveicarijos veiksmus teismas pripažino kaip pažeidusius konvencijos 10 straipsnio nuostatas.

Kita teisiniu požiūriu su informacijos laisvės ribojimo visuomenės sveikatos srityje susijusi byla yra *Hertel* byla³⁵⁵. Šioje Europos Žmogaus Teisių Teisme svarstytoje byloje buvo nagrinėjamas faktas, kad Šveicarijos kompetentingos institucijos patraukė atsakomybėn mokslininkus, kurie 1986 metais moksliniame leidinyje paskelbė tyrimų duomenis ir pateikė išvadą, kad mikrobangų krosnelėje paruoštas maistas yra pavojingas žmonių sveikatai. Teismas šioje byloje išaiškino konvencijos 10 straipsnio 2 dalyje vartojamo termino „įstatymas“ prasmę ir kad pastarasis turi būti suformuluotas pakankamai tiksliai, kad piliečiai galėtų atitinkamai elgtis: jis turi galėti – jei reikia, su tinkama konsultacija – numatyti, kokio lygio aplinkybes atitinkančias pasekmes numatomas

³⁵² Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2005 m. rugsėjo 29 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos farmacinės veiklos įstatymo 17 straipsnio (2002 m. birželio 4 d. redakcija) 4 dalies atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 117-4239.

³⁵³ Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija. *Valstybės žinios*, 1995, Nr. 40-987.

³⁵⁴ Kolegijos sprendimas iš esmės: *Case Verein Gegen Tierfabriken Schweiz (VGT) v. Switzerland* (No. 2), no. 32772/02.

³⁵⁵ Kolegijos sprendimas iš esmės: *Case Hertel v. Switzerland*, no. 59/1997/843/1049.

veiksmas gali sukelti. Teismas taip pat atkreipė dėmesį, kad žodžio laisvės pripažinimas yra vienas esminių demokratinės visuomenės pagrindų ir viena iš pagrindinių jos pažangos ir kiekvieno asmens saviraiškos sąlygų. Kaip įtvirtinta konvencijos 10 straipsnyje, šiai laisvei yra taikomos išimtys, kurios vis dėlto turi būti aiškinamos siaurai, ir bet kokių apribojimų būtinumas turi būti įtikinamai įrodytas.

Lietuvos Respublikos visuomenės informavimo įstatymo 3 straipsnio 4 dalyje nustatyta, kad naudojimasis informacijos laisve gali būti saistomas tokių reikalavimų, sąlygų, apribojimų ar bausmių, kuriuos nustato įstatymai ir kurie demokratinėje visuomenėje būtini apsaugoti žmonių sveikatą bei dorovę, taip pat jų privatų gyvenimą, orumą ir kitas teises. Atitinkamai 39 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad reklamoje, komerciniuose garso ir vaizdo pranešimuose draudžiama skelbti informaciją, kurioje skatinamas sveikatai ar saugai pavojingas elgesys, taip pat aplinkos apsaugai ypač žalingas elgesys.

Taigi, kaip ir buvo minėta, yra sveikatos informavimo „pasyvioji pusė“, susijusi su draudimu skleisti informaciją, kuri galėtų daryti neigiamą įtaką bendrai visuomenės sveikatai, ir ji, manytina, pirmiausia apima neigiamą įtaką asmens sveikatai darančių produktų (kaip alkoholis, tabakas) reklamą. Taip pat šiuo atveju derėtų kalbėti ir apie kitus draudimus, pavyzdžiui, sveikatą žalojančios arba rizikingos elgsenos (tokios, kaip rūkymas, alkoholio vartojimas, neracionali mityba arba polinkis rizikuoti, pavyzdžiui, neatsargus vairavimas), propagavimą ar vykdyti psichologinį ar panašų gydymą per televiziją. Manytina, kad šiuo atveju vertėtų paminėti ir pastaruoju metu tiek nacionalinėje spaudoje³⁵⁶, tiek ir tarptautinėje³⁵⁷ kilusį ažiotažą dėl neva neigiamo vakcinų poveikio žmonėms, ypač vaikams. Informacijos sklaidėjų teigimu, vakcinos sukelia autizmą, vėžį, neurologinius pakenkimus, alergijas ir kt. Minėta informacija nepatvirtinama faktais, moksliniais įrodymais, tačiau daro didelę žalą skiepijimo nuo užkrečiamųjų ligų politikai, kurią vykdo valstybė, ji atgraso žmones skiepytis, dėl ko iškyla realus pavojus asmens ir visuomenės sveikatai: asmuo įgyja riziką susirgti užkrečiamąja liga, valdoma vakcinomis, o visuomenei kyla grėsmė dėl užkrečiamųjų ligų protrūkių ir epidemijų. Be to, kyla rizika, kad tos ligos, kurios buvo suvaldytos ar net pašalintos dėl skiepijimo, sukels didelę grėsmę visuomenei³⁵⁸.

Tabako gaminių reklamą ir visuomeninius santykius šioje srityje reguliuoja ne tik bendrosios Visuomenės informavimo įstatymo nuostatos, bet ir specialusis Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymas³⁵⁹, kurio 17 straipsnyje nustatoma, kad Lietuvos Respublikoje tabako gaminių reklama, išskyrus šio straipsnio 2 dalyje nustatytus atvejus, taip pat paslėpta tabako gaminių reklama draudžiama. Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas pažymėjo, kad „panašus tabako gaminių reklamos apibrėžimas yra pateikiamas ir Lietuvos Respublikos Seimo 2004 m. rugsėjo 28 d. įstatymu Nr. IX-2460

³⁵⁶ Paskutinė laida: TV3 „Paskutinė instancija“ 2011-01-06. Prieiga per internetą: <www.tv3.lt>.

³⁵⁷ CNN: Evening Buzz: Autism & Vaccines, Rising Uproar [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-02-01]. <<http://ac360.blogs.cnn.com/2011/01/06/evening-buzz-autism-vaccines-rising-uproar/>>.

³⁵⁸ Plačiau apie tai: CNN: Retracted autism study an ‘elaborate fraud,’ British journal finds [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-02-01]. < <http://edition.cnn.com/2011/HEALTH/01/05/autism.vaccines/index.html?hpt=T1&iref=BN1>>.

³⁵⁹ Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 11-281; 2003, Nr. 117-5317.

ratifikuotos Pasaulio sveikatos organizacijos Tabako kontrolės pagrindų konvencijos³⁶⁰ 1 straipsnio c punkte, kurioje tabako reklamos ir pardavimo skatinimo sąvoka yra apibrėžiama, kaip bet kokios formos komercinis pranešimas, rekomendacija ar veiksmas, kurio tikslas, poveikis ar galimas poveikis – tiesiogiai ar netiesiogiai skatinti tabako gaminių pardavimą arba tabako vartojimą³⁶¹. Be kita ko, Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas 2010 m. birželio 7 d. nutartyje³⁶² konstatavo, kad tabako gaminių reklamos sąvoka yra siejama ne su atitinkamos informacijos skleidėjo subjektyviais tikslais, bet su informacijos sklaidos poveikiu visuomenės nariams, t. y. su nustatymu, jog skleidžiama informacija tiesiogiai ar netiesiogiai skatinama įsigyti ir (ar) vartoti tabako gaminius.

Panašiai kaip ir tabako reklamos draudimo atveju visuomenės sveikatos apsaugos tikslais yra ribojama ir alkoholio reklama. Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymo³⁶³ 28 straipsnyje nustatomas alkoholinių gėrimų pardavimo skatinimo ribojimas, kur išskiriami draudžiami parduoti Lietuvos Respublikoje ar užsienio šalyse išspausdintus specializuotus reklaminius leidinius, skirtus alkoholinių gėrimų pardavimui skatinti. Minėto įstatymo 29 straipsnyje nustatomi alkoholio reklamos ribojimo teisiniai pagrindai, reglamentuojant, kad Lietuvos Respublikoje draudžiama visų formų alkoholio reklama: skirta vaikams ir paaugliams iki 18 metų, kurioje dalyvauja sportininkai, gydytojai, politikai, meno ir mokslo žymybės, kiti garsūs visuomenės veikėjai, naudojamas jų asmuo, vardas, atvaizdas ir pan., siejanti alkoholio vartojimą su fizinės būklės pagerėjimu, siejanti alkoholio vartojimą su psichinės veiklos pagerėjimu, asmeninių problemų sprendimu ir pan. Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas yra konstatavęs, kad „įstatymų leidėjas, siekdamas apginti šią konstitucinę vertybę – žmonių sveikatą, turi teisę riboti alkoholio reklamą. Minėta, kad pagal Konstituciją riboti žmogaus teises ir laisves, taigi ir teisę gauti ir skleisti informaciją, galima, jeigu yra laikomasi šių sąlygų: tai daroma įstatymu; ribojimai yra būtini demokratinėje visuomenėje siekiant apsaugoti kitų asmenų teises bei laisves ir Konstitucijoje įtvirtintas vertybes, taip pat konstituciškai svarbius tikslus; ribojimais nėra paneigiama teisių ir laisvių prigimtis bei jų esmė; yra laikomasi konstitucinio proporcingumo principo“³⁶⁴. Lietuvos vyriausiasis

³⁶⁰ Pasaulio sveikatos organizacijos Tabako kontrolės pagrindų konvencija [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-02-01]. <koalicija.org/serveris/failai/konvencija.doc>.

³⁶¹ Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo teisėjų kolegijos 2010 m. liepos 23 d. nutartis administracinėje byloje UAB „Kristiana“ v. Valstybinė tabako ir alkoholio kontrolės tarnyba prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės (bylos Nr. Nr. AS-143-459/2010).

³⁶² Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo teisėjų kolegijos 2010 m. birželio 7 d. nutartis administracinėje byloje UAB „Kristiana“ v. Valstybinė tabako ir alkoholio kontrolės tarnyba prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės (bylos Nr. Nr. A525–108/2010).

³⁶³ Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymas. *Valstybės žinios*. 1995, Nr. 44-1073; 2004, Nr. 47-1548.

³⁶⁴ Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2004 m. sausio 26 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymo 1 straipsnio 4 dalies (1997 m. liepos 2 d. redakcija), 2 straipsnio 1 dalies (1995 m. balandžio 18 d. redakcija), 3 straipsnio 1 dalies 2 punkto (1995 m. balandžio 18 d. redakcija), 4 straipsnio 2 dalies (1998 m. gruodžio 10 d. redakcija), 13 straipsnio (2000 m. liepos 18 d. redakcija), 30 straipsnio 1 dalies (1997 m. liepos 2 d. redakcija) bei 44 straipsnio 4 dalies (2002 m. birželio 20 d. redakcija) ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. sausio 22 d. nutarimu Nr. 67 „Dėl Alkoholio produktų gamybos licencijavimo taisyklių patvirtinimo“ patvirtintų Alkoholio produktų gamybos licencijavimo taisyklių 7 bei 9 punktų (2001 m. sausio 22 d. redakcija) atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 15-465.

administracinis teismas, aiškindamas minėto Alkoholio kontrolės įstatymo straipsnio nuostatas, atkreipė dėmesį, kad „aukščiau aptarta alkoholio reklamos sąvoka kartu su Alkoholio kontrolės įstatymo 29 straipsnio 1 dalyje nustatytu absoliučiu draudimu leidžia daryti išvadą, kad tokiu būdu pateikti alkoholio reklamos sąvoka ir draudimas yra siejami tik su alkoholio produkcijos vartotojams adresuota (draudžiama) informacija ir šios informacijos prieinamumu šios produkcijos vartotojams. Tai reiškia, kad asmenys, nuo kurių valios priklauso vartotojų galimybė prieinamai gauti draudžiamą informaciją apie alkoholį (alkoholio reklamą), yra nurodyto draudimo veikimo, o tuo pačiu ir numatyto už šio draudimo nuostatų pažeidimą atsakomybės tinkami subjektai“³⁶⁵.

Tuo pačiu atkreiptinas dėmesys, kad alkoholio reklamos ribojimas nesudaro kliūčių Europos Sąjungos įtvirtintam laisvam prekių judėjimui. Kaip byloje *Konsumentombudsmannen (KO) v Gourmet International Products AB (GIP)* pasisakė Teisingumo Teismas, „sutarties 30 ir 36 straipsniai (po pakeitimo, EB 28 ir EB 30 straipsniai) ir EB 56 ir 59 straipsniai (po pakeitimo, EB 46 ir EB 49 straipsnis) neužkerta kelio alkoholinių gėrimų reklamos draudimui <...>, išskyrus atvejus, kai akivaizdu, pagal teises ir faktines aplinkybes, kurios apibūdina situaciją Šalyje narėje, visuomenės sveikatos apsauga nuo žalingo alkoholio poveikio gali būti užtikrinta priemonėmis, kurių poveikis mažesnis Bendrijos vidaus prekybai“³⁶⁶.

Svarbūs akcentai kalbant apie kitos (nesusijusios su alkoholiu ar tabaku) informacijos sklaidos ribojimą visuomenės sveikatos aspektu minimi Generalinio advokato išvadoje³⁶⁷ byloje *Doulamis*, kur pastarasis teigia, kad „draudimas dantų priežiūros paslaugas teikiantiems asmenims jas reklamuoti visuomenei, mano nuomone, yra įsisteigimo laisvės ir laisvės teikti paslaugas apribojimas. Vis dėlto nurodysiu, kad toks draudimas gali būti pateisinimas visuomenės sveikatos apsauga, kiek, mano nuomone, jis yra proporcingas šio tikslo atžvilgiu. <...> I. Doulamis verčiasi veikla Belgijoje, kur jis yra įsisteigęs, ir šioje valstybėje narėje jam iškelta byla dėl to, kad jis paskelbė reklaminius skelbimus nacionalinėje telefonų knygoje. <...> Manau, kad visuomenės sveikatos apsauga gali pateisinti bet kokios formos patrauklios ar skatinančios informacijos visuomenei draudimą dėl tokių motyvų. Pirmiausia, sveikatos priežiūros paslaugos nėra tokios pačios kaip kitos paslaugos. Jos daro poveikį paslaugos gavėjo fiziniam vientisumui ir psichikos pusiausvyrai. Be to, pacientas, kuris jomis naudojasi, turi tikrą poreikį, susijusį su jo sveikatos atkūrimu arba prirėkus gyvybės apsauga. Atsižvelgiant į šio poreikio svarbą, pacientas, nusprenddamas, ar naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis, neturi tokios pačios diskrecijos kaip kitų paslaugų atžvilgiu. Kai pacientas naudojasi sveikatos priežiūros paslaugomis, jis ne tenkina norą, o atsižvelgia į būtinybę. Antra, <...> paslaugas teikiančio asmens kompetencija jo veiklos sektoriuje yra daug aukštesnė nei paslaugos gavėjo, todėl pastarasis negali realiai įvertinti paslaugos, kurią jis perka, kokybės. <...> Taigi aš manau, kad visuomenės sveikatos apsauga gali tinka-

³⁶⁵ Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo teisėjų kolegijos 2010 m. gegužės mėn. 31 d. nutartis administracinėje byloje AB „Alita“ v. Valstybinė tabako ir alkoholio kontrolės tarnyba prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės (bylos Nr. A-444-663/2010).

³⁶⁶ Case C-405/98, *Konsumentombudsmannen (KO) v Gourmet International Products AB (GIP)* [2001] ECR I-01795.

³⁶⁷ Generalinio Advokato Yves Bot išvada, pateikta 2007 m. lapkričio 22 d. Europos Teisingumo Teismo byla Nr. C-446/05 „Procureur du Roi v. Ioannis Doulamis“.

mai pateisinti draudimą dantų priežiūros paslaugas teikiantiems asmenims bet kuriuo būdu reklamuoti visuomenei siekiant skatinti pirkti jų paslaugas.“ Šiuo atveju Teisingumo Teismas priėmė sprendimą, kuriuos nustatė, kad „EB 81 straipsnis, skaitomas kartu su EB 3 straipsnio 1 dalies g punktu ir 10 straipsnio antrąja pastraipa, nedraudžia tokio nacionalinio įstatymo, koks yra 1958 m. balandžio 15 d. Įstatymas dėl reklamos dantų priežiūros srityje, kuris draudžia bet kam – laisvai samdomiems arba odontologijos kabinete dantų priežiūros paslaugas teikiantiems asmenims – bet kuriuo būdu jas reklamuoti“³⁶⁸.

Todėl kalbant apie teisinį reguliavimą, kaip buvo minėta, įstatyminiu lygiu (šiuo atveju reguliuoti tiktų Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas derinant jo nuostatas su Visuomenės informavimo įstatymu), turėtų būti nustatytas draudimas apskritai propaguoti nesveiką gyvenimo būdą, skelbti informaciją, kurios poveikis gyventojų sveikatai būtų neigiamas, kas, manytina, turėtų būti tikslingai apibrėžta įstatyme ir už tai nustatytos atitinkamos sankcijos, atitinkamai derinant būsimo teisinio reguliavimo nuostatas su Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo, Europos Žmogaus Teisių Teismo jurisprudencijoje išskirtais informacijos laisvės ribojimo kriterijais. Manytina, tokios priemonės įgyvendinant teisę į sveikatos apsaugą yra būtinos, siekiant apsaugoti visuomenės sveikatą nuo informacijos, kuri gali turėti neigiamos įtakos asmens elgesiui, lemiančiam žalą sveikatai.

Visuomenės sveikatos mokymas (ir ugdymas). Šių dviejų visuomenės sveikatos stiprinimo priemonių teisinio reglamentavimo analizę derėtų atlikti drauge, kadangi jos tarpusavyje yra labai glaudžiai susijusios. Dar kartą atkreiptinas dėmesys, kad gyventojų pastangos ugdyti sveikatą Sveikatos sistemos įstatymo preambulėje nurodytos kaip sveikatos potencialą ir jo palaikymo sąlygas lemianti garantija, o Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 4 straipsnyje tarp visuomenės gebėjimų gerinti savo sveikatą gyventojų sveikatos ugdymas išskiriamas kaip priemonė tai pasiekti.

Kaip buvo minėta, teisinis reguliavimas šioje srityje pasižymi kolizijomis, kaip an-tai, Sveikatos sistemos įstatymo 32 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad visuomenės sveikatos ugdymą sudaro: sveikatos propaganda visuomenės informavimo priemonėse; sveikatos mokymas; asmenų konsultavimas sveikatos saugos ir stiprinimo, tarp jų ir šeimos planavimo klausimais, o Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 33 straipsnyje sveikatos mokymas ir sveikos gyvensenos propagavimas, formavimas ir nuo elgsenos priklausomų visuomenės sveikatos rizikos veiksnių mažinimas išskirta kaip visuomenės sveikatos stiprinimo priemonės. Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 2 straipsnio 6 dalyje visuomenės sveikatos ugdymas yra apibrėžtas kaip valstybės ir savivaldybių bei pilietinės iniciatyvos priemonių, formuojančių sveiką gyvenseną, visuma. Nors, pavyzdžiui, Vyriausybė³⁶⁹ sveikatos ugdymą apibrėžia kaip sveikatos mokymą, sveikatos vertybių ugdymą ir gebėjimą kelti ir spręsti sveikatos problemas. Kaip jau buvo minėta, siūlytina derinti prieštaraujančias viena kitai Visuomenės sveikatos priežiūros ir Sveikatos sistemos įstatymo nuostatas (visuomenės sveikatos ugdymas, pagal Sveikatos sistemos įstatymą, iš esmės yra sutapatintas su visuomenės sveikatos stiprinimu, apibrėžtu

³⁶⁸ Case C-446/05, Tribunal de première instance de Bruxelles v Ioannis Doulami [2008] OL C 116.

³⁶⁹ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. rugpjūčio 27 d. nutarimas Nr. 836 „Dėl Vaikų sveikatos stiprinimo 2008–2012 metų programos patvirtinimo“. *Valstybės Žinios*. 2008, Nr. 104-3979.

Visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme). Derėtų vartoti bendrinį terminą „visuomenės sveikatos stiprinimas“, kaip apimančią visuomenės sveikatos ugdymą, nes jis, manytina, yra visuomenės sveikatos stiprinimo dalis. Tai atsispindi Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo nuostatose, kur stiprinimas apima sveikos gyvensenos formavimą, o ir pats žodis „ugdyti“, atsižvelgiant į Lietuvių kalbos žodyną,³⁷⁰ reiškia „sistemiškai nurodymais, pamokymais ar kitais veiksmais tobulinti, auklėti“.

Visuomenės sveikatos ugdymas yra gana svarbi visuomenės sveikatos priežiūros priemonė, tačiau, kaip paašškės vėliau, dėl neišskirto aiškaus jos turinio, nesureglamentuotos vykdymo tvarkos ir neapibrėžtumo, kas už tai atsakingas, iš esmės ji yra valstybės mastu „pamiršta“, o jei ir vykdoma, tai iš kaip privalomojo sveikatos mokymo dalis, atitinkamai tai sąlygoja, kad neįgyvendinami asmens teisės į sveikatos apsaugą turinys išskirti kokybiniai ir kiekybiniai parametrai.

Kaip matyti iš analizuotų visuomenės sveikatos ugdymą reglamentuojančių įstatymų nuostatų, pastarosios yra gana deklaratyvios, kaip antai, pagal Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 30 straipsnį siekdama skatinti vartotojų informavimą ir ugdymą, kad šie saugiau vartotų produktus, Sveikatos apsaugos ministerija turi parengti vartotojų apsinuodijimų ir nelaimingų atsitikimų informacinę sistemą. Tačiau toks teisės aktas per įstatymo galiojimo laikotarpį parengtas nebuvo. Negana to, 1999 m. „siekdamas gerinti visuomenės sveikatos ugdymą bei gyventojų informuotumą sveikatos klausimais“³⁷¹ sveikatos apsaugos ministras pertvarkė Visuomenės sveikatos ugdymo centrą, kurio jau 2006 metais neliko. Tai parodo, kad nors *de jure* galiojantys, tačiau *de facto* neveikiantys yra tokie sveikatos apsaugos ministro įsakymai, kuriais buvo patvirtintos visuomenės sveikatos ugdymo veiklos kryptys 1999–2002 metams³⁷², sveikatos ugdymo ir mokymo apskaitos formos³⁷³, sveikatos ugdymo ir mokymo statistinės ataskaitos formos³⁷⁴. Visi šie dokumentai realiai praktikoje neveikia, nes neatnaujinti arba dėl to, kad neaišku, kas kontroliuoja jų įgyvendinimą, arba neaišku, kam ataskaitas privalu pildyti ir teikti.

Pastebėtina tai, kad įgyvendindama Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 36 straipsnio nuostatas Vyriausybė yra patvirtinusi Vaikų sveikatos stiprinimo 2008–2012 metų programą, kurią įgyvendina Sveikatos apsaugos ir Švietimo ir mokslo ministerija bei savivaldybės.

Valstybė, siekdama tinkamai įgyvendinti teisę į sveikatos apsaugą ir mokyti asmenis sveiko gyvenimo būdo, higienos įgūdžių ir pan., vadovaudamasi Sveikatos sistemos įstatymo 32 straipsnio 3 dalimi, nustatė, kad sveikatos mokymą sudaro savanoriškojo, privalomojo sveikatos mokymo ir kūno kultūros priemonių visuma. Taigi, sveikatos mokymas iš esmės gali būti dviejų rūšių: privalomasis ir savanoriškasis. Ir nors sava-

³⁷⁰ Lietuvių kalbos žodynas [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-02-03]. <www.lkz.lt/>.

³⁷¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1999 m. balandžio 20 d. įsakymas Nr. 184 „Dėl visuomenės sveikatos ugdymo ir informavimo gerinimo“. *Valstybės Žinios*. 1999, Nr. 37-1144.

³⁷² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1999 m. rugpjūčio 13 d. įsakymas Nr. 377 „Dėl visuomenės sveikatos ugdymo veiklos kryptių 1999 – 2002 metams patvirtinimo“. *Valstybės Žinios*. 1999, Nr. 70-2211.

³⁷³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997 m. gruodžio 24 d. įsakymas Nr. 707 „Dėl sveikatos ugdymo ir mokymo apskaitos formos tvirtinimo“. *Valstybės Žinios*. 1998, Nr. 3-67.

³⁷⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. vasario 11 d. įsakymas Nr. 377 „Dėl sveikatos ugdymo ir mokymo statistinės ataskaitos formos patvirtinimo“. *Valstybės Žinios*. 2005, Nr. 24-775.

noriškasis sveikatos mokymas yra apibrėžiamas kaip „visuomenės sveikatos priežiūros rūšis, kurios paskirtis – stiprinti gyventojų sveikatą, padėti kurti sveiką aplinką, skatinti žmones gyventi sveikai ir stiprinti sveikos gyvensenos motyvus“³⁷⁵, manytina, kad šis apibrėžimas iš esmės yra tinkamas bendrai sveikatos mokymo turiniui nusakyti. Privalomasis sveikatos mokymas susijęs su valstybės siekiais, kad asmenys, ypač tam tikrų profesijų, įgytų privalomųjų žinių apie sveikatą, t. y. nustato asmenims privalomai minėtas žinias įgyti. Privalomojo sveikatos mokymo turinys aiškėja iš Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 34 straipsnio, kuriame nustatoma, kad:

- valstybės tarnautojai privalo turėti žinių apie visuomenės sveikatos politikos ir strategijų formavimą bei įgyvendinimą. Valstybės tarnautojų, kurie privalo įgyti žinių apie visuomenės sveikatos politikos bei strategijų formavimą ir įgyvendinimą, grupių, kategorijų, jų mokymo programoje ir tvarkoje³⁷⁶ nustatyta, kad šio mokymo tikslas – supažindinti valstybės tarnautojus su visuomenės sveikatos politikos bei strategijų formavimo ir įgyvendinimo principais gyventojų sveikatai gerinti. Minėtoje tvarkoje nustatyta, kad tokie mokymai privalomi įstaigų, pagal nuostatus vykdančių visuomenės sveikatos politikos bei strategijų formavimo ir įgyvendinimo viešojo administravimo funkcijas, vadovams ir kitiems administracijos atstovams bei minėtų įstaigų 10–20 kategorijos karjeros valstybės tarnautojams, pagal pareigybės aprašymą vykdantiems funkcijas, susijusias su visuomenės sveikatos politikos bei strategijų formavimu ir įgyvendinimu. Į šio teisės akto nustatytą sąrašą patenka nemažai valstybės institucijų, tokių kaip pati Sveikatos apsaugos ministerija ir jai pavaldžios viešojo administravimo įstaigos (iš viso 14 institucijų), Valstybinė maisto ir veterinarijos tarnyba, Valstybinė alkoholio ir tabako kontrolės tarnyba, Valstybinė darbo inspekcija ir t. t. Negana to, minėtos tvarkos 4 punkte nustatyta, kad 18–20 kategorijos valstybės tarnautojų mokymo programas sudaro ir pagal jas šių kategorijų tarnautojus moko Lietuvos viešojo administravimo institutas. Šiuo atveju minėta nuostata ir *de jure*, ir *de facto* yra neįgyvendinama, kadangi, visų pirma, minėtos nuostatos prieštarauja Lietuvos Respublikos viešųjų pirkimų įstatymo³⁷⁷ nuostatoms, pagal kurias valstybės institucijos, norėdamos įsigyti paslaugas, privalo tai daryti pagal šio įstatymo nuostatas skelbdamos konkursus (dėl ko turės teisę dalyvauti ir kitos kvalifikacijos tobulinimo įstaigos), antra, Lietuvos viešojo administravimo institutas nėra parengęs ir nevykdo tokių mokymų³⁷⁸. Todėl šios įstatymo nuostatos, manytina, turėtų būti pripažintos netekusiomis galios, juolab, kad jos iš esmės dubliuoja antrąją mokytinų asmenų grupę;

³⁷⁵ Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2003 m. sausio 10 d. įsakymas Nr. 3 „Dėl Savanoriškojo visuomenės sveikatos mokymo turinio ir jo organizavimo tvarkos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 9-325.

³⁷⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. gegužės 26 d. įsakymas Nr. V-300 „Dėl Valstybės tarnautojų, kurie privalo įgyti žinių apie visuomenės sveikatos politikos bei strategijų formavimą ir įgyvendinimą, grupių, kategorijų, jų mokymo programų ir tvarkos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 54-2409.

³⁷⁷ Lietuvos Respublikos viešųjų pirkimų įstatymas. *Valstybės žinios*, 1996, Nr. 84-2000; 1999, Nr. 56-1809; 2002, Nr. 118-5296; 2006, Nr. 4-102.

³⁷⁸ Lietuvos viešojo administravimo institutas. Mokymo programų ir modulių sąrašas [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-02-02]. <www.livadis.lt>.

- asmenys, kurie dirba pagal profesijas, įrašytas į Vyriausybės ar jos įgaliotos institucijos patvirtintą sąrašą, privalo įgyti žinių sveikatos klausimais pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytus reikalavimus. Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 34 straipsnio 5 dalyje nustatyta, kad jeigu darbuotojas, išskyrus valstybės viešojo administravimo tarnautojus, atsisako išklaudyti privalomojo sveikatos mokymo kursą, darbdavys jį nušalina nuo darbo arba, esant galimybei, toje pačioje darbovietėje perkelia į kitą darbą, kuriam nereikia privalomojo sveikatos mokymo žinių. Šiuo metu sveikatos apsaugos ministras yra patvirtinęs Privalomojo pirmosios pagalbos mokymo programą³⁷⁹, kurioje nustatyta, kad ją privalo išklaudyti ir, pavyzdžiui, teisėjai, prokurorai, antstoliai, ikiteisminio tyrimo pareigūnai ir pan. Tuo pačiu įsakymu yra patvirtintos ir Privalomojo higienos įgūdžių mokymo programa bei Privalomojo mokymo apie alkoholio ir narkotikų žalą žmogaus sveikatai mokymo programa. Tačiau lieka neaišku, ar minėtas privalomasis higienos įgūdžių mokymas yra tas pats kaip Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 34 straipsnyje nustatytas privalomasis mokymas sveikatos žinių klausimais, ar ne.

Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo nuostatos, ypač susijusios su valstybės tarnautojų sveikatos mokymu, tam tikrų darbuotojų privalomuoju sveikatos mokymu, yra deklaratyvios dar ir dėl to, kad nėra nustatyta jų įgyvendinimo kontrolės tvarka. Pavyzdžiui, nors švietimo įstaigų darbuotojams yra nustatyta pareiga būti išklausiems higienos įgūdžių ir pirmosios medicinos pagalbos teikimo mokymo kursus, per 2009 metus atlikus šių įstaigų kontrolę nustatyti net 108 minėtų nuostatų pažeidimo atvejai³⁸⁰, todėl manytina, kad nekontroliuojamuose objektuose tokių pažeidimų skaičius turėtų būti ženkliai didesnis.

Diskutuotina Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 34 straipsnio 3 dalies nuostata, pagal kurią valstybės ir savivaldybių institucijos visuomenės sveikatos stiprinimo mokymą įtraukia į sveikatos priežiūros specialistų, socialinių darbuotojų, pedagogų, vaikų ugdymo bei kūno kultūros specialistų rengimo, kvalifikacijos kėlimo ir perkvalifikavimo programas. Ar tai taip pat traktuotina kaip privalomasis sveikatos mokymas? Jei taip, klausimas, kaip valstybės institucijos gali įtraukti, pavyzdžiui, sveikatos stiprinimo mokymą į pedagogų kvalifikacijos tobulinimą; ar švietimo ir mokslo ministras patvirtindamas Profesijos mokytojų kvalifikacijos tobulinimo nuostatus³⁸¹ ir nustatydamas pareigas kvalifikacijos tobulinimo įstaigoms bei patvirtindamas Prioritetines valstybinių ir savivaldybių mokyklų vadovų, jų pavaduotojų ugdymui, ugdymą organizuojančių skyrių vedėjų, mokytojų, profesijos mokytojų, pagalbos mokiniui specialistų kvalifikacijos tobulinimo

³⁷⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 28 d. įsakymas Nr. V-69 „Dėl Privalomojo pirmosios pagalbos mokymo programos, Privalomojo higienos įgūdžių mokymo programos ir Privalomojo mokymo apie alkoholio ir narkotikų žalą žmogaus sveikatai mokymo programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 14-490.

³⁸⁰ Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos Metinis leidinys 2009 [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-11-24]. <www.vvvspt.lt>.

³⁸¹ Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2007 m. balandžio 3 d. įsakymas Nr. ISAK-591 „Dėl Profesijos mokytojų kvalifikacijos tobulinimo nuostatų“. *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 40-1523.

kryptis 2008–2010 metams³⁸² ir neįtraukdamas sveikatos stiprinimo mokymo neįgyvendino minėto įstatymo nuostatų? Formaliai vertinant analizuotas nuostatas konstatuotina, kad minėti teisės aktų reikalavimai buvo neįgyvendinti.

Privalomasis sveikatos mokymas numatytas ne tik minėtose Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo nuostatose, bet ir, pavyzdžiui, Lietuvos Respublikos administracinių teisės pažeidimų kodekso³⁸³ 330 straipsnio 3 dalyje, kur nustatyta, kad jeigu specialioji teisė buvo atimta už tai, kad asmuo padarė teisės pažeidimą būdamas neblaivus arba apsvaigęs nuo narkotikų, vaistų ar kitų svaigiųjų medžiagų, pasibaigus paskirtajam specialiosios teisės atėmimo terminui, iš asmens paimti dokumentai gražinami tik po medicininės ir švietėjiškos atestacijos. Vyriausybė yra patvirtinusi Paskaitų kurso apie alkoholio ir narkotikų žalą žmogaus sveikatai taisykles³⁸⁴, pagal kurias paskaitų kursą apie alkoholio ir narkotikų žalą žmogaus sveikatai privalo išklausti asmenys, iš kurių pagal Lietuvos Respublikos įstatymus teisė vairuoti transporto priemonę, teisė medžioti arba žvejoti, ir pan. atimta dėl teisės pažeidimo padarymo esant neblaiviam arba apsvaigusiam nuo narkotikų, vaistų ar kitų svaigiųjų medžiagų, o minėtų kursų tikslas yra suteikti klausytojams žinių apie alkoholio ir narkotikų žalą žmogaus sveikatai, jų vartojimo neigiamą poveikį gebėjimui vairuoti, eismo saugumui keliuose, nelaimingus atsitikimus oreivystėje, laivyboje, medžioklėje ir žvejyboje, susijusius su alkoholio ir narkotikų vartojimu.

Kita visuomenės sveikatos mokymo rūšis yra savanoriškasis visuomenės sveikatos mokymas. Kaip nustatyta Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 34 straipsnio 2 dalyje, valstybės ir savivaldybių visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos organizuoja savivaldybių bendruomenių narių, suinteresuotų visuomeninių organizacijų narių mokymą, kaip spręsti visuomenės sveikatos problemas. Manytina, kad ši valstybės funkcija iš esmės yra deklaratyvi. Kaip buvo minėta, savanoriškasis sveikatos mokymas yra reglamentuotas Savanoriškojo visuomenės sveikatos mokymo turinio ir jo organizavimo tvarkoje ir yra apibrėžiamas kaip visuomenės sveikatos priežiūros rūšis, kurios paskirtis – stiprinti gyventojų sveikatą, padėti kurti sveiką aplinką, skatinti žmones gyventi sveikai ir stiprinti sveikos gyvensenos motyvus. Minėtoje tvarkoje nustatyta, kad pagrindinės savanoriškojo visuomenės sveikatos mokymo formos yra žinių apie visuomenės sveikatą teikimas skaitant paskaitas, vykdant savanoriškojo visuomenės sveikatos mokymo programas, kurios turi būti nustatyta tvarka suderintos su Valstybine visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba ir užregistruotos. Tačiau nuo 2007 m. iki 2010 m. pabaigos nė viena minėta programa su Valstybine visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba nebuvo derinta. Atsižvelgiant į tai, manytina, tikslinga tobulinti teisinį reguliavimą, įstatyme numatyti savanoriškojo visuomenės sveikatos mokymo tikslus ir apibrėžti turinį, kaip siekiamybę, atsisakant nuostatų, susijusių su privalomu derinimu ir pan.

³⁸² Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2008 m. vasario 12 d. įsakymas Nr. ISAK-398 „Dėl Prioritetinių valstybinių ir savivaldybių mokyklų vadovų, jų pavaduotojų ugdymui, ugdymą organizuojančių skyrių vedėjų, mokytojų, profesijos mokytojų, pagalbos mokiniui specialistų kvalifikacijos tobulinimo kryptių 2008–2010 metams patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 21-778.

³⁸³ Lietuvos Respublikos administracinių teisės pažeidimų kodeksas. *Vyriausybės žinios*. 1985, Nr. 1-1.

³⁸⁴ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004 m. sausio 8 d. nutarimas Nr. 20 „Dėl Paskaitų kurso apie alkoholio ir narkotikų žalą žmogaus sveikatai tvarkos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 8-183; 2004, Nr. 133-4814.

biurokratinėmis kliūtimis, bei numatyti skatinimo už tokias iniciatyvas mechanizmą, pavyzdžiui, Sveikatos apsaugos ministerija padengtų dalį tokių programų išlaidų, konkurso būdu išrinktų geriausias ar pan.

Neinfekcinių ligų profilaktika. Kaip buvo minėta šio darbo 1.3 skyriuje, ligų ir traumų profilaktika yra viena iš sveikatos stiprinimo priemonių. Ją sudaro profilaktinių programų tvirtinimas ir profesinių ligų bei nelaimingų atsitikimų profilaktika. Valstybė, siekdama iš anksto apsaugoti asmenis nuo tam tikrų ligų ar sumažinti jų riziką ir taip efektyviai įgyvendinti teisę į sveikatos priežiūrą, turi sukurti tokį teisinį reglamentavimą, kuris užtikrintų minėtų tikslų pasiekimą.

Viena iš ligų profilaktikos priemonių yra nacionaliniu ar vietos (savivaldos) mastu patvirtintos tam tikrų neinfekcinių ligų profilaktikos programos ir jų įgyvendinimas siekiant sumažinti tam tikrų susirgimų skaičių visuomenėje. Įstatymų nuostatose įtvirtintų ligų profilaktikos programų galima surasti nemažai, kaip antai, minėtą Vaikų sveikatos stiprinimo 2008–2012 metų programą, Valstybės traumatizmo profilaktikos programą³⁸⁵, Nacionalinį aplinkos sveikatinimo planą, Alkoholio profilaktikos programą³⁸⁶, Tabako kontrolės programą³⁸⁷ ir kitas. Valstybės mastu yra patvirtinta ir daugiau nacionalinių ligų profilaktikos programų. Lietuvos nacionalinėje visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 metų strategijoje nurodoma per 20 tokio pobūdžio programų, daugelio jų įgyvendinimo laikas jau yra pasibaigęs, kai kurios yra patvirtintos naujai. Toks didelis skaičius, manytina, rodo būtinų spręsti su sveikata susijusių problemų mastą, nors kartu ir kelia rimtų abejonių – ar įmanoma tai daryti efektyviai įgyvendinant tiek daug skirtingo pobūdžio ilgalaikių valstybės programų. Abejones tik patvirtina Valstybės kontrolės 2006 metais atliktas valstybinis visuomenės sveikatos priežiūros stiprinimo auditas, kurio ataskaitoje³⁸⁸ konstatuojama, kad Sveikatos apsaugos ministerija, vykdydama Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros strategijos įgyvendinimo 2002–2004 m. priemonių plane numatytas priemones, dėl užsitęsusių sprendimų priėmimo ir neišspręstų finansavimo klausimų, neužtikrino tinkamo dalies priemonių vykdymo.

Siekiant aptarti darbui reikšmingą teisinį reglamentavimą, susijusį su nagrinėjama valstybės funkcija, ir atskleisti pastarosios praktinį įgyvendinimą bus apžvelgtos dvi programos: Valstybės tabako kontrolės programa ir Nacionalinė aplinkos sveikatinimo veiksmų programa.

Pagal Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 20 straipsnį, ligų profilaktika, kontrolė bei pastarųjų įgyvendinimas numatomas Vyriausybės tvirtinamu Nacionaliniu aplinkos sveikatinimo veiksmų planu (programa). Įgyvendindama šias įstatymo nuostatas Vyriausybė buvo patvirtinusi Nacionalinę aplinkos sveikatinimo veiksmų

³⁸⁵ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2000 m. balandžio 14 d. nutarimas Nr. 423 „Dėl Valstybinės traumatizmo profilaktikos 2008-2010 metų programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2000, Nr. 32-903; 2008, Nr. 58-2174.

³⁸⁶ Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymo 24 straipsnis.

³⁸⁷ Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymo 24 straipsnis.

³⁸⁸ Valstybės kontrolė. 2006 m. gegužės 31 d. Valstybinio audito Nr. VA-2010-6-7 ataskaita visuomenės sveikatos priežiūros stiprinimas [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-02-03]. <www.vkontrolė.lt>.

2003–2006 metų programą³⁸⁹, kurios nuo 2007 metų, deja, nebėra, nors vadovaujantis imperatyviomis įstatymo nuostatomis ji turėtų būti patvirtinta. Manytina, tokia situacija susiklostė dėl to, kad 2007 metais atlikus programos įgyvendinimo įvertinimą buvo „negauta duomenų, rodančių, kad buvo analizuojama ir vykdoma visų Programos priemonių įgyvendinimo eiga, kad vyko koks nors pagrindinių vykdytojų ir kitų dalyvių bei visuomenės bendradarbiavimas. Greičiau matėsi vykdytojų pasyvumas, jų pačių pateisinamas finansavimo stoka. Pateikta informacija, kad Programos įgyvendinimo 2003–2004 metų priemonių realizavimui išleista 7,5 % reikalingų lėšų“³⁹⁰. Taigi, programa nedavė laukiamų rezultatų, kas, tikėtina, nulėmė tai, kad iki šiol nėra parengtas jos tęsinys.

Kitas profilaktinės programos pavyzdys – Valstybės tabako kontrolės programa, kuri tvirtinama ir įgyvendinama vadovaujantis Tabako kontrolės įstatymo 24 straipsnio nuostatomis. Kaip parodė 2006 metais atliktas programos efektyvumo įvertinimas, „1998–2006 m. vykdyta Valstybės tabako kontrolės programa vertintina kaip veiksminga. Tokią išvadą leidžia daryti tai, kad absoliuti dauguma programoje numatytų priemonių įgyvendinama, o statistiniai duomenys patvirtina, kad stabilizavosi ir pradėjo mažėti suaugusiųjų vyrų rūkymo paplitimas bei stabilizavosi vaikų rūkymo paplitimas. Programos veiksmingumą patvirtina ir užfiksuota tabako gaminių vartojimo stabilizacija. Numatytas pagrindinis programos tikslas – mažinti rūkymo paplitimą – įgyvendinamas; nepaisant to, kad programa niekada nebuvo tinkamai finansuota, dauguma numatytų priemonių bei uždavinių įgyvendinama tinkamai“³⁹¹.

Pateikti pavyzdžiai parodo, kad programų įgyvendinimo sėkmė iš esmės priklauso nuo atsakingų valstybės institucijų indėlio, kiek bendra veikla yra koordinuojama ir koks jai skiriamas finansavimas. Atsižvelgiant į tai ir siekiant, kad teisė į sveikatos apsaugą būtų įgyvendinama efektyviai, manytina, reikėtų tobulinti šios srities teisinį reglamentavimą ir Visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme aiškiai nustatyti, kad Vyriausybė turi patvirtinti tam tikram laikotarpiui prioritetinių nacionalinių programų sąrašą su konkrečiais įgaliojimais, atsakingoms valstybės institucijomis, kad būtų skiriamas pakankamas finansavimas (o jo nesant, manytina, geriau ribotus finansinius išteklius paskirstyti kelioms prioritetinėms programoms, o ne visoms skirti po truputį ir taip nepasiekti jokių rezultatų). Manytina, kad taip pat įstatyme reikėtų nustatyti ir pareigą programų vykdytojams viešai atsiskaityti visuomenei už atliktus darbus ir pasiektus tarpinius rezultatus bei už galutinio programoje numatyto tikslo (-ų) pasiekimą. Tada ir programų vykdymas taptų viešesnis, į jų įgyvendinimą būtų įtrauktos suinteresuotos nevyriausybinės organizacijos.

³⁸⁹ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. sausio 21 d. nutarimas Nr. 66 „Dėl Nacionalinės aplinkos sveikatinimo veikslių 2003-2006 metų programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 8-288.

³⁹⁰ Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir Higienos institutas. *Nacionalinė aplinkos sveikatinimo veikslių 2003-2006 metų programos įgyvendinimo įvertinimo ataskaita*. Vilnius: Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos, 2007.

³⁹¹ Kauno medicinos universiteto Profilaktinės medicinos katedra ir Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos. *Valstybės tabako kontrolės veiksmingumo įvertinimas*. Kaunas: Kauno medicinos universiteto Profilaktinės medicinos katedra ir Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos, 2006.

Kita, kaip buvo minėta, ligų profilaktikos kryptis yra profesinių ligų ir nelaimingų atsitikimų darbe profilaktika, kurios tvarką, pagal Sveikatos sistemos įstatymo 34 straipsnio 5 dalį, nustato Darbo kodeksas, Darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymas, kiti įstatymai ir teisės aktai. Lietuvos Respublikos darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymo³⁹² 21 straipsnyje nustatyta, kad privalomi darbuotojų sveikatos patikrinimai atliekami darbuotojams, nurodytiems Darbo kodekso 265 straipsnyje. Darbo kodekso³⁹³ 265 straipsnyje atitinkamai nustatoma, kad „darbuotojai, kurie darbe gali būti veikiami profesinės rizikos veiksnių, privalo pasitikrinti sveikatą prieš įsidarbindami, o dirbdami – tikrintis periodiškai, pagal įmonėje patvirtintą darbuotojų sveikatos pasitikrinimų grafiką. Minėtame straipsnyje taip pat nustatoma, kad siekiant apsaugoti gyventojų sveikatą, turi būti atliekamas maisto pramonės, viešojo maitinimo ir prekybos įmonių, vandentiekio įrenginių, gydymo bei profilaktikos ir vaikų įstaigų, taip pat kai kurių kitų įmonių, įstaigų, organizacijų darbuotojų sveikatos tikrinimas (medicininės apžiūros). Taigi, minėtos Darbo kodekso nuostatos yra visuomenės sveikatos priežiūros, konkrečiu atveju ligų profilaktikos, priemonė, kuria siekiama iš esmės užkirsti kelią ligoms, kurios gali atsirasti dėl profesinių veiksnių, ir anksti jas diagnozuoti.

Praktinį minėto teisinio reguliavimo įgyvendinimą atskleidžia teismų praktika, kaip antai, Lietuvos Aukščiausiasis Teismas apibendrinamas su darbo santykių nutraukimu susijusias bylas³⁹⁴ yra pasisakęs, kad „atsisakymui tikrintis sveikatą, kai toks patikrinimas darbuotojui yra privalomas, gali būti prilyginamas ir darbuotojo nenuvykimas be svarbių priežasčių pasitikrinti arba sveikatos nepasitikrinimas nustatytu laiku, pasibaigus nustatytam sveikatos pasitikrinimo laikui nepateikimas be svarbių priežasčių medicinos knygelės (sveikatos paso) ar medicinos pažymos darbdaviui arba jo įgaliotam asmeniui. Darbo kodekso 265 straipsnio 7 dalis numato darbdavio pareigą nušalinti nuo darbo darbuotoją, atsisakiusį nustatytu laiku pasitikrinti sveikatą. Ši teisės norma taikoma sistemai su Darbo kodekso 123 straipsniu. Nušalintam darbuotojui neleidžiama dirbti ir nemokamas darbo užmokestis“.

Apibendrinant galima teigti, kad visuomenės sveikatos stiprinimo teisinis reguliavimas yra deklaratyvus ir iš esmės tobulintinas atsižvelgiant į šiame poskyryje pateikiamus siūlymus. Teisinio reguliavimo netobulumas lemia, kad teisės į sveikatos apsaugą turinyje išskirtos visuomenės sveikatos stiprinimo priemonės įgyvendinamos nekoordinuotai arba visai nevykdomos. Dėl to nevykdomi teisės į sveikatos apsaugą turinyje išskirti kokybiniai parametrai (sveikatos priežiūros išteklių ir paslaugos nėra pakankamo kiekio, neužtikrinamas jų prieinamumas, atitinkamai nėra teikiamos kokybiškos paslaugos, dėl ko valstybė neįgyvendina prisiimtų įsipareigojimų) ir juose glūdintys įpareigojimai valstybei, taigi neužtikrinama ir teisė į sveikatos priežiūrą.

³⁹² Lietuvos Respublikos darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymas. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 70-3170.

³⁹³ Lietuvos Respublikos darbo kodeksas. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 64-2569.

³⁹⁴ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo senato 2004 m. birželio mėn. 18 d. nutarimas Nr. 45 „Lietuvos Respublikos teismų praktikos, taikant Darbo kodekso normas, reglamentuojančias darbo sutarties nutraukimą pagal Darbo kodekso 136 straipsnio 3 dalies 1 ir 2 punktus, apibendrinimo apžvalgą“. *Teismų praktika*. 2004, Nr. 21.

2.2. Saugios sveikatai aplinkos užtikrinimo teisinis reguliavimas ir jo įgyvendinimas

Saugios sveikatai aplinkos užtikrinimo teisinio reguliavimo galimybes ir ribas apibrėžia šio darbo 1.2.3 poskyryje išskirtos valstybės pareigos jai įgyvendinant teisę į sveikatos apsaugą, kaip antai: užtikrinti, kad visais aspektais gerėtų aplinkos ir gamybos higiena, taip pat ir skatinant saugų ir pakankamą maisto produktų tiekimą ir tinkamą mitybą, pakankamą saugaus vandens ir pagrindinės sanitarijos tiekimą, gyventojų dėl kenksmingų medžiagų patiriamos žalos prevenciją ir mažinimą, pavyzdžiui, apsaugą nuo kenksmingos spinduliuotės ir cheminių medžiagų arba kitų aplinkai kenkiančių veiksnių, kurie tiesiogiai arba netiesiogiai daro įtaką žmonių sveikatai. Be to, higienos priemonės apima pavojų, kylančių sveikatai dėl žalingos darbo aplinkos, sumažinimą iki minimumo (kiek tai praktiškai įmanoma), tinkamą būstą bei saugias ir higieniškas sąlygas darbo vietoje, tinkamai tiekiamą maistą ir tinkamą mitybą^{395, 396}.

Taigi, valstybė yra įpareigota (valstybė prisiima pareigas) tiek teisinio reguliavimo, tiek ir kitomis priemonėmis (organizacinėmis, institucinėmis, ekonominėmis ir t. t.) siekti, kad asmuo gyventų, dirbtų ir būtų saugioje jo sveikatai aplinkoje.

Paminėtina R. Roemer išskirta funkcija, kuria apibūdinama visuomenės sveikatos priežiūros teisėkūra, t. y. sveikatos teisėkūra, uždraudžianti sveikatai pavojingą elgesį. Kaip šiuo atveju nurodo autorė, „teisėkūra visose šalyse yra naudojama stabdant ligų plitimą, nustatant aplinkos sanitariją ir atliekų šalinimą, reglamentuojant oro ir vandens kokybę, kontroliuojant maisto kokybę, saugumą bei efektyvumą, imunizacijos reikalavimus ir užtikrinant sveikas darbo sąlygas. Teisėkūra, siekiant užkirsti kelią pavojingam sveikatai elgesiui, yra svarbus užmojis ir turėtų apimti kiekvieną vietą, kur žmonės gyvena, dirba ir žaidžia. Tačiau tai atkreipia dėmesį į konfliktą tarp individualių teisių ir socialinės atsakomybės“³⁹⁷.

Saugios sveikatai aplinkos užtikrinimas įgyvendinamas vykdant visuomenės sveikatos saugą ir kontrolę.

Kaip buvo minėta šio darbo 1.3 skyriuje visuomenės sveikatos sauga – tai priemonių, kuriomis siekiama apsaugoti asmenis nuo žmogaus aplinkos veiksnių kenksmingo poveikio arba šį poveikiui sumažinti, visuma, o visuomenės sveikatos sauga yra ta visuomenės sveikatos priežiūros priemonė, kuria valstybė, įgyvendindama teisę į sveikatos apsaugą, siekia užtikrinti sąlygas žmonėms gyventi, dirbti ir leisti laisvalaikį saugioje jų sveikatai aplinkoje.

Sveikatos sistemos įstatymo 33 straipsnio 1 dalyje nustatoma, kad visuomenės sveikatos saugos pagrindą sudaro pavojaus ir žalos sveikatai ribojimo darbo, gyvenamojoje

³⁹⁵ Tarptautinis ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių paktas, *supra* note 135.

³⁹⁶ Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2009 m. rugsėjo 2 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos valstybinių socialinio draudimo pensijų įstatymo 30 straipsnio (2005 m. gegužės 19 d. redakcija), 32 straipsnio 4 dalies (2005 m. gegužės 19 d. redakcija) atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*, 2009, Nr.106-4888.

³⁹⁷ Roemer, R., *supra* note 66, p. 92-93.

bei gamtinėje³⁹⁸ aplinkoje priemonių sistema. Šias nuostatas iš esmės detalizuoja nagrinėjamo straipsnio 2 dalis, kurioje nustatytos visuomenės sveikatos saugos įgyvendinimo priemonės, kuriomis valstybė ir siekia prevenciškai apsaugoti asmens sveikatą ir taip tinkamai įgyvendinti jai pavestą funkciją – įgyvendinti teisę į sveikatos apsaugą. Taigi, minėtoje dalyje nustatyta, kad pavojaus ir žalos sveikatai prevencija ir ribojimas įgyvendinamas tokiomis pagrindinėmis priemonėmis:

- valstybei nustatant privalomuosius reikalavimus veiklai ar jos rezultatams siekiant apsaugoti asmenų sveikatą, t. y. pagal Sveikatos sistemos įstatymo 33 straipsnio 2 dalies 1 punktą nustatyta, kad teisės aktuose turi būti reglamentuojami darbo, gyvenamosios bei gamtinės aplinkos, maisto, geriamojo vandens, ir pan. ūkinės ar kitokios veiklos nepavojingumo ir nekenksmingumo sveikatai rodikliai ir higienos reikalavimai; pagal minėto straipsnio 3 dalį, žaliavos, technika, geriamasis vanduo ir t. t. neturi sukelti jokios rizikos sveikatai arba gali kelti jai tik minimalią riziką;
- veiklos ribojimu siekiant apsaugoti asmenų sveikatą, t. y. pagal Sveikatos sistemos įstatymo 33 straipsnio 2 dalies 2, 3, 4, 7, 10 punktus atitinkamai nustatyta, kad yra licencijuojama ūkinė komercinė veikla, nustatomos sanitarinės apsaugos zonos, sustabdoma sveikatai kenksminga ar pavojinga ūkinė komercinė ar kitokia veikla ir t. t.;
- prekių prieinamumo ribojimu siekiant apsaugoti asmenų sveikatą, t. y. pagal Sveikatos sistemos įstatymo 33 straipsnio 2 dalies 8 punktą nustatyta, kad sveikatai žalingoms prekėms³⁹⁹, įrašytoms į Akcizų įstatymą, taikomi individualūs akcizai ir kitos įstatymų nustatytos ekonominio reguliavimo priemonės;
- poveikio priemonių taikymu siekiant apsaugoti asmenų sveikatą, t. y. pagal Sveikatos sistemos įstatymo 33 straipsnio 2 dalies 9 punktą nustatyta, kad už sveikatinimo veiklos teisės aktų pažeidimus taikoma įstatymų nustatyta atsakomybė;
- kitomis priemonėmis, kaip antai, pagal Sveikatos sistemos įstatymo 33 straipsnio 2 dalies 6 punktą atliekant visuomenės sveikatos saugos ekspertizę, atliekant į rinką teikiamų prekių notifikavimą ir pan.

Svarbus yra ne tik tinkamas visuomenės sveikatos saugos užtikrinimas, bet ir minėtų reikalavimų praktinis įgyvendinimas, užtikrinimas, kad asmenys vykdydami veiklą laikytųsi jiems nustatytų pareigų. Pastarasis siekis užtikrinti privalomųjų reikalavimų įgyvendinimą realizuojamas ne vien tik visuomenės sveikatos kontrolės metu, tačiau ir prevenciškai planuojant teritorijas, vykdant statybų valstybinę priežiūrą – taigi atliekami kompleksiniai veiksmai siekiant maksimaliai užtikrinti, kad asmenys gyventų saugioje jų sveikatai aplinkoje.

Todėl nagrinėjant teisinio reguliavimo galimybes ir ribas šioje srityje tikslinga analizuoti šias pagrindines saugios sveikatai aplinkos užtikrinimo sritis: saugios sveikatai gyvenamosios aplinkos užtikrinimas; saugios sveikatai darbo aplinkos užtikrinimas; saugios sveikatai laisvalaikio aplinkos, nepatenkančios į gyvenamosios ir darbo aplinkos sritis, tačiau turinčios įtakos visuomenės sveikatai, užtikrinimas.

³⁹⁸ Pastaroji suprastina kaip aplinka, kurią sudaro natūralūs ar antropogenizuoti gyvosios ir negyvosios gamtos elementai ir jų funkcinės sistemos. Lietuvos Respublikos aplinkos monitoringo įstatymas. *Valstybės žinios*. 1997, Nr. 112-2824; 2006, Nr. 57-2025.

³⁹⁹ Šiuo metu į Akcizų įstatymą įrašytos dvi prekės: alkoholis ir tabakas. Lietuvos Respublikos akcizų įstatymas. *Valstybės žinios*. 2001, Nr. 98-3482; 2004, Nr. 26-802; 2010, Nr. 45-2174

Šiuo atveju taip pat paminėtina, kad saugios sveikatai aplinkos užtikrinimo teisinį reguliavimą atspindės Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 16 straipsnio nuostatos, kuriose įtvirtinta, kad privalomuosius higienos normatyvus bei taisykles, reglamentuojančias fizinių ir juridinių asmenų veiklą, nustato Visuomenės sveikatos saugos reglamentas⁴⁰⁰ (higienos norma). Higienos normos iš kitų poįstatyminių teisės aktų, reglamentuojančių visuomenės sveikatos priežiūrą, išsiskiria savo savitumu⁴⁰¹. Šiuo metu sveikatos apsaugos ministras yra patvirtinęs per šimtą įvairias sritis reglamentuojančių higienos normų, kurių reguliavimo sritis galima suskirstyti į:

- nustatančias privalomuosius reikalavimus tam tikriems veiksniams (triukšmas, elektromagnetinė spinduliuotė, kvapas ir pan.);
- nustatančias privalomuosius reikalavimus tam tikriems objektams (vaikų vasaros poilsio stovyklos, laisvės atėmimo vietos, bendrojo lavinimo mokyklos, sveikatos priežiūros įstaigos, judriojo radijo ryšio sistemų bazinės stotys, viešieji tualetai ir pan.);
- nustatančias privalomuosius reikalavimus tam tikriems produktams ar paslaugoms (grožio paslaugos, maisto produktai, medžiagos ir gaminiai skirti liestis su maistu, leidžiami vartoti maisto priedai, maisto papildai ir pan.).

Minėtas higienos normų reglamentavimų sričių išskyrimas atskleidžia tik reguliavimo objektus, bet ne aplinką, kuri reguliuojama, nes, pavyzdžiui, triukšmo (veiksniai) žmogus gali būti veikiamas tiek gyvenamojoje, tiek darbo, tiek ir kitoje supančioje aplinkoje (mokyklose, darželiuose ir pan.).

Taigi, analizuojant kaip valstybė, siekdama apsaugoti asmenis, nustato tam tikrus privalomuosius reikalavimus ir juos įgyvendina, tai derėtų daryti per anksčiau išskirtas sritis. Tuo pačiu atsižvelgiant į tai, kad saugios sveikatai aplinkos užtikrinimas yra labai plataus teisinio reguliavimo, bus analizuojamos tik tam tikros jos sritys, kiek tai svarbu atskleisti paties teisinio reguliavimo ypatumus, atskleisti teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo šioje srityje mechanizmus.

Saugios sveikatai gyvenamosios aplinkos užtikrinimas. Analizuojant saugios sveikatai gyvenamosios aplinkos užtikrinimo teisinį reguliavimą, minėtina, kad Sveikatos sistemos įstatymo 33 straipsnio 2 dalyje ir Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 21 straipsnyje apibrėžiamos pastarojo ribos. Apibendriant galime teigti, kad siekdama apsaugoti asmens gyvenamąją aplinką (t. y. aplinką, kurioje asmuo gyvena) ir taip prevenciškai užkardyti neigiamą poveikį asmens sveikatai, valstybė prevenciškai riboja tam tikrus veiksnius (t. y. jonizuojančią ir nejonizuojančią spinduliuotę, triukšmą, vibraciją, kitus kenksmingus fizikinius veiksnius), imasi atitinkamų priemonių, kuriomis siekiama užtikrinti pakankamą tinkamo geriamojo vandens kiekį, sveikatai kenksmingų atliekų likvidavimą, teritorijos apželdinimą alergijos nesukeliančia ir toksinio poveikio sveikatai neturinčia augalija, tinkamų higienos sąlygų ir režimo gyvenamojoje terito-

⁴⁰⁰ Vadovaujantis Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 2 straipsnio 12 dalimi, Visuomenės sveikatos saugos reglamentas (higienos norma) apibrėžiamas kaip sveikatos apsaugos ministro patvirtintas teisės aktas, nustatantis bendras privalomojo pobūdžio teisės normas visuomenės sveikatos saugos srityje.

⁴⁰¹ Savitumas pabrėžiamas ir Visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme, kuriame įtvirtinta, kad visuomenės sveikatos saugos reglamentas (higienos norma) yra sveikatos apsaugos ministro patvirtintas teisės aktas, nustatantis privalomuosius higienos normatyvus bei taisykles, reglamentuojančias fizinių ir juridinių asmenų veiklą (2 straipsnio 12 dalis ir 16 straipsnio 1 dalis). Plačiau apie tai: Čelkis, P., *supra* note 54, p. 9.

rijoje bei pastatuose sudarymu, natūraliu ir dirbtiniu patalpų ir teritorijų apšvietimu, gyvenamųjų patalpų tinkamu mikroklimatu ir grynu oru ir pan.

Tačiau, kaip matyti, iš esmės įstatymų nuostatos tik nustato, tiksliau, detaliai „atkartoja“ tarptautiniuose dokumentuose (plačiau apie tai – šio darbo 1.2.3 poskyryje) nustatytą teisės į sveikatos apsaugą turinį ir yra deklaratyvios nuostatos. Išvardijamos priemonės, kuriomis siekiama apsaugoti gyvenamąją aplinką, tačiau neatspindima, kokie yra esminiai šios apsaugos kriterijai ir pagrindiniai principai. Teisinis reguliavimas šioje srityje iš esmės yra vykdomas poįstatyminių teisės aktų lygmeniu, tai lemia ir tai, kad nuo poįstatyminį teisės aktą priimančio subjekto priklauso, kokia apimtimi bus įgyvendinama deklaruojama saugios sveikatai gyvenamosios aplinkos apsauga, išskyrus kai kurias išimtis, kurios bus aptariamoms detalčiau.

Suprantama, teisinis reguliavimas šioje srityje yra labai platus ir dažniausia neapsiriboja „sveikatos apsaugos“ kompetencija, bet apima ir kitas valstybės valdymo sritis, kaip antai, aplinkosauga, darbo sauga, socialinė politika, transporto valdymas ir t. t. Šios srities teisinio reguliavimo dideles apimtis atskleidžia ir tas faktas, kad pastarasis apima daugybę sričių, pradedant nuo maisto saugos, reglamentuojamos tiek Lietuvos Respublikos maisto įstatyme⁴⁰², Lietuvos Respublikos geriamojo vandens įstatyme⁴⁰³, tiek ir poįstatyminiuose teisės aktuose⁴⁰⁴, nustatančiuose maisto saugos reikalavimus, draudžiamus dėti į maistą priedus ir t. t., baigiant reikalavimų įvairioms paslaugoms ir ūkinei veiklai nustatymu. Detalčiau bus apžvelgiamas apsaugos nuo aplinkos triukšmo, patalpų oro kokybės ir saugaus geriamojo vandens užtikrinimo teisinis reglamentavimas, nepaneigiant ir kitų ypač svarbių sveikos gyvenamosios aplinkos užtikrinimo sričių, kaip sveikatai kenksmingų atliekų tinkamas likvidavimas, jonizuojančios spinduliuotės valdymas ir t. t. Dėl ribotos darbo apimties šių sričių teisinio reguliavimo analizės atsisakoma, manytina, kad pasirinktos sritys leis daryti bendras išvagas dėl teisinio reglamentavimo.

Kaip saugios sveikatai gyvenamosios aplinkos užtikrinimo teisinio reguliavimo pavyzdys gali būti pateikiamas triukšmo valdymas. Pagrindinis kovos su triukšmo poveikiu sveikatai teisinio reguliavimo tikslas, vadovaujantis Lietuvos Respublikos triukšmo valdymo įstatymo⁴⁰⁵ 1 straipsnio 2 dalimi, yra užtikrinti gyventojo teisę į palankią sveikatai aplinką, ribojant galimą triukšmo šaltinio žalingą poveikį. Pagrindinis teisės aktas, reglamentuojantis triukšmo valdymą, ir yra Lietuvos Respublikos triukšmo valdymo įstatymas, kuris nustato triukšmo prevencijos teisinius pagrindus, triukšmo valdymo subjektų teises, pareigas, triukšmo kontrolės ir stebėsenos (monitoringo) tvarką. Dėl triukšmo valdymo per pastaruosius 20 metų buvo priimta per 100 norminių teisės aktų⁴⁰⁶, kas parodo dideles šios srities teisinio reguliavimo apimtis, kokia tai yra sudė-

⁴⁰² Lietuvos Respublikos maisto įstatymas. *Valstybės žinios*. 2000, Nr. 32-893.

⁴⁰³ Lietuvos Respublikos geriamojo vandens įstatymas. *Valstybės žinios*. 2001, Nr. 64-2327.

⁴⁰⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. 666 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 107:2001 „Specialios paskirties maisto produktai“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 5-199; Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. gruodžio 29 d. įsakymas Nr. 683 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 106:2001 „Nauji maisto produktai ir nauji maisto ingredientai“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 26-945 ir t. t.

⁴⁰⁵ Lietuvos Respublikos triukšmo valdymo įstatymas. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 164-5971.

⁴⁰⁶ Aplinkos ministro įsakymai – 28, Susisiekimo ministro įsakymai – 9, Sveikatos apsaugos ministro įsakymų – 13, Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymai – 3 ir t. t. Visi jie galėjo būti įvardijami kaip visuomenės sveikatos priežiūros teisės aktai. Iš viso šią sritį reguliuoja per 108 priimtų teisės aktų.

tinga ir kompleksiškai sprendžiama problema, apimanti ne vienos institucijos teisinio reguliavimo kompetenciją. Taip pat kyla pagrįstas klausimas, ar toks platus teisinis reguliavimas efektyviai ir sistemingai išsprendžia problemas ir garantuoja asmeniui teisę į sveikatos apsaugą, konkrečiu atveju apsaugant asmenį nuo aplinkos triukšmo, galinčio neigiamai veikti jo sveikatą.

Analizuojant nagrinėjamos srities teisinį reguliavimą pastebėtina, kad vadovaujantis Lietuvos Respublikos triukšmo valdymo įstatymo 14 straipsniu yra nustatytos triukšmo valdytojų pareigos, numatant, kad triukšmo šaltinių valdytojai, planuojantys savo ūkinėje veikloje naudoti stacionarius triukšmo šaltinius, privalo įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka atlikti triukšmo poveikio visuomenės sveikatai ir aplinkai vertinimą. Šiuo atveju pagrįstai galima klausti, kiek logiška yra minėta įtvirtinta pareiga, juk stacionarus triukšmo šaltinis, pagal įstatymą, tai net oro kondicionierius, taigi jį įrengiant yra būtina atlikti poveikio aplinkai vertinimą arba poveikio visuomenės sveikatai vertinimą, o šios procedūros yra ilgai trunkančios ir daugiausia susijusios su teritorijų planavimo procesais. Manytina, šiuo atveju teisiniu požiūriu reikšmingos yra nuostatos, susijusios su triukšmo šaltinių valdytojams pavestomis pareigomis laikytis nustatytų triukšmo ribinių dydžių. Jei pareigos yra išsamiai apibrėžiamos, tai teisės, tiksliau, teisė, konstatuojama tik deklaratyvi: bet koks asmuo, veikiantis ar vykdamas ūkinę veiklą savivaldybės tarybos patvirtintose triukšmo prevencijos zonose, turi teisę pateikti savivaldybės vykdomajai institucijai motyvuotus pareiškimus dėl triukšmo šaltinių valdytojų veiklos ir dėl su šia veikla susijusio triukšmo prevencijos ir mažinimo. Kadangi triukšmo prevencijos zonų savivaldybės nėra įteisinusios, taigi iš esmės triukšmo šaltinių valdytojai teisių savo veiklos srityje neturi, nors įstatymas galėtų suteikti tokias teises kaip informacijos, reikalingos veiklai ir prevencinių priemonių diegimui, gavimą iš valstybės institucijų bei metodinę pagalbą, kaip tai padaryti efektyviau, ir pan.

Įstatymas išskiria ne tik triukšmo šaltinių valdytojų, kaip specifinių subjektų, teises ir pareigas, bet ir apskritai visų asmenų (t. y. ne tik triukšmo šaltinių valdytojų) teises ir pareigas. Štai 30 straipsnyje nustatoma, kad asmenys turi teisę iš valstybės ir savivaldybių institucijų gauti teisingą informaciją apie triukšmo lygius, triukšmo prevencijos ir triukšmo mažinimo priemonių įgyvendinimą; reikalauti, kad būtų nutrauktas triukšmo šaltinių poveikis visuomenės sveikatai ir aplinkai ir t. t. Tačiau šiuo atveju pasigendama pagrindinės asmens teisės – teisės į sveiką aplinką be žalingo sveikatai triukšmo, atsižvelgiant dėl ūkinės veiklos – įtvirtinimo. Panašiai yra ir su pareigomis, kurios, pagal 31 straipsnio pavadinimą, nors ir būtų taikytinos visiems asmenims, bet, deja, turinyje nustatomos tik pareigos gamintojams, vežėjams, importuotojams ir vėlgi triukšmo šaltinių valdytojams (tai yra tiems, kurie valdo įrenginius ar objektus, keliančius triukšmą). Tad pagrįstai keltinas klausimas, kodėl nėra apskritai nustatytų pareigų asmenims laikytis nustatytų triukšmo normų. Tuo pačiu sunkiai įgyvendinama atrodo nuostata, susijusi su draudimu triukšmo prevencijos ir tyliosiose zonose, kurios nustatomos tam tikrose miesto teritorijose, švęsti šventes, vestuves ar organizuoti laidotuves draudžiamu paros metu ir draudžiamose vietose. Ar įmanoma tokios teisės normos įgyvendinimo kontrolė ir ar negalėjo tai būti reglamentuojama tiesiog imperatyviai nustatant, kad asmenys privalo gerbti kitų asmenų teisę į sveiką nuo triukšmo aplinką ir atitinkamai laikytis nustatytų maksimaliai leistinų triukšmo normų?

Vadovaudamasis Lietuvos Respublikos triukšmo valdymo įstatymo 7 straipsnio 2 punkto nuostatomis sveikatos apsaugos ministras yra patvirtinęs Lietuvos higienos normą HN 33:2007 „Akustinis triukšmas. Triukšmo ribiniai dydžiai gyvenamuosiuose ir visuomeninės paskirties pastatuose bei jų aplinkoje“⁴⁰⁷ ir Lietuvos higienos normą HN 30:2009 „Infragarsas ir žemo dažnio garsai: ribiniai dydžiai gyvenamuosiuose ir visuomeninės paskirties pastatuose“⁴⁰⁸. Lietuvos higienos norma HN 33:2007 nustato, kad gyvenamųjų namų miegamuosiuose kambariuose triukšmo lygis gali būti ne didesnis nei 55 dBA nuo 6 iki 18 val., o naktį nuo 22 iki 6 val. – 45 dBA. Garso ekvivalentinis lygis minėtuose kambariuose buvo 40 dBA nuo 6 iki 18 val., o naktį nuo 22 iki 6 val. – 30 dBA, o šiuo metu yra 45 dBA nuo 6 iki 18 val., o naktį nuo 22 iki 6 val. – 35 dBA.

Kaip buvo minėta, teisinis reguliavimas triukšmo valdymo srityje neapsiriboja sveikatos apsaugos ministro kompetencija. Kaip antai, Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro 2007 m. lapkričio 7 d. įsakymu Nr. 1V-392 patvirtintos Garsinės informacijos ir signalizacijos naudojimo ir priežiūros taisyklės⁴⁰⁹, kurios nustato garsinės informacijos ir signalizacijos įtaisų naudojimo ir priežiūros reikalavimus ir kad gyvenamuosiuose ar visuomeninės paskirties pastatuose ar jų aplinkoje naudojamų garsinės informacijos ir signalizacijos įtaisų skleidžiamas triukšmas neturi viršyti Lietuvos higienos normoje HN 33:2007 nustatytų triukšmo ribinių dydžių. Lietuvos Respublikos susisiekimo ministras 2008 m. gegužės 15 d. įsakymu Nr. 3-169 patvirtino Kelių transporto priemonių variklių triukšmo ribinius dydžius ir jų nustatymo tvarkos aprašą⁴¹⁰, kuris nustato naudojamų kelių transporto priemonių variklio skleidžiamo triukšmo reikalavimus.

Belieka paminėti, kad triukšmo valdymo teisiniam reguliavimui turi įtakos ir Europos Sąjungos priimti teisės aktai ir juose nubrėžtos pagrindinės reguliavimo kryptys, kaip antai, Šeštojoje Bendrijos aplinkosaugos veiksmų programoje⁴¹¹ tarp programos tikslų ir prioritetinių sričių yra: „žymiai sumažinti asmenų, nuolat veikiamų ilgą laiką skleidžiamo vidutinio stiprumo, visų pirma, transporto, triukšmo, galinčio, anot mokslininkų tyrinėjimų, būti kenksmingu žmonių sveikatai, bei parengti kitą darbo su direktyva dėl triukšmo etapą.“ Dėl įvairaus pobūdžio triukšmo šaltinių yra patvirtinta nemažai Europos Sąjungos teisės aktų, kurių nuostatos yra perkeltos į nacionalinius teisės aktus, pavyzdžiui, Direktyva 2002/49/EB dėl aplinkos triukšmo įvertinimo ir valdymo⁴¹² nustato bendrąsias procedūras, kuriomis siekiama pagal numatytus prioritetus

⁴⁰⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. liepos 2 d. įsakymas Nr. V-555 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 33:2007 „Akustinis triukšmas. Triukšmo ribiniai dydžiai gyvenamuosiuose ir visuomeninės paskirties pastatuose bei jų aplinkoje“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 75-2990.

⁴⁰⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. kovo 13 d. įsakymas Nr. V-190 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 30:2009 „Infragarsas ir žemo dažnio garsai: ribiniai dydžiai gyvenamuosiuose ir visuomeninės paskirties pastatai“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 38-1466.

⁴⁰⁹ Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro 2007 m. lapkričio 7 d. įsakymas Nr. 1V-392 „Dėl Garsinės informacijos ir signalizacijos naudojimo ir priežiūros taisyklių patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 119-4870.

⁴¹⁰ Lietuvos Respublikos susisiekimo ministro 2008 m. gegužės 15 d. įsakymas Nr. 3-169 „Dėl Kelių transporto priemonių variklių triukšmo ribinių dydžių ir jų nustatymo tvarkos aprašo“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 57-2150.

⁴¹¹ Europos Parlamento ir Tarybos 2002 m. liepos 22 d. sprendimas Nr. 1600/2002/EB, nustatantis šeštąją Bendrijos aplinkosaugos veiksmų programą. [2004] OL L242.

⁴¹² Europos Parlamento ir Tarybos 2002 m. birželio 25 d. direktyva 2002/49/EB, dėl aplinkos triukšmo įvertinimo ir valdymo. [2004] OL L189.

išvengti, sumažinti aplinkos triukšmą ar apsaugoti žmones nuo jo kenksmingo poveikio pasekmių, įskaitant ir dirginimą.

Kitas saugios sveikatai gyvenamosios aplinkos teisinio reguliavimo pavyzdys gali būti gyvenamųjų patalpų tinkamas mikroklimato ir gryno oras sauga (Sveikatos sistemos įstatymo 31 straipsnis ir Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 21 straipsnio 1 dalies 7 punktą). Oro kokybės gyvenamosiose patalpose, kaip saugios sveikatai gyvenamosios aplinkos parametro, teisinio reguliavimo ribas apibrėžia ne tik minėti teisės aktai, tačiau ir:

- Lietuvos Respublikos aplinkos apsaugos įstatymas⁴¹³, kuris pagrindiniu aplinkos apsaugos objektu paskelbė aplinką, kuri gali būti saugoma tiek tiesiogiai, tiek organizuojant tam tikrų gamtos objektų ir išteklių racionalų naudojimą bei apsaugą, ir nusako pagrindinius aplinkos oro apsaugos ir jo kokybės valdymo principus ir reikalavimus;
- Lietuvos Respublikos aplinkos oro apsaugos įstatymas⁴¹⁴, kuris nustato asmenų teises į švarų orą, pareigas saugoti aplinkos orą nuo taršos, susijusios su žmonių veikla, ir mažinti jos daromą žalą žmonių sveikatai bei aplinkai;
- Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymas⁴¹⁵, kurio 19 straipsnio 1 dalies 3 punkte nustatyta, kad Lietuvos Respublikoje rūkyti (vartoti tabako gaminius) draudžiama bendrose gyvenamosiose ar kitose bendro naudojimo patalpose, kuriose nerūkantieji gali būti priversti kvėpuoti tabako dūmais užterštu oru.

Minėtų įstatymų nuostatos apibrėžia teisinio reguliavimo apimtį, o pastaruosius įgyvendina nemažai patalpų oro kokybės parametrus reguliuojančių teisės normų, kurias nustato sveikatos apsaugos ministras. Kaip antai: cheminių medžiagų koncentraciją gyvenamosios aplinkos ore reglamentuoja Lietuvos higienos norma HN 35:2007 „Didžiausia leidžiama cheminių medžiagų (teršalų) koncentracija gyvenamosios aplinkos ore“⁴¹⁶, kuri nustato didžiausią leidžiamą cheminių medžiagų (teršalų) koncentraciją gyvenamųjų ir kai kurių visuomeninės paskirties patalpų ore. Pagal jos reikalavimus, cheminių medžiagų (teršalų) koncentracija gyvenamosios aplinkos ore neturi viršyti vienkartinės ir/ar paros didžiausios leidžiamos koncentracijos. Teisės akto reikalavimai taikomi ūkinę veiklą šalia gyvenamųjų pastatų vykdančioms asmenims, asmenims, statantiems pastatus, nors tai konkrečiai neišskirta. Šios normos priede pateikta 318 cheminių medžiagų, nurodytos jų vienkartinės ir paros didžiausios leidžiamų koncentracijų vertės (mg/m³).

Teisinis reguliavimas atsispindi ne tik tiesiogiai tam skirtuose aktuose, bet ir tokiuose aktuose, kurie nors ir netiesiogiai, tačiau reglamentuoja tam tikrus kokybinius visuomenės sveikatos reikalavimus pastatams. Pavyzdžiui, gyvenamųjų ir visuomeninių patalpų mikroklimato parametrų vertės nurodytos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtintoje Lietuvos higienos normoje HN 42:2009 „Gyvenamųjų

⁴¹³ Lietuvos Respublikos aplinkos apsaugos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1992, Nr. 5-75.

⁴¹⁴ Lietuvos Respublikos aplinkos oro apsaugos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1999, Nr. 98-2813.

⁴¹⁵ Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 11-281; 2003, Nr. 117-5317.

⁴¹⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gegužės 10 d. įsakymas Nr. V-362 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 35:2007 „Didžiausia leidžiama cheminių medžiagų (teršalų) koncentracija gyvenamosios aplinkos ore“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 55-2162.

ir visuomeninių pastatų patalpų mikroklimatas⁴¹⁷, kuri reglamentuoja mikroklimato parametrus gyvenamųjų ir visuomeninių pastatų patalpose. Pastatų šildymą, vėdinimą ir oro kondicionavimą taip pat reglamentuoja ir statybos techninis reglamentas STR 2.09.02:2005 „Šildymas, vėdinimas ir oro kondicionavimas“⁴¹⁸, kuris taikomas projektuojant ir įrengiant pastatų ir inžinerinių statinių patalpų šildymo, vėdinimo ir oro kondicionavimo sistemas. Kadangi gyvenamosios paskirties pastatams taip pat priskirtini pastatai, skirti gyventi įvairių socialinių grupių asmenims (bendrabučiai, vaikų namai, prieglaudos, globos namai, šeimos namai, vienuolynai ir pan.), atskirai paminėtini Lietuvos higienos normose įtvirtinti šių pastatų oro kokybės reikalavimai. Lietuvos higienos normoje HN 125:2004 „Socialinių paslaugų įstaigos: bendrieji saugos sveikatai reikalavimai“⁴¹⁹ numatyti tam tikri su vėdinimu susiję reikalavimai socialinių paslaugų įstaigose, o Lietuvos higienos norma HN 124:2009 „Vaikų socialinės globos įstaigos: bendrieji sveikatos saugos reikalavimai“⁴²⁰ numato tam tikrus su vėdinimu susijusius reikalavimus vaikų globos įstaigose.

Teisiniam reguliavimui įtaką daro ir Europos Sąjungos teisė. Oro kokybė, kaip ir triukšmo valdymas, Europos mastu yra svarbi aplinkos sveikatos problema. Vienas iš svarbiausių dokumentų – 1996 m. Tarybos direktyva dėl aplinkos oro kokybės vertinimo ir valdymo 96/62/EB⁴²¹. 2003 m. patvirtintos Europos aplinkos ir sveikatos strategijos pagrindinis tikslas (sumažinti susirgimus, sukeltus aplinkos veiksnių) atspindėjo ir Europos Sąjungos aplinkos ir sveikatos veiksmų plane⁴²², kurio 12 veiksmas – patalpų oro kokybę gerinantys veiksmai. Visos šios iniciatyvos pripažįsta tiek aplinkos oro, tiek ir patalpų oro bendros integruotos oro taršos strategijos svarbą.

Kaip rodo patalpų oro kokybės teisinio reguliavimo analizė, asmenų teisės ir pareigos iš esmės yra nustatomos poįstatyminiuose teisės aktuose. Tai lemia, kad nuo poįstatyminę teisės aktą priėmusio subjekto priklauso, kokioje srityje ir kokiomis apimtimis bus įgyvendinta asmens teisė į sveikatą užtikrinant saugią sveikatai gyvenamąją aplinką. Manytina, kad tai nėra gera praktika. Reikėtų, kad įstatyme būtų nustatyti principiniai teisinio reguliavimo šioje srityje aspektai su aiškiais įgaliojimais atitinkamam ministrui patvirtinti ir sureguliuoti tam tikrus teisinius santykius. Taip pat įstatyme turėtų būti nustatytos asmenų teisės ir pareigos šioje srityje. Tai pasakytina ne tik apie minėtą sritį (patalpų oro kokybės užtikrinimą), bet iš esmės apie visą teisinį reglamentavimą, skirtą

⁴¹⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 29 d. įsakymas Nr. V-1081 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 42:2009 „Gyvenamųjų ir visuomeninių pastatų patalpų mikroklimatas“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 159-7219.

⁴¹⁸ Lietuvos Respublikos aplinkos ministro 2005 m. birželio 9 d. įsakymas Nr. D1-289 „Dėl statybos techninio reglamento STR 2.09.02:2005 „Šildymas, vėdinimas ir oro kondicionavimas“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 75-2729.

⁴¹⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. vasario 9 d. įsakymas Nr. V-57 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 125:2004 „Socialinių paslaugų įstaigos: bendrieji saugos sveikatai reikalavimai“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 32-1026.

⁴²⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. rugsėjo 1 d. įsakymas Nr. V-714 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 124:2009 „Vaikų socialinės globos įstaigos: bendrieji sveikatos saugos reikalavimai“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 107-4494.

⁴²¹ Tarybos 1996 m. rugsėjo 26 d. direktyva 96/62/EB, dėl aplinkos oro kokybės vertinimo ir valdymo, [1996] OL L296.

⁴²² Komisijos komunikatas Tarybai, Europos Parlamentui, Europos Ekonomikos ir socialinių reikalų komiteiui „Europos aplinkos ir sveikatos veiksmų planas 2004–2010 metams“ /KOM/2004/0416 galutinis/.

užtikrinti saugią sveikatai gyvenamąją aplinką. Tais atvejais, kai visuomeniniai santykiai, kurie yra reguliuojami visuomenės sveikatos saugos priemonėmis, įtvirtinami tiesiogiai įstatymu, kaip triukšmo valdymo atveju, tokie teisinio reguliavimo aspektai kaip asmenų teisės ir pareigos, reguliavimo apimtys, įgaliojimai nustatomi taip pat įstatyme. Jei taip nėra (o taip yra dauguma atvejų⁴²³) – teisinis reguliavimas ir jo apimtys bei kryptys tampa sveikatos apsaugos ministro dispozicija. Tokie teisinio reguliavimo ypatumai vykdant jo įgyvendinimo kontrolę ir praktinės įgyvendinimo spragos, su kuriomis susiduriama kontrolės metu bus atskleista analizuojant triukšmo valdymo ir patalpų oro kokybės užtikrinimo įgyvendinimą ir kontrolę.

Prieš aptariant minėtų sričių teisinio reguliavimo užtikrinimo įgyvendinimą, trumpai apžvelgtina dar viena svarbi, ypač tarptautinės teisės dokumentuose išskiriama valstybės pareiga užtikrinti pakankamą saugų geriamąjį vandenį. Šiuo atveju, kaip buvo minėta šio darbo 1.2.3 poskyryje, valstybė privalo sukurti tokį teisinį reguliavimą, kad asmenys galėtų realiai naudotis jiems suteikiamomis teisėmis – tarp jų, teise turėti saugų geriamąjį vandenį. Atitinkamai Lietuvos Respublikos geriamojo vandens tiekimo ir nuotekų tvarkymo įstatymo⁴²⁴ tikslas ir yra užtikrinti geriamojo vandens tiekimo ir nuotekų tvarkymo ūkio nenutrūkstamą funkcionavimą, taip pat visuomenės poreikius atitinkančią plėtrą sudarant sąlygas fiziniams ir juridiniams asmenims priimtinomis sąlygomis apsirūpinti tinkamos kokybės geriamuoju vandeniu ir gauti geros kokybės nuotekų tvarkymo paslaugas. Vadovaujantis minėto įstatymo 3 straipsniu, vandens tiekimo ir nuotekų tvarkymo valstybinio valdymo ir reguliavimo tikslai ir yra užtikrinti, kad kuo daugiau asmenų galėtų apsirūpinti visuomenės sveikatos saugos reikalavimus atitinkančiu geriamuoju vandeniu ir pagal aplinkosaugos reikalavimus tvarkyti nuotekas; užtikrinti, kad visoje šalies teritorijoje viešasis vandens tiekimas būtų vykdomas laikantis nustatytų reikalavimų ir pan.

Lietuvos Respublikos geriamojo vandens įstatymas, įgyvendindamas minėto Geriamojo vandens tiekimo ir nuotekų tvarkymo įstatymo reikalavimus, nustato į rinką tiekiamo, maisto įmonėse ir individualiai asmeniniame namų ūkyje naudojamo geriamojo vandens saugos ir kokybės užtikrinimo sąlygas įgyvendinant Lietuvos Respublikos gyventojų teisę vartoti sveiką ir švarų geriamąjį vandenį bei gauti informaciją apie jo saugą ir kokybę. Taigi, nustatydamas kokybinius geriamojo vandens parametrus, t. y. kad būtų tiekiamas saugus geriamasis vanduo, Geriamojo vandens įstatymas (3 straipsnis) numato, kad draudžiama tiekti į rinką geriamąjį vandenį, kuris neatitinka teisės aktų reikalavimų, jeigu neįrodyta, kad naudojamas griežtai ribotą laikotarpį toks vanduo nekels potencialaus pavojaus žmonių sveikatai. Tuo pačiu pabrėžiama, kad fiziniai ir juridiniai asmenys, neturintys galimybių naudotis viešai tiekiamu geriamuoju vandeniu ir laisvai ar su leidimais naudojantys vandens išteklius, vandeniu apsirūpina individualiai ir rūpinasi asmeniniame namų ūkyje naudojamo vandens sauga ir kokybe. Kokybiniai geriamojo vandens reikalavimai yra nustatomi sveikatos apsaugos ministro

⁴²³ Galima paminėti tokias sritis kaip nejonizuojanti spinduliuotė, gyvenamųjų patalpų šiluminis komfortas, vibracija ir pan. Nekalbant apie tai, kad siekis apsaugoti gyvenamąją aplinką, ją apsodinant alergijos nesukeliantia ir toksinio poveikio sveikatai neturinti augalija, nėra reguliuojamas, kaip ir kitos tinkamos higienos sąlygos ir režimo reikalavimai gyvenamosiose teritorijose.

⁴²⁴ Lietuvos Respublikos geriamojo vandens tiekimo ir nuotekų tvarkymo įstatymas. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 82-3260.

patvirtintoje Lietuvos higienos normoje HN 24:2003 „Geriamojo vandens saugos ir kokybės reikalavimai“⁴²⁵, nustatant, kad geriamasis vanduo yra saugus ir sveikas vartoti, kai jame nėra mikroorganizmų, parazitų ir medžiagų, savo skaičiais ar koncentracijomis galinčių kelti potencialų pavojų žmonių sveikatai; atitinka šios higienos normos nustatytus minimalius mikrobinius ir toksinius (cheminius) rodiklius; užtikrinama vandens išteklių ir tiekiamo geriamojo vandens apsauga nuo taršos, o vandens programinė priežiūra geriamojo vandens tiekėjų vykdoma taip, kad būtų galima įvertinti ir nustatyti, ar vanduo atitinka šioje higienos normoje nustatytus mikrobinius ir toksinius (cheminius) rodiklius geriamojo vandens vartojimo vietose; vykdomi kiti higienos normos reikalavimai. Atkreiptinas dėmesys ir į tai, kad valstybė, siekdama užtikrinti minėtos funkcijos įgyvendinimą, sukūrė mechanizmus, kuriais siekiama apsaugoti centralizuoto geriamojo vandens neturinčius asmenis, tiksliau nėščiąsias ir kūdikius iki 6 mėnesių amžiaus, kurie maistui naudoja kastinių šulinių vandenį: valstybė nemokamai atlieka tokio vandens tyrimus, siekdama išvengti apsinuodijimų nitritais ir nitratais⁴²⁶.

Svarbios yra ir analizuojamo Geriamojo vandens įstatymo 13 straipsnio nuostatos, kuriomis užtikrinama geriamojo vandens šaltinių apsauga nustatant jiems sanitarines apsaugos zonas⁴²⁷, kurių teisinio reglamentavimo praktinis įgyvendinimas bus atskleistas toliau šiame poskyryje.

Kaip buvo minėta, saugios sveikatai gyvenamosios aplinkos užtikrinimo teisinis reguliavimas neapsiriboja privalomųjų reikalavimų nustatymu. Jis taip pat įtvirtina ir šių reikalavimų įgyvendinimo procedūras, kad asmenys nuo pat pirmų procesų (teritorijų planavimas, statybos) iki ūkinės veiklos vykdymo šalia gyvenamųjų patalpų laikytųsi ir įgyvendintų jų nuostatas bei būtų sukurta valstybės institucijų sistema, kuri užtikrintų minėtų reikalavimų laikymosi kontrolę. Dėl to valstybė teisiniu reguliavimu šioje srityje sukūrė visą sistemą, užtikrinančią minėtų reikalavimų įgyvendinimą, kurią tikslinga apžvelgti ir įvertinti. Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 21 straipsnis nustato, kad nagrinėtų priemonių įgyvendinimo užtikrinimas pagal kompetenciją pavestas valstybės ir savivaldybių institucijoms (21 straipsnio 2 dalis), įskaitant ir visuomenės sveikatos priežiūros institucijas. Iš esmės, manytina, šias priemones galima suskirstyti į tarpusavyje susijusias grupes, pradedant nuo teritorijų planavimo ir statybos priežiūros, baigiant kontrolės vykdymu.

Sveikos ir harmoningos gyvenamosios, darbo ir poilsio aplinkos formavimas stengiantis sukurti geresnes ir visoje valstybės teritorijoje visavertes gyvenimo sąlygas yra vienas iš Lietuvos Respublikos teritorijų planavimo įstatyme⁴²⁸ minimų teritorijų planavimo tikslų, o gyvenimo ir aplinkos kokybės gerinimas yra vienas iš bendrojo teritorijų planavimo uždavinių. Teritorijų naudojimo, tvarkymo ir apsaugos režimo nustatymas, teritorijų tvarkymo priemonės, turizmo paslaugų ir poilsio infrastruktūros plėtra, teritorijų rezervavimas infrastruktūros ir kitiems visuomenės poreikiams reikalingiems

⁴²⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. liepos 23 d. įsakymas Nr. V-455 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 24:2003 „Geriamojo vandens saugos ir kokybės reikalavimai“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 79-3606.

⁴²⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. gegužės 30 d. įsakymas Nr. 250 „Dėl apsinuodijimų nitritais ir nitratais diagnostikos ir profilaktikos“. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 58-2361.

⁴²⁷ Apie pastarąsias bus kalbama vėliau šioje dalyje.

⁴²⁸ Lietuvos Respublikos teritorijų planavimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 1995, Nr. 107-2391.

objektams gali turėti įtakos sveikos ir harmoningos gyvenamosios ir poilsio aplinkos formavimui. Daugelis Teritorijų planavimo įstatyme reglamentuojamų specialiojo teritorijų planavimo uždavinių gali būti siejami su dvių analizuojamų sričių – aplinkos triukšmo ir patalpų oro kokybės valdymo – klausimais. Svarbiausios sąlygos, nulemiančios gyvenimo kokybę bei garantuojančios ilgalaikę vertę – gerai pasirinkta vieta ir neužteršta aplinka, todėl tinkamai suplanuota teritorija ir gyvenamajam namui parinkta vieta, tinkama gyvenamosios aplinkos „kaimynystė“ didžiąja dalimi tai lemia. Pastebėtina, kad Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas konstatavo, jog įgyvendinant teritorijų planavimo dokumentų sprendinius daroma įtaka ne tik suplanuotos teritorijos nekilnojamojo turto savininkų (valdytojų, naudotojų) teisėms bei teisėtiems interesams, bet ir ekonominiam bei socialiniam teritorijos vystymuisi, aplinkai ar atskiriems jos elementams, visuomenės narių sveikatai⁴²⁹.

Su teritorijų planavimo procedūromis yra tiesiogiai susijusios sanitarinių apsaugos zonų nustatymo procedūros, todėl detaliau aptartinas sanitarinių apsaugos zonų nustatymo teisinis reguliavimas, kaip įrankis, neleidžiantis gyvenamosioms patalpoms (pastatams) atsirasti ten, kur kiltų pavojus jose gyvenančių asmenų sveikatai, taip pat ir apsaugoti gyvenamąją aplinką, kad pastarajai nekenktų sveikatai pavojinga veikla.

Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 24 straipsnis nustato, kad asmenys, projektuojantys, statantys, rekonstruojantys, valdantys ar turintys nuosavybės teisę statinius, kuriuose vykdoma veikla yra epidemiologiškai svarbi arba susijusi su žmogaus gyvenamosios aplinkos tarša, projektuoja ir įrengia aplink šiuos statinius sanitarines apsaugos zonas. Šios teisės normos lingvistinė loginė analizė leidžia sanitarinių apsaugos zonų nustatymą sieti tik su statybos procesu, t. y. pareiga nustatyti sanitarines apsaugos zonas asmeniui kyla tik tada, kai jis projektuoja, stato, rekonstruoja, valdo ar naudoja statinį. Ši loginė įstatymo konstrukcija paremta tuo, kad pati sanitarinė apsaugos zona yra aplink stacionarų taršos šaltinių arba keletą taršos šaltinių, – tai apibrėžta teritorija, esanti aplink statinį, kuriame vykdoma (planuojama vykdyti) veikla yra epidemiologiškai svarbi arba susijusi su žmogaus gyvenamosios aplinkos tarša. Taigi iš esmės įstatymas apibrėžia du alternatyvius kriterijus, vienam iš kurių esant turėtų būti nustatyta sanitarinė apsaugos zona: pirma, vykdoma (planuojama vykdyti) veikla yra susijusi su gyvenamosios aplinkos tarša arba, antra, vykdoma (planuojama vykdyti) veikla yra epidemiologiškai svarbi⁴³⁰. Analizuojant šį (epidemiologiškai svarbios veiklos) sanitarinių

⁴²⁹ Lietuvos Vyriausiojo Administracinio Teismo 2009 m. birželio mėn. 30 d. aprobuotas Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo praktikos, taikant teritorijų planavimą reglamentuojančias teisės normas, apibendrinimas. *Administracinė jurisprudencija*. 2009, Nr. 17.

⁴³⁰ Veikla, kai asmenys turi tiesioginį sąlytį su neįpakuotais maisto produktais, centralizuotai tiekia vandenį, prižiūri vandentiekio sistemas, gamina vaistus, kosmetikos priemones bei asmens higienos priemones arba teikia kosmetikos, pirties, kirpimo ir kitas paslaugas, turėdami tiesioginį sąlytį su žmogaus kūnu. Taip pat pažymėtina, kad įgyvendinant Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 28 straipsnį, kaip buvo minėta, sveikatos apsaugos ministro įsakymu yra patvirtintas Epidemiologiškai svarbių veiklos sričių, kuriose, nesilaikant nustatytų higienos reikalavimų, galėtų kilti pavojus užsikrėsti užkrečiamosiomis ligomis bei atsirastų neinfekcinių ligų protrūkių sąrašas, kuriame greta įstatyme paminėtų veiklų taip pat įtrauktas vaikų ugdymas, asmenų aptarnavimas globos, nakvynės namuose, viešbučiuose, traukiniuose, oro transporte ir kt. Taigi įstatymas imperatyviai nurodo, kad poįstatyminiuose teisės aktuose, nustatančiuose ūkinės veiklos rūšis, kurioms nustatomos sanitarinės apsaugos zonos, turėtų būti įtvirtintos visos paminėtos epidemiologiškai svarbios veiklos, papildomai įvertinant ir nustatant taip pat ir tas, kurios yra susijusios su gyvenamosios aplinkos tarša.

apsaugos zonų nustatymo kriterijų, pasakytina tai, kad daugeliu paminėtų atvejų epidemiologiškai svarbi veikla yra susijusi ne su taršos šaltinių naudojimu, bet priešingai – su interesu apsaugoti šią veiklą nuo išorinės taršos (pavyzdžiui, vaikų darželių, mokyklų, viešbučių, geriamojo vandens tiekimo veikla). Kitos epidemiologiškai svarbioms veikloms priskiriamos veiklos (pavyzdžiui, gyvulių ir paukščių auginimas, pavojingų atliekų saugojimas, nuotekų valymas ir pan.) sanitarinių apsaugos zonų nustatymo kriterijų atitinka visų pirma ne dėl to, kad nesilaikant nustatytų higienos reikalavimų (beje, nesuprantama ir teisinėje valstybėje nepriimtina preziumuoti teisės normų nesilaikymą iš ūkio subjektų pusės) galėtų kilti pavojus užsikrėsti užkrečiamosiomis ligomis, bet būtent siekiant apsaugoti greta šių veiklų esančią gyvenamąją aplinką nuo šios veiklos keliamos taršos. Taigi darytina išvada, kad įstatyme visiškai pakaktų vieno sanitarinių apsaugos zonų nustatymo kriterijaus, nulemtą poreikio apsaugoti nuo ūkinės veiklos taršos greta esančią gyvenamąją aplinką.

De facto veiklų, kurioms nustatomos sanitarinės apsaugos zonos, sąrašė, nustatytame Specialiosiose žemės ir miško naudojimo sąlygose⁴³¹ bei Sanitarinių apsaugos zonų nustatymo ir režimo taisyklėse⁴³², iš esmės ir yra paliktos tik minėtu kriterijumi paremtos ūkinės veiklos. Taigi, formaliąją prasme poįstatyminiais teisės aktais yra neleistinai susiaurintas įstatyme apibrėžtų veiklų, kurioms nustatomos sanitarinės apsaugos zonos, sąrašas.

Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 24 straipsnio 2 dalyje nustatyta, kad ūkinės komercinės veiklos rūšims, kurioms nustatomos sanitarinės apsaugos zonos, sanitarinės apsaugos zonos ribų dydžius, režimo reikalavimus nustato Vyriausybė. Lietuvos Respublikos žemės įstatymo⁴³³ 22 straipsnio 1 dalyje numatyta, kad specialiosios žemės naudojimo sąlygos gali būti nustatomos įstatymais ir Vyriausybės nutarimais. Taigi įstatymų leidėjas pasisakė dėl specialiųjų žemės naudojimo sąlygų nustatymo ne žemesni lygmeniu nei Vyriausybės nutarimu. Kaip jau buvo minėta, veiklos, kurioms nustatomos sanitarinės apsaugos zonos, yra nustatytos Specialiosiose žemės ir miško naudojimo sąlygose bei Sanitarinių apsaugos zonų nustatymo ir režimo taisyklėse. Šia prasme sveikatos apsaugos ministro nustatytas ūkinės veiklos rūšių, kurioms nustatomos sanitarinės apsaugos zonos, sąrašas tiek, kiek jis nustato papildomas ar kitokias ūkinės veiklos rūšis, nei nustatyta Vyriausybės nutarime, prieštarauja paminėtų įstatymų nuostatoms ir yra priimtas viršijant Sveikatos apsaugos ministerijai suteiktus įgaliojimus.

Specialiosiose žemės ir miško naudojimo sąlygose, patvirtintose Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1992 m. gegužės 12 d. nutarimu Nr. 343, yra nustatyti atitinkami draudimai, eliminuojantys gyvenamųjų pastatų buvimo galimybę sanitarinėse apsaugos zonose: aerodromų sanitarinėje apsaugos zonoje draudžiama statyti gyvenamuosius namus, sveikatos priežiūros, vaikų ugdymo bei auklėjimo įstaigas ir pan. (17 punktas); gamybinių objektų sanitarinėse apsaugos zonose draudžiama statyti gyvenamuosius namus, sporto įrenginius, vaikų įstaigas, mokyklas, ir pan. (69 ir 74 punktai).

Kaip buvo minėta, visuomenės sveikatos saugos reikalavimų įgyvendinimas užtikrinamas ne tik teritorijų planavimo, tačiau ir statybos proceso metu. Kaip teigia Lie-

⁴³¹ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1992 m. gegužės 12 d. nutarimas Nr. 343 „Dėl Specialiųjų žemės ir miško naudojimo sąlygų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1992, Nr. 22-652.

⁴³² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugpjūčio 19 d. įsakymas Nr. V-586 „Dėl Sanitarinių apsaugos zonų ribų nustatymo ir režimo taisyklių“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 134-4878.

⁴³³ Lietuvos Respublikos žemės įstatymas. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 34-620; 2004, Nr. 28-868.

tuvos vyriausiasis administracinis teismas, „subalansuotos statybos pramonės rėmimas yra įvardintas vienu iš tokių gyvenviečių formavimo strateginių principų, todėl ypač svarbu numatyti tinkamas politikos kryptis, technologijas, apskaitimą informacija, siekiant, kad statybos pramonė atitiktų žmonijos plėtros tikslus, išvengiant kenksmingo poveikio žmogaus sveikatai ir biosferai bei didinant statybos pramonės pasirengimą suteikti darbą didesniai skaičiui darbuotojų“⁴³⁴. Atitinkamai vieni iš Lietuvos Respublikos statybos įstatyme⁴³⁵ išvardytų esminių statinių reikalavimų yra higienos ir sveikatos apsauga, t. y., kad būtų nepažeistos statinyje ar prie jo esančių žmonių higienos sąlygos ir nekiltų grėsmė žmonių sveikatai dėl įstatyme nurodytų prižasčių (pavojingų kietųjų dalelių ar dujų atsiradimo ore, pavojingos spinduliuotės, ir pan.). Statybos techniniame reglamente STR 2.01.01(5):2008 „Esminis statinio reikalavimas „Apsauga nuo triukšmo“⁴³⁶ nustatoma, kad statinys turi būti suprojektuotas ir pastatytas taip, kad jame ir šalia jo esančių žmonių girdimo triukšmo lygis nekeltų grėsmės jų sveikatai ir atitiktų jų darbui, poilsiui bei miegui būtinas komfortines aplinkos sąlygas. Statybos techninis reglamentas STR 2.01.07:2003 „Pastatų vidaus ir išorės aplinkos apsauga nuo triukšmo“⁴³⁷ nustato pastatų vidaus ir išorės aplinkos apsaugos nuo triukšmo kokybės reikalavimus, pastato atitvarų ir jo dalių akustinių rodiklių vertes, kad pastatuose ir šalia jų girdimas triukšmo lygis nekeltų grėsmės žmonių sveikatai ir atitiktų darbui, poilsiui bei miegui būtino akustinio komforto kokybę.

Kaip buvo minėta, kalbant apie praktinį analizuojamų nuostatų įgyvendinimą yra svarbus ir trečiasis aspektas – kontroliuoti, kad asmenys vadovautųsi minėtais reikalavimais savo veikloje, o tuomet kai yra jie pažeidžiami, būtų taikomos administracinio poveikio priemonės. Kalbant, pavyzdžiui, apie gyvenamųjų patalpų oro kokybės kontrolę atkreiptinas dėmesys į tai, kad Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas paveda Valstybinei visuomenės sveikatos priežiūros tarnybai vykdyti stacionarių globos ir slaugos įstaigų valstybinę visuomenės sveikatos saugos kontrolę (15 straipsnio 1 dalies 2 punktą), taip pat pagal asmenų prašymus, pranešimus, skundus vykdyti visuomenės sveikatos saugos reglamentų (higienos normų), kurių kontrolė nėra pavesta kitiems viešojo administravimo subjektams, kontrolę pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytą kontroliuojamų sričių sąrašą (15 straipsnio 1 dalies 3 punktą). Pagal asmenų prašymus, pareiškimus, skundus Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos vykdomos visuomenės sveikatos saugos reglamentų (higienos normų), kurių kontrolė nėra pavesta kitoms viešojo administravimo institucijoms, laikymosi kontrolės (valsty-

⁴³⁴ Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2010 m. vasario mėn. 24 d. aprobuotas Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo praktikos, taikant statybos teisinius santykius reglamentuojančias teisės normas, apibendrinimas. *Administracinė jurisprudencija*. 2010, Nr. 18.

⁴³⁵ Lietuvos Respublikos statybos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 32-788.

⁴³⁶ Lietuvos Respublikos aplinkos ministro 2008 m. kovo 12 d. įsakymas Nr. D1-132 „Dėl Statybos techninio reglamento STR 2.01.01(5):2008 „Esminis statinio reikalavimas „Apsauga nuo triukšmo“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 35-1256.

⁴³⁷ Lietuvos Respublikos aplinkos apsaugos ministro 2003 m. liepos 17 d. įsakymas Nr. 387 „Dėl Statybos techninio reglamento STR 2.01.07:2003 „Pastatų vidaus ir išorės aplinkos apsauga nuo triukšmo“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 79-3614.

binės visuomenės sveikatos saugos kontrolės) kontroliuojamų sričių sąrašą⁴³⁸ numatyta, kad tarnyba pagal asmenų prašymus, pranešimus, skundus kontroliuoja, ar neviršijama cheminių medžiagų (teršalų) koncentracija gyvenamosios aplinkos ore pagal Lietuvos higienos normą HN 35:2007 „Didžiausia leidžiama cheminių medžiagų (teršalų) koncentracija gyvenamosios aplinkos ore“. Kol kas tai vienintelė Lietuvos higienos norma, tiesiogiai reglamentuojanti gyvenamųjų patalpų oro kokybei aktualų ūkinės komercinės veiklos veiksnį, kurio kontrolė pavesta visuomenės sveikatos priežiūros institucijoms. Manytina, kad patvirtinus Lietuvos higienos normą HN 121:2010 „Kvapo koncentracijos ribinė vertė gyvenamosios aplinkos ore“⁴³⁹, nustatančią kvapo koncentracijos ribinę vertę gyvenamosioms patalpoms, šia higienos norma turi būti papildytas ir minėtas sąrašas⁴⁴⁰. Šiuo aspektu paminėtina tai, kad nuo 2010 m. liepos 1 d. įsigaliojusi Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo redakcija paveda Valstybinei visuomenės sveikatos priežiūros tarnybai kvapų kontrolę gyvenamuosiuose pastatuose, tačiau, esamas teisinis reguliavimas neįtvirtina nuostatos, kad gyvenamosiose patalpose neturi būti iš aplinkos sklindančių kvapų, sukeltų kitų asmenų ūkinės veiklos (ji yra kai kuriose užsienio valstybėse ir yra siejama su asmens privataus gyvenimo apsauga), bei kol kas nenustato didžiausios leidžiamos kvapo koncentracijos gyvenamosiose patalpose, todėl *de facto* kvapų kontrolė visuomenės sveikatos priežiūros institucijų ir nėra vykdoma (ji vykdoma tik tiek, kiek siejama su pavojingų cheminių medžiagų, sukeliančių kvapą, kontrole).

Pagal asmenų prašymus, pareiškimus, skundus Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos vykdomos visuomenės sveikatos saugos reglamentų (higienos normų), kurių kontrolė nėra pavesta kitoms viešojo administravimo institucijoms, laikymosi kontrolės (valstybinės visuomenės sveikatos saugos kontrolės) kontroliuojamų sričių sąrašo patvirtinimas parodo, kad sveikatos apsaugos ministras yra patvirtinęs higienos normas ir sureguliuavęs sritis, kurių apsauga ir kontrolė nenumatyta įstatymuose. Tai, manytina, teisiniu požiūriu yra gana ydingas sprendimas, kadangi įstatymų nuostatos neapibrėžia asmens teisių ir pareigų konkrečioje visuomenės sveikatos saugos srityje ir susidaro tokia situacija, kai sveikatos apsaugos ministro atsakomybei tenka tai, kokią sritį ir kokiais reikalavimais reglamentuoti ir kokioms institucijoms priskirti reglamentavimo priežiūrą.

Triukšmo kontrolės atveju, vadovaudamasi Lietuvos Respublikos triukšmo valdymo įstatymo 5 straipsnio 1 dalies 4 punktu ir 22 straipsnio 6 dalimi, Lietuvos Respublikos Vyriausybė patvirtino Valstybinės triukšmo kontrolės tvarkos aprašą⁴⁴¹ ir įgaliojo Aplinkos, Susisiekimo ir Sveikatos apsaugos ministerijas pagal kompetenciją vykdyti

⁴³⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gruodžio 4 d. įsakymas Nr. V-1179 „Dėl Pagal asmenų prašymus, pareiškimus, skundus Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos vykdomos visuomenės sveikatos saugos reglamentų (higienos normų), kurių kontrolė nėra pavesta kitoms viešojo administravimo institucijoms, laikymosi kontrolės (valstybinės visuomenės sveikatos saugos kontrolės) kontroliuojamų sričių sąrašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 145-5855.

⁴³⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. spalio 4 d. įsakymas Nr. V-885 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 121:2010 „Kvapo koncentracijos ribinė vertė gyvenamosios aplinkos ore“ ir Kvapų kontrolės gyvenamosios aplinkos ore taisyklių patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 120-6148.

⁴⁴⁰ Tačiau iki 2010-12-15 tai padaryta nebuvo.

⁴⁴¹ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. kovo 9 d. nutarimas Nr. 222 „Dėl Valstybinės triukšmo kontrolės tvarkos aprašo patvirtinimo ir įgaliojimų suteikimo“. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 29-986.

valstybinę triukšmo kontrolę. Valstybine triukšmo kontrole siekiama užtikrinti Lietuvos Respublikos triukšmo valdymo įstatymo ir kitų su triukšmo valdymu susijusių teisės aktų reikalavimų laikymąsi, pasireiškiantį teisės aktų pažeidimų prevencija, pažeidimų pašalinimu, reikalavimus pažeidusių asmenų nustatymu ir priemonių pažeidimams pašalinti numatymu. Atitinkamai sveikatos apsaugos ministras patvirtino Triukšmo prevencijos ir mažinimo priemonių įgyvendinimo reikalavimų vykdymo kontrolės tvarkos aprašą⁴⁴². Tačiau minėtas teisės aktas iš esmės neišsprendė su triukšmo kontrole susijusių problemų – kokios institucijos *de facto* kontroliuoja triukšmo valdymo įstatymo nuostatų įgyvendinimą, nes, pavyzdžiui, pagal Triukšmo valdymo įstatymą, triukšmo kontrolę atlieka tiek Vidaus reikalų ministerijos įgaliotos įstaigos, tiek Sveikatos apsaugos ministerijos įgaliotos įstaigos, tiek savivaldybės, o už tai atsako ir Aplinkos bei Susisiekimo ministerijos. Spręsdami šią problemą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras ir Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministras pasirašė įsakymą Nr. V-958/IV-4 „Dėl tarpžinybinio bendradarbiavimo vykdant valstybinę triukšmo kontrolę“⁴⁴³, siekdami padėti institucijoms pagal kompetenciją įgyvendinti joms priskirtas funkcijas. Atitinkamai įsakyme ir yra numatyta, kad buitinį triukšmą, kylantį gyvenamosiose vietose asmenims rėkaujant, garsiai leidžiant muziką, kontroliuoja Vidaus reikalų ministerijos įgaliotos institucijos, o Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldi Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba – iš ūkinės veiklos sklindantį triukšmą, kuris viršija nustatytus maksimalius lygius gyvenamosiose ir visuomeninės paskirties patalpose.

Savivaldybės, vadovaudamosi Lietuvos Respublikos triukšmo valdymo įstatymo 13 straipsniu, nustato tyliąsias zonas, tvirtina triukšmo prevencijos viešosiose vietose taisykles, nustato muzikinių ir kitų masinių renginių, kuriuos organizuoja juridiniai ir fiziniai asmenys, trukmę, reikalauja, kad triukšmo šaltinių valdytojai tikslintų ir keistų triukšmo šaltinių naudojimo trukmę ir konkretų šių šaltinių veiklos pradžios ir pabaigos laiką. Savivaldybių institucijoms vykdyti minėtas funkcijas padeda tiek Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžios institucijos, teikdamos informaciją apie joms pagal kompetenciją nustatytas funkcijas ir taikytas administracinio poveikio priemones, tiek Vidaus reikalų ministerijai pavaldžios institucijos pagal kompetenciją. Šios informacijos pagrindu savivaldybių institucijos gali priimti motyvuotus sprendimus riboti darbo laiką, stabdyti alkoholio prekybos licencijų galiojimą ar taikyti kitas veiksmingas priemones. Tai yra pakankamai efektyvi kovos su triukšmu priemonė nors ir negausiai, tačiau vis labiau naudojama savivaldybių praktikoje. Štai Vilniaus miesto savivaldybės taryba yra patvirtinusi Triukšmo prevencijos viešosiose vietose taisykles⁴⁴⁴, kuriose nustatyta, kad siekiant apsaugoti žmonių sveikatą ir aplinką, kai viršijami triukšmo ribiniai dydžiai, Vilniaus miesto savivaldybės administracija kartu su Sveikatos apsaugos ministerija ar jos įgaliota institucija turi teisę laikinai: suderinusios su Susisiekimo ministerija nustatytoje teritorijoje apriboti

⁴⁴² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. liepos 16 d. įsakymas Nr. V-641 „Dėl triukšmo prevencijos ir mažinimo priemonių įgyvendinimo reikalavimų vykdymo kontrolės tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 82-3285.

⁴⁴³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro 2007 m. lapkričio 27 d. įsakymas Nr. V-958/IV-4 „Dėl tarpžinybinio bendradarbiavimo vykdant valstybinę triukšmo kontrolę“. *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 126-5136.

⁴⁴⁴ Vilniaus miesto savivaldybės tarybos 2007 m. rugsėjo 12 d. sprendimas Nr. 1-211 „Dėl Triukšmo prevencijos viešosiose vietose taisyklių tvirtinimo“ [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-07-12]. <www.vilnius.lt>.

arba uždrausti transporto priemonių eismą; apriboti stacionarių triukšmo šaltinių veiklą; taikyti kitas triukšmo mažinimo priemones. Tuo pačiu minėta savivaldybė yra priėmusi ir sprendimų: vadovaudamasi atitinkamais teisės aktais ir minėtomis taisyklėmis bei atsižvelgdama į gyventojų skundus bei įvairių institucijų pateiktą informaciją apribojo mažmeninės prekybos alkoholiniais gėrimais laiką⁴⁴⁵.

Apibendrinant saugios sveikatai gyvenamosios aplinkos užtikrinimo teisinio reguliavimo analizę konstatuotina, kad pagrindinių įstatymų nuostatos iš esmės yra deklaratyvos ir joms trūksta sistemiskumo. Iš esmės pagrindinės asmenų teisės ir pareigos nustatytos poįstatyminiuose teisės aktuose, išskyrus tas sritis, kurios yra reglamentuojamos specialiaisiais įstatymais, tačiau didelė gausa įstatymus įgyvendinančių teisės aktų ir jų tarpusavio suderinamumo stoka lemia problemišką pastarųjų praktinį įgyvendinimą: iš principo įgyvendinami teisės į sveikatos apsaugą turinyje išskirti kiekybiniai parametrai, tačiau neefektyviai įgyvendinami kokybiniai parametrai.

Saugios sveikatai darbo aplinkos užtikrinimas. Sveikatos sistemos įstatymo 33 straipsnio 1 dalyje nustatoma, kad visuomenės sveikatos saugos pagrindą sudaro pavojaus ir žalos sveikatai ribojimo priemonių sistema darbo aplinkoje. Šias nuostatas ir detalizuoja nagrinėjamo straipsnio 2 dalis, kurioje nustatytos visuomenės sveikatos saugos įgyvendinimo priemonės: reglamentuojami darbo ar kitokios veiklos nepavojingumo ir nekenksmingumo sveikatai rodikliai ir higienos reikalavimai, žaliavos, technika, įranga bei kitos prekės neturi sukelti jokios rizikos sveikatai arba gali kelti jai tik minimalią riziką.

Saugios sveikatai darbo aplinkos užtikrinimo teisinio reguliavimo ribos atskleidžiamos ir Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo, kuomet pastarasis aiškindamas Lietuvos Respublikos Konstitucijos 48 straipsnio nuostatas išaiškino⁴⁴⁶, kad „konstitucinė teisė į tinkamas, saugias ir sveikas darbo sąlygas *inter alia* reiškia, kad kiekvienas darbuotojas turi teisę į tokias darbo sąlygas, kurios nedarytų neigiamo poveikio jo gyvybei, sveikatai, atitiktų saugumo ir higienos reikalavimus. Kartu ši konstitucinė teisė suponuoja darbdavio pareigą užtikrinti darbo sąlygų tinkamumą, saugumą ir sveikumą. Iš Konstitucijos, *inter alia* jos 48 straipsnio 1 dalies, kylanti žmogaus teisė į tinkamas, saugias ir sveikas darbo sąlygas nepaneigia ir kiekvieno darbuotojo pareigos laikytis saugos darbe reikalavimų. Pažymėtina, kad Konstitucijos 48 straipsnio 1 dalies nuostata, pagal kurią kiekvienas žmogus turi teisę turėti tinkamas, saugias ir sveikas darbo sąlygas, suponuoja ir valstybės pareigą nustatyti teisinį reguliavimą, pagal kurį būtų sudarytos teisinės prielaidos įgyvendinti šią teisę. Tai darydama valstybė kartu privalo nustatyti ir veiksmingus šios konstitucinės teisės įgyvendinimo kontrolės mechanizmus. <...> Šiame Konstitucinio Teismo nutarime taip pat yra konstatuota, kad

⁴⁴⁵ Vilniaus miesto savivaldybės tarybos 2010 m. kovo 31 d. sprendimas Nr. 1-1485 „Dėl mažmeninės prekybos alkoholiniais gėrimais laiko apribojimo UAB „Malsita“ priklausančioje vyninėje „Prie Universiteto“ Dominikonų g. 9“ [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-07-12]. <www.vilnius.lt>.

⁴⁴⁶ Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2008 m. balandžio 29 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų socialinio draudimo įstatymo 7 straipsnio 2 dalies (2005 m. gegužės 19 d. redakcija) nuostatos ir dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004 m. kovo 22 d. nutarimu Nr. 309 „Dėl Nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų socialinio draudimo išmokų nuostatų patvirtinimo“ patvirtintų Nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų socialinio draudimo išmokų nuostatų 13 punkto (2004 m. kovo 22 d. redakcija) nuostatos atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 51-1904.

iš Konstitucijos, *inter alia* jos 48 straipsnio 1 dalies, kylanti žmogaus teisė į tinkamas, saugias ir sveikas darbo sąlygas nepaneigia ir kiekvieno darbuotojo pareigos laikytis saugos darbe reikalavimų“.

Taigi, kaip matome, valstybė ne tik įgyvendindama teisę į sveikatos apsaugą, bet ir Konstitucijoje įtvirtintą teisę į saugias ir sveikas darbo sąlygas turi pareigą nustatyti teisinį reguliavimą, pagal kurį būtų sudarytos teisinės prielaidos įgyvendinti šią teisę, bei kartu privalo nustatyti ir veiksmingus teisės įgyvendinimo kontrolės mechanizmus.

Saugios sveikatai darbo aplinkos užtikrinimas numatytas ir Lietuvos Respublikos darbo kodekso⁴⁴⁷ 17 skyriuje ir Lietuvos Respublikos darbuotojų sveikatos ir saugos įstatyme⁴⁴⁸.

Darbo kodekso 259 straipsnyje nurodoma, kad darbuotojų sauga ir sveikata – tai visos darbuotojų darbingumui, sveikatai ir gyvybei darbe išsaugoti skirtos prevencinės priemonės, kurios naudojamos ar planuojamos visuose įmonės veiklos etapuose, kad darbuotojai būtų apsaugoti nuo profesinės rizikos arba ji būtų kiek įmanoma sumažinta. Pasak P. Grėbliausko, komentuojamame Darbo kodekso straipsnyje pateikiamas darbuotojų saugos ir sveikatos apibrėžimas, kurio esmė yra prevencinėmis priemonėmis saugoti darbuotojo darbingumą nuo profesinės rizikos⁴⁴⁹. Ir Lietuvos Aukščiausiasis Teismas aiškindamas minėtą Darbo kodekso nuostatą konstatavo, kad „darbdavio prievolė užtikrinti darbuotojų saugą ir sveikatą apibrėžta kaip visos prevencinės priemonės, skirtos darbuotojų darbingumui, sveikatai ir gyvybei darbe išsaugoti, kurios naudojamos ar planuojamos visuose įmonės veiklos etapuose, kad darbuotojai būtų apsaugoti nuo profesinės rizikos arba ji būtų kiek įmanoma sumažinta. Darbuotojo teisė į saugias darbo sąlygas apima galimybę turėti saugią darbo aplinką tiek jo tiesioginių darbo pareigų atlikimo vietoje, tiek darbuotojui esant kitoje vietoje darbdavio pavedimu ar jo interesais“⁴⁵⁰.

Šiuo atveju, manytina, gali būti pagrįstai keliamas klausimas, ar saugios sveikatai darbo aplinkos užtikrinimas yra teisės į sveikatos apsaugą, ar teisės į saugias ir sveikas darbo sąlygas priemonė. Kaip matyti, darbuotojų saugos ir sveikatos darbe tikslai iš esmės atitinka ir yra apimami visuomenės sveikatos priežiūros, kaip prevencinės veiklos, kuria valstybė siekia įgyvendinti teisę į sveikatos apsaugą, tikslus ir esmę – ne tik sveikos gyvenimo sąlygos, bet ir saugos ir sveikatos priemonių visuma darbe sudaro prielaidas visuomenei būti sveikesnei. Todėl akivaizdu, kad asmens teisė į sveikatos apsaugą ir asmens teisė į saugias ir sveikas darbo sąlygas yra nukreiptos į tą patį tikslą – asmens sveikatą, jos puoselėjimą ir išsaugojimą, todėl tarpusavyje yra glaudžiai ir neatsiejamai susijusios.

Valstybė, siekdama tinkamai įgyvendinti teisę į sveikatos apsaugą ir užtikrinti saugias sveikatai darbo sąlygas, teisiniu reguliavimu apibrėžė, kad darbdavys privalo pastarąsias užtikrinti darbuotojui ir tai yra jo pareiga. Darbo kodekso 260 straipsnyje kaip viena iš pagrindinių darbuotojų teisių minima teisė saugiai dirbti, kuri detalizuojama Darbuotojų sveikatos ir saugos įstatymo 3 straipsnio nuostatose, kur numatyta, kad kie-

⁴⁴⁷ Lietuvos Respublikos darbo kodeksas. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 64-2569.

⁴⁴⁸ Lietuvos Respublikos darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymas. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 70-3170.

⁴⁴⁹ Bužinskas G., *et al.* *Lietuvos Respublikos darbo kodekso komentaras III dalis Individualūs darbo santykiai*. Vilnius: Justitia, 2004, p. 407.

⁴⁵⁰ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2009 m. kovo 24 d. aprobuotos Lietuvos Aukščiausiojo Teismo nutarčių, priimtų nagrinėjant bylas, kylančias iš darbo teisinių santykių, santraukos (materialinė atsakomybė). *Teismų praktika*. 2009, Nr. 30

kvienam darbuotojui privalo būti sudarytos saugios ir sveikos darbo sąlygos. Lietuvos Aukščiausiasis Teismas atitinkamai nurodė, kad „Lietuvos Respublikos Konstitucijos 48 straipsnio 1 dalyje ir kituose straipsniuose deklaruojama kiekvieno žmogaus teisė turėti tinkamas, saugias ir sveikas darbo sąlygas, kiekvienam darbuotojui turi būti sudarytos tinkamos, saugios ir sveikatai nekenksmingos darbo sąlygos, nustatytos Darbuotojų saugos ir sveikatos įstatyme. Užtikrinti darbuotojų saugą ir sveikatą privalo darbdavys (Darbo kodekso 260 straipsnis)⁴⁵¹. Minėtas nuostatas papildė Apeliacinis teismas nutartyje konstatuodamas, kad „Darbo kodekso 2 straipsnio 1 dalies 5 punkte nustatyta, kad saugių ir sveikatai nekenksmingų darbo sąlygų sudarymas yra darbo santykių teisinio reguliavimo principas. <...> Taigi šiose darbo įstatymų normose imperatyviai įtvirtinta darbdavio pareiga užtikrinti darbuotojų saugias ir sveikas darbo sąlygas“⁴⁵².

Minėtų teisinio reguliavimo nuostatų praktinį įgyvendinimą atspindi Lietuvos apeliacinis teismas, byloje konstatuodamas, kad „darbdavio neteisėtiems veiksams ar neveikimui dėl darbuotojo sveikatos sužalojimo konstatuoti esminę reikšmę turi tai, ar darbdavys laikėsi teisinės pareigos, sudarydamas užtikrinančias darbuotojo saugumą sąlygas“⁴⁵³.

Siekiant užtikrinti, kad darbdavys įgyvendintų minėtą pareigą tinkamai, valstybė atitinkamai nustatė, kad darbdavys privalo tinkamai įrengti darbo vietas (Darbo kodekso 261 straipsnis). Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas aiškindamas minėtą nuostatą teigia, kad pastaroji „yra blanketinė teisės norma (nurodyta, kad kiekvieno darbuotojo darbo vieta ir aplinka turi būti saugi, patogi ir nekenksminga sveikatai, įrengta pagal darbuotojų saugos ir sveikatos norminių teisės aktų reikalavimus)⁴⁵⁴, ji detalizuojama Darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymo 14 straipsnyje, nustatant, kad kiekvieno darbuotojo darbo vieta ir darbo vietų aplinka turi atitikti darbuotojų saugos ir sveikatos norminių teisės aktų reikalavimus, darbo vietos turi būti įrengtos taip, kad jose dirbantys darbuotojai būtų apsaugoti nuo galimų traumų, jų darbo aplinkoje nebūtų sveikatai kenksmingų ar pavojingų rizikos veiksnių. Atitinkamai darbdavys taip pat privalo suteikti naudojimui saugias darbo priemones (Darbo kodekso 262 straipsnis), gamyboje naudojant pavojingas chemines medžiagas apsaugoti darbuotojus nuo jų neigiamo poveikio (Darbo kodekso 263 straipsnis), įrengti poilsio, persirengimo, drabužių, avalynės, asmeninių apsaugos priemonių laikymo patalpas arba vietas, sanitarinės bei asmens higienos patalpas su prausyklomis, dušais, tualetais (Darbo kodekso 267 straipsnis), instruktuoti darbuotojus saugiai dirbti (Darbo kodekso 270 straipsnis).

Minėtos Darbo kodekso nuostatos atspindi Darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymo 11 straipsnyje, kuriame teigiama, kad „darbdavio pareiga yra sudaryti darbuotojams

⁴⁵¹ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus 2010 m. balandžio mėn. 13 d. nutartis civilinėje byloje M. K., D. K., P. K. v. UAB „Romtransa“, UAB „Cargo Via“, Vilniaus teritorinė muitinė (bylos Nr. 3K-3-174/2010).

⁴⁵² Lietuvos apeliacinio teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2010 m. gegužės 14 d. nutartis civilinėje byloje Valstybinių ir privačių įmonių profesinė sąjunga v. UAB „Yazaki Wiring Technologies Lietuva“ (bylos Nr. 2A-148/2010);

⁴⁵³ Lietuvos apeliacinio teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2009 m. sausio 27 d. nutartis civilinėje byloje V. P. ir M. P. v. UAB „Jaugidė“ ir Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos Vilniaus skyrius (bylos Nr. 2A-118/2009).

⁴⁵⁴ Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo teisėjų kolegijos 2010 m. spalio 4 d. nutartis administracinėje byloje S. Š. v. Lietuvos Respublikos valstybinės darbo inspekcijos Šiaulių skyrius (bylos Nr. N-575-2263/2010).

saugias ir sveikatai nekenksmingas darbo sąlygas visais su darbu susijusiais aspektais. Darbuotojų saugos ir sveikatos priemonės finansuojamos darbdavio lėšomis“, o detalizuojamos pastarojo 25 straipsnyje.

Paminėtina, kad pareigas darbo saugos ir sveikatos srityje turi ne tik darbdaviai, bet ir darbuotojai. Darbo kodekso 274 straipsnyje nustatyta, kad darbuotojai privalo vykdyti įmonės darbuotojų saugos ir sveikatos norminių teisės aktų reikalavimus ir kaip galima labiau rūpintis kitų darbuotojų sauga ir sveikata. Minėtas nuostatas detalizuoja Darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymo 33 straipsnis, nustatantis, kad kiekvieno darbuotojo pareiga yra vykdyti įmonės darbuotojų saugos ir sveikatos norminių dokumentų reikalavimus ir darbuotojų saugos ir sveikatos norminių teisės aktų reikalavimus, su kuriais jie supažindinti ir apmokyti juos vykdyti, ir kaip galima labiau rūpintis savo ir kitų darbuotojų sauga ir sveikata.^{hbc}

Valstybė, siekdama užtikrinti asmenims saugias sveikatai darbo sąlygas, nustatė, kad tam tikriems asmenims pastarosios yra specifinės. Pavyzdžiui, atsižvelgiant į fiziologinę asmens būseną, specialiai yra reglamentuojamas asmenų iki aštuoniolikos metų darbas (Darbo kodekso 277 straipsnis), nustatant, kad minėti asmenys negali būti skiriami dirbti darbo, kuris fiziškai ir psichologiškai per sunkus ir pan.; taip pat ir nėščių, neseniai pagimdžiusių ar krūtimi maitinančių moterų darbas (Darbo kodekso 278 straipsnis), nustatant, kad jų negalima įpareigoti dirbti esant tokioms darbo sąlygoms ir veiksniams, kurie gali turėti neigiamą poveikį moters ar kūdikio sveikatai.

Minėtas įstatymų nuostatas, susijusias su sveikatos darbe sauga, įgyvendina keletas sveikatos apsaugos ministro patvirtintų poįstatyminių teisės aktų, tarp kurių paminėtini: Lietuvos higienos normoje HN 32:2004 „Darbas su videoterminalu. Saugos ir sveikatos reikalavimai“ nustatyti dirbančiųjų su videoterminalais darbo aplinkos, videoterminalo įrenginių, darbo ir poilsio režimo saugos ir sveikatos reikalavimai ir įpareigojimai darbdaviui, susiję su reikalavimais darbo ir poilsio režimui, išankstiniams ir periodiniams darbuotojų sveikatos tikrinimams, videoterminalo įrenginiams ir darbo aplinkai; Lietuvos higienos normoje „Natūralus ir dirbtinis darbo vietų apšvietimas. Apšvietos ribinės vertės ir bendrieji matavimo reikalavimai“⁴⁵⁵ reglamentuojamos natūralaus ir dirbtinio apšvietimo apšvietos mažiausios ribinės vertės darbo vietose; Lietuvos higienos norma HN 69:2003 „Šiluminis komfortas ir pakankama šiluminė aplinka darbo patalpose. Parametrų norminės vertės ir matavimo reikalavimai“⁴⁵⁶ nustato šiluminio komforto ir pakankamos šiluminės aplinkos parametrus, jų vertes bei matavimo reikalavimus darbo patalpose. Higienos normoje nustatomos darbo patalpų šiluminio komforto aplinkos oro temperatūros, oro santykinio drėgnumo ir oro judėjimo greičio norminės vertės. Darbuotojų saugos ir sveikatos reikalavimuose tvarkant krovinius rankomis⁴⁵⁷ bendrai

⁴⁵⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 24 d. įsakymas Nr. 277 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 98 : 2000 „Natūralus ir dirbtinis darbo vietų apšvietimas. Apšvietos ribinės vertės ir bendrieji matavimo reikalavimai“. *Valstybės žinios*. 2000, Nr. 44-1278.

⁴⁵⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. gruodžio 24 d. įsakymas Nr. V-770 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 69:2003 „Šiluminis komfortas ir pakankama šiluminė aplinka darbo patalpose. Parametrų norminės vertės ir matavimo reikalavimai“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 45-1485.

⁴⁵⁷ Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. spalio 23 d. įsakymas Nr. A1-293/V-8 „Dėl Darbuotojų saugos ir sveikatos reikalavimų tvarkant krovinius rankomis patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 116-4417.

nustatoma, kad darbdaviui atstovaujantis asmuo įgyvendindamas darbdavio pareigą sudaryti darbuotojams saugias ir sveikatai nekenksmingas darbo sąlygas visais su darbu susijusiais aspektais turi imtis reikiamų organizacinių veiksmų arba naudoti tinkamas priemones, ypač mechaninius įrenginius, kad darbuotojams nereikėtų tvarkyti krovinių rankomis. Darbuotojų apsaugos nuo triukšmo keliamos rizikos nuostatuose⁴⁵⁸ nustatyti būtiniausi reikalavimai dėl darbuotojų apsaugos nuo rizikos jų sveikatai ir saugai (o ypač jų klausai), kurią kelia ar gali sukelti triukšmas. Be to, sveikatos apsaugos ministras yra nustatęs darbo aplinkos veiksnius, dėl kurių nustatoma sutrumpinta darbo laiko trukmė⁴⁵⁹. Vadovaujantis šiuo įsakymu darbo laikas trumpinamas dėl kenksmingų cheminių, biologinių, fizikinių, fizinių, ergonominių, psichosocialinių darbo aplinkos veiksnių, viršijančių darbuotojų saugą ir sveikatos teisę reglamentuojančių teisės aktų nustatytas leistinas ribines vertes. Sutrumpintas, ne daugiau kaip trisdešimt šešių valandų per savaitę, darbo laikas nustatomas asmenims, dirbantiems profesinės rizikos sąlygomis, kai sveikatai kenksmingų darbo aplinkos veiksnių dydžiai viršija nustatytas leistinas ribines vertes ir kai techninėmis, organizacinėmis ar kitomis priemonėmis jų dydžio sumažinti iki nekenksmingo sveikatai neįmanoma.

Teisinio reguliavimo užtikrinimą analizuojamoje srityje įgyvendina Darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymo 47 straipsnio nuostatos, nustatančios, kad tai, kaip įmonėse laikomasi darbuotojų saugos ir sveikatos norminių teisės aktų reikalavimų, kontroliuoja Valstybinė darbo inspekcija. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos Valstybinės darbo inspekcijos įstatymu⁴⁶⁰ minėtos institucijos kompetencijai priskiriama nelaimingų atsitikimų darbe, profesinių ligų, darbuotojų saugos ir sveikatos, norminių darbo teisės aktų pažeidimų prevencija ir Lietuvos Respublikos darbo kodekso, darbuotojų saugą ir sveikatą bei darbo santykius reglamentuojančių įstatymų ir kitų norminių teisės aktų kontrolė įmonėse, įstaigose, organizacijose ar kitose organizacinėse struktūrose, nepaisant jų nuosavybės formos, rūšies, veiklos pobūdžio, taip pat tais atvejais, kai darbdavys yra fizinis asmuo. Valstybinė darbo inspekcija 2010 metais buvo numąčiusi patikrinti apie 10 tūkst. įmonių, iš kurių apie 3 tūkst. susiję su saugos ir sveikatos darbe įvertinimu⁴⁶¹. Kaip teigiama Valstybinės darbo inspekcijos ataskaitoje, šalies duomenys rodo, kad, palyginti su 2006 metais, bendras nelaimingų atsitikimų darbe skaičius sumažėjo 42 proc., lengvų – 41 proc., sunkių – 54 proc., mirtinų – 2,2 karto, o didžiausią žalą sveikatai ir gyvybei pagal rizikos veiksnius turi žmogaus kritimas iš aukščio (22,4 proc. visų mirtinų ir sunkių traumų), kelių ir vidaus transporto priemonės (21,8 proc.), žmogaus griuvinas (10,7 proc.), veikiantys įrenginiai ir mechanizmai (8,2 proc.). Žmogaus, įrenginio,

⁴⁵⁸ Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. balandžio 15 d. įsakymas Nr. A1-103/V-2 „Dėl Darbuotojų apsaugos nuo triukšmo keliamos rizikos nuostatų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 53-1804.

⁴⁵⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 6 d. įsakymas Nr. V-196 „Dėl Sutrumpinto darbo laiko trukmės nustatymo, atsižvelgiant į darbo aplinkos veiksnius, kriterijų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 54-1841.

⁴⁶⁰ Lietuvos Respublikos valstybinės darbo inspekcijos įstatymas. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 102-4585.

⁴⁶¹ Lietuvos Respublikos valstybinės darbo inspekcijos veiklos plano 2010 metų tikslams, kryptims bei uždaviniams, atsižvelgiant į rizikas, įgyvendinimo priemonės, patvirtintos Lietuvos Respublikos vyriausiojo valstybinio darbo inspektoriaus 2010 m. vasario 25 d. įsakymu Nr. V-77 [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-08-12]. <<http://www.vdi.lt/index.php?1042247467>>.

statinio ar jo dalies, medžiagų, daiktų ir pan. kritimas, griuvimas, virtimas ar poslinkis nulėmė 56,1 proc. visų žuvusių ar sunkiai traumuočių darbuotojų (iš 1013 – 568)⁴⁶².

Kaip matyti, saugios sveikatai darbo aplinkos visuomenės sveikatos saugos ir kontrolės teisinis reglamentavimas yra įstatyminio lygio, čia nustatomos pagrindinės asmenų teisės ir pareigos, teisinio reglamentavimo pagrindiniai principai, kurie įgyvendinami poįstatyminiais teisės aktais. Atitinkamai minėtas teisinis reguliavimas apima teisės į sveikatos apsaugą turinyje išskirtas pareigas valstybei (formaliuosius teisės į sveikatos apsaugą kriterijus), sukurti teisinio reguliavimo mechanizmai užtikrina teisės į sveikatos apsaugą turinčiuosius kriterijus.

Saugios sveikatai laisvalaikio aplinkos užtikrinimas. Kaip buvo minėta, saugios sveikatai aplinkos užtikrinimas apima ne tik gyvenamąją ir darbo aplinkas, bet ir asmens laisvalaikio aplinką. Todėl ir šiuo atveju valstybė profilaktiškai turi užkirsti kelią neigiamą įtaką asmens sveikatai darantiems veiksniams, turi sukurti tokį teisinį reguliavimą, kuris užtikrintų, kad asmenį supanti aplinka, kaip minėta, nepatenkanti į gyvenamosios ir darbo aplinkos sritis, būtų saugi asmens sveikatai. Analizuojamos bus tik visuomenės sveikatos saugos priemonės, kadangi anksčiau, ypač prie saugios sveikatai gyvenamosios aplinkos užtikrinimo, jau buvo aptartos visuomenės sveikatos kontrolės priemonės, kurios ir šiuo atveju iš esmės yra analogiškos. Atitinkamai prisimintina tai, kad, kaip minėta, Sveikatos sistemos įstatymo įvardijama „gamtinė aplinka“ šiame darbe siekiant tikslumo vadinama asmens laisvalaikio aplinka, nes pati gamtinė aplinka sveikatos apsaugos aspektu nėra reguliuojama.

Analizuojant, kokia aplinka patenka į laisvalaikio aplinką ir turi įtakos visuomenės sveikatai, paminėtinos tokios vietos: vietos, kur asmenims teikiamos paslaugos (apgyvendinimo paslaugų veikla, grožio paslaugų veikla (plaukų priežiūros paslaugos, veido priežiūros paslaugos, kūno priežiūros paslaugos, nagų priežiūros paslaugos, tatuiravimo paslaugos, ilgalaikio makiažo paslaugos, papuošalų vėrimo paslaugos), vietos, kur teikiamos soliariumų, sporto klubų, pirčių, saunų, baseinų, skalbyklų paslaugos, žmogaus palaikų laidojimo paslaugos. Prie laisvalaikio aplinkos, kadangi tai nėra nei gyvenamoji, nei darbo aplinka (neapimant darbuotojų, kurie dirba minėtuose objektuose), priskirtini ir objektai, teikiantys asmens sveikatos priežiūros, ugdymo, globos ir slaugos, apgyvendinimo paslaugas.

Kaip pavyzdį siekiant atskleisti saugios sveikatai laisvalaikio aplinkoje užtikrinimo teisinį reguliavimą galima pateikti mokyklinio ugdymo teisinį reguliavimą. Mokyklinio ugdymo reglamentavimo visuomenės sveikatos saugos aspektu svarbą, parodo ir tai, kad atskiras Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 36 straipsnis kaip tik ir skirtas vaikų sveikatos saugai ir stiprinimui. Pagal minėto straipsnio 2 dalį, vaikų sveikatos sauga įgyvendinama užtikrinant teisės aktų nustatytas vaikų ugdymo, mokymosi, mitybos, kūno kultūros ir sporto, poilsio, medicinos bei psichologinės pagalbos teikimo sąlygas ugdymo įstaigose ir vaikų apsaugą nuo fizinę bei psichinę sveikatą žalojančio poveikio; užtikrinant visiems vaikams tinkamą sveikatos priežiūrą.

⁴⁶² Lietuvos Respublikos valstybinės darbo inspekcijos ataskaita apie darbuotojų saugos ir sveikatos būklę bei darbo įstatymų vykdymą Lietuvos Respublikos įmonėse, įstaigose ir organizacijose 2009 metais. 2010 m. gegužės 31 d. Nr. NSD – 5. Vilnius [interaktyvi]. [žiūrėta 2010-08-12]. <<http://www.vdi.lt/index.php?1716170122>>.

Taigi teisinį šios srities reguliavimą verta pradėti analizuoti nuo to, kad bendrojo lavinimo mokyklų ugdymo veiklai, pagal Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymą (21 straipsnio 3 dalis), yra privalomas Leidimas-higienos pasas, kuris yra išduodamas Leidimų-higienos pasų išdavimo taisyklių⁴⁶³ nustatyta tvarka. Jį išduodant įvertinama bendrojo lavinimo mokyklų atitiktis visuomenės sveikatos saugos reikalavimams. Verta paminėti tai, kad „2010 metais atliktų patikrinimų metu nustatyta, kad 343 (28,4 proc.) bendrojo lavinimo mokyklos veikia neturėdamos leidimo-higienos paso, daugiausiai tokių mokyklų yra Vilniaus (98), Kauno (61) ir Klaipėdos (49) apskrityse. Bendrojo lavinimo mokyklų, neturinčių leidimo-higienos paso, skaičius po truputį mažėja. 2009 m. iš tuo pačiu laikotarpiu patikrintų mokyklų leidimo-higienos paso neturėjo 348 (31 proc.), o 2008 m. – 593 (43 proc.) mokyklų“⁴⁶⁴. Šie skaičiai parodo teisinio reguliavimo neefektyvumą, nes didelė dalis veikiančių įstaigų neatitinka nustatytų reikalavimų. Nors ir galima teigti, kad galbūt pastarieji yra per griežti, tačiau tokie teiginiai neturi rimtų argumentų, nes dalis įstaigų atitinka nustatytus reikalavimus. Visuomenės sveikatos saugos reikalavimai bendro lavinimo mokykloms apibrėžiami Lietuvos higienos normoje „Bendrojo lavinimo mokykla. Bendrieji sveikatos saugos reikalavimai“⁴⁶⁵. Minėto teisės akto nuostatos apima reikalavimus mokyklos sklypui, patalpoms ir jų įrengimui (tarp jų ir suolams), apšvietimui, šildymui ir vėdinimui, vandens tiekimui ir nuotekoms, patalpų ir įrenginių priežiūrai bei mokymo procesui, kas vadovaujantis minėtu teisės aktu turi sudaryti saugias ir sveikas ugdymo sąlygas. Vertėtų atkreipti dėmesį ir į tai, kad šią sritį, atsižvelgiant į minėtoje higienos normoje aprašytus ypatumus, taip pat visuomenės sveikatos saugos aspektu reglamentuoja ir daugelis kitų teisės aktų⁴⁶⁶.

Atitinkamai teisinis reguliavimas yra vykdomas ir kitose saugios sveikatai laisva-laikio aplinkos užtikrinimą reglamentuojančiuose teisės aktuose. Pavyzdžiui, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtintoje Lietuvos higienos normoje HN

⁴⁶³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. liepos 13 d. įsakymas Nr. V-632 „Dėl Leidimų-higienos pasų išdavimo taisyklių patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 86-4573.

⁴⁶⁴ Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Bendrojo lavinimo mokyklų visuomenės sveikatos saugos kontrolės 2010 m. pažyma [interaktyvi]. [žiūrėta 2010-11-23]. <www.vvspt.lt>.

⁴⁶⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. sausio 22 d. įsakymas Nr. V-60 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 21:2010 „Bendrojo lavinimo mokykla. Bendrieji sveikatos saugos reikalavimai“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 14-678.

⁴⁶⁶ Kaip antai: Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2000 m. vasario 11 d. įsakymas Nr. 113 „Dėl Moksleivių nelaimingų atsitikimų tyrimo, registravimo ir apskaitos nuostatų“. *Valstybės žinios*. 2000, Nr. 15-403; Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. liepos 23 d. įsakymas Nr. V-455 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 24:2003 „Geriamojo vandens saugos ir kokybės reikalavimai“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 79-3606; Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gruodžio 24 d. įsakymas Nr. V-951 „Dėl statistinės apskaitos formos Nr. 027-1/a „Vaiko sveikatos pažymėjimas“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 3-38; Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gegužės 10 d. įsakymas Nr. V-362 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 35:2007 „Didžiausia leidžiama cheminių medžiagų (teršalų) koncentracija gyvenamosios aplinkos ore“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 55-2162; Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. liepos 2 d. įsakymas Nr. V-555 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 33:2007 „Akustinis triukšmas. Triukšmo ribiniai dydžiai gyvenamuosiuose ir visuomeninės paskirties pastatuose bei jų aplinkoje“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 75-2990 ir t. t.

117:2007 „Grožio paslaugų sveikatos saugos reikalavimai“⁴⁶⁷ yra nustatomi pagrindiniai grožio paslaugų sveikatos saugos reikalavimai, nustatant, kad grožio paslaugų teikėjai privalo teikti tik saugias paslaugas. Tuo pačiu minėtame teisės akte nustatoma privaloma teikti informacija paslaugos vartotojui bei detaliai reglamentuojama įrankių naudojimo, patalpų įrengimo, išdėstymo tvarka, taip pat nustatomi privalomieji reikalavimai naudojamiems įrankiams ir patalpoms.

Atsižvelgiant į pateiktus pavyzdžius, galima teigti, kad siekiant efektyvaus saugios sveikatai laisvalaikio aplinkos teisinio reguliavimo, kaip ir saugios sveikatai gyvenamosios aplinkos užtikrinimo atveju, Visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme (nors nebūtinai jame) derėtų apibrėžti pagrindinius teisinio reguliavimo principus nustatant, pavyzdžiui, kad:

„Visuomenės sveikatos saugos požiūriu aplinka, kurioje asmuo leidžia laiką (išskyrus gyvenamąją ir darbo aplinkas), turi užtikrinti jo sveikatai saugias sąlygas. Siekdamas minėtų tikslų sveikatos apsaugos ministras patvirtina privalomuosius reikalavimus atitinkamoms veikloms, kurios gali turėti įtakos asmenų sveikatai, pavyzdžiui, reikalavimus patalpoms ir jų įrengimui, apšvietimui, šildymui ir vėdinimui, vandens tiekimui ir nuotekoms, patalpų ir įrenginių priežiūrai ir pan. Draudžiama vykdyti veiklą, kuri neigiamai veikia asmens aplinką, kaip neatitinkančią sveikatos apsaugos ministro nustatytų reikalavimų.“

Kaip matyti, saugios sveikatai laisvalaikio aplinkos visuomenės sveikatos saugos ir kontrolės teisinis reglamentavimas yra vykdomas iš esmės poįstatyminių teisės aktų lygiu, dėl ko asmenų teisės ir pareigos nėra reglamentuojamos įstatymo nuostatomis, nors formaliai valstybė ir užtikrina tiek turininguosius, tiek ir formaliuosius teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo kriterijus.

Apibendrinant saugios sveikatai aplinkos užtikrinimo teisinio reguliavimo analizę konstatuotina, kad saugios sveikatai aplinkos užtikrinimą reglamentuojančių pagrindinių įstatymų nuostatos iš esmės yra deklaratyvios ir joms trūksta sistemiškumo, išskyrus saugios sveikatai darbo aplinkos užtikrinimo sritį. Pagrindinės asmenų teisės ir pareigos nustatytos poįstatyminiuose teisės aktuose, kurių didelė gausa ir tarpusavio suderinamumo stoka lemia problemišką praktinį įgyvendinimą. Nors iš esmės įgyvendinami teisės į sveikatos apsaugą turinyje išskirti kiekybiniai parametrai, tačiau neefektyviai įgyvendinami kokybiniai parametrai (sveikatos priežiūros išteklių ir paslaugos nėra pakankamo kiekio, neužtikrinamas jų prieinamumas, atitinkamai nėra teikiamos kokybiškos paslaugos, dėl ko valstybė neįgyvendina prisiimtų įsipareigojimų), dėl ko siūlytina pagrindiniame Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme nustatyti esmines sveikatos aplinkos užtikrinimo sritis, principinius jos apsaugos elementus.

⁴⁶⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 1 d. įsakymas Nr. V-633 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 117:2007 „Grožio paslaugų sveikatos saugos reikalavimai“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr.: 47-2264.

2.3. Visuomenės sveikatos stebėsenos teisinis reguliavimas ir jo įgyvendinimas

Visuomenės sveikatos stebėsenoje teisinio reguliavimo galimybės ir ribos nėra apibrėžiamos šio darbo 1.2.3 poskyryje, kur išskiriamos valstybės pareigos įgyvendinant teisę į sveikatos apsaugą, tačiau šios visuomenės sveikatos priežiūros srities teisinis reguliavimas aptartinas dėl šio darbo 1.3 skyriuje atskleistos visuomenės sveikatos stebėsenos svarbos visuomenės sveikatos priežiūrai ir įtakos pačiam visuomenės sveikatos priežiūros teisiniam reguliavimui. Kaip buvo konstatuota minėtame darbo poskyryje, visuomenės sveikatos stebėseną valstybei, siekiančiai įgyvendinti teisę į sveikatos apsaugą, yra šaltinis informacijos, galinčios padėti atitinkamai pakreipti valstybės politikos prioritetus ir valdomus išteklius. Taip pat jis turi daug įtakos ir visuomenės sveikatos priežiūros teisiniam reguliavimui.

Visuomeninius santykius visuomenės sveikatos stebėsenos srityje, reglamentuoja Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymas⁴⁶⁸ (toliau šiame poskyryje – Įstatymas). Įstatymas nustato, kad valstybė, įgyvendindama teisę į sveikatos apsaugą, tikslingai, organizuotai ir sistemingai atlieka visuomenės sveikatos būklės, ją veikiančių visuomenės sveikatos rizikos veiksnių duomenų rinkimą, kaupimą, apdorojimą, saugojimą, analizę ir vertinimą (visuomenės sveikatos stebėseną (monitoringą), siekdama nuolat stebėti, analizuoti visuomenės sveikatą, ją veikiančius veiksnius ir jų kitimo tendencijas, teikti valstybės institucijoms, visuomenei informaciją apie visuomenės sveikatos būklę ir jos kitimo priežastis, reikalingą ūkio plėtros, socialinės raidos, prevencinės (profilaktinės) medicinos, sveikatos apsaugos sistemos valdymo sprendimams priimti, mokslo ir kitoms reikmėms bei formuoti bendrą visuomenės sveikatos duomenų sistemą (Įstatymo 2 straipsnio 1 dalis ir 3 straipsnis).

Pastebėtina, kad visuomenės sveikatos stebėseną turėtų būti vykdoma kompleksiskai apimant visas visuomenės sveikatos priežiūros sritis, tačiau ir dėl nacionalinio teisinio reguliavimo ypatumų, ir dėl užkrečiamosioms ligoms būdingo savitumo, kuris bus išanalizuotas specialiai tam skirtoje dalyje, visuomenės sveikatos stebėsenos teisinis reguliavimas bus aptariamas šio darbo 2.4 skyriuje.

Siekiant atskleisti visuomenės sveikatos stebėsenos teisinį reguliavimą, tai daryti reikėtų apžvelgiant pagrindinius šią sritį reglamentuojančius teisės aktus ir jų nuostatas.

Valstybė, siekdama tinkamai reguliuoti visuomeninius santykius visuomenės, turi sukurti sistemą, kuri užtikrins sveikatos stebėsenos funkcijos įgyvendinamumą. Atitinkamai Įstatyme yra įtvirtinti šie visuomenės sveikatos stebėsenos subjektai: valstybė (mąnytina, įgaliotos valstybės institucijos), savivaldybės (kaip ir valstybės atveju), mokslo institucijos ir kiti juridiniai ir fiziniai asmenys⁴⁶⁹, pagal Įstatymo ir kitų teisės aktų nustatytą tvarką tvarkantys visuomenės sveikatos duomenis (Įstatymo 4 straipsnis).

⁴⁶⁸ Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymas. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 72-3022).

⁴⁶⁹ Nors Įstatymo 1 straipsnio 3 dalyje nustatyta, kad jis netaikomas mokslo institucijoms ar kitiems juridiniams ir fiziniams asmenims, atskirų programų, projektų ar sutarčių pagrindu vykdančioms epidemiologinius tyrimus, nuolatinius visuomenės sveikatos būklės stebėjimus, kurie nėra valstybės ar savivaldybės visuomenės sveikatos stebėsenos sistemos dalis.

Vadovaudamasi Įstatymo 6 straipsniu valstybė stebi, vertina ir analizuoja duomenis apie visuomenės ir jos grupių sveikatos būklę, jos kitimą; socialinius, ekonominius, psichosocialinius veiksnius ir jų ryšius su sveikata; gyvenimą ir jos ryšį su sveikata; sveikatos priežiūros sistemos raidą ir t. t. Visuomenės sveikatos stebėseną, vadovaujantis Įstatymo 7 straipsniu, yra vykdoma pagal visuomenės sveikatos stebėsenos programas, nustatant ir minėtų programų privalomąjį turinį.

Kaip buvo minėta, vienas iš visuomenės sveikatos stebėsenos subjektų yra fiziniai ir juridiniai asmenys, dar kitaip Įstatyme apibūdinami kaip ūkio subjektai, kuriuos valstybė, įgyvendindama šią funkciją pasitelkia, nustatydamą jiems atitinkamas pareigas – vykdyti visuomenės sveikatos stebėseną. Taigi darytina išvada, kad privatūs asmenys yra visuomenės sveikatos stebėsenos duomenų teikėjai, t. y. stebėsenos vykdymo subjektai, kai jų vykdoma stebėseną yra valstybinės ar savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos dalis. Įstatymo 2 straipsnio 7 dalyje nustatyta, kad „ūkio subjektų visuomenės sveikatos stebėseną“ yra juridinių ir fizinių asmenų, kurių veikla daro įtaką visuomenės sveikatai, įstatymų nustatyta tvarka vykdoma visuomenės sveikatos stebėseną. Šiuos santykius reguliuoja Įstatymo 11 straipsnis, kuris nustato pareigą ūkio subjektams, besiverčiantiems ekonomine veikla, keliančia pavojų ar darančia žalą visuomenės sveikatai, vykdyti stebėseną ir duomenis apie ūkinės veiklos poveikį sveikatai teikti valstybės ir savivaldybių institucijoms bei visuomenei, taip pat Valstybiniam visuomenės sveikatos stebėsenos duomenų fondui. Taigi, privatiems asmenims pareiga vykdyti stebėseną ir teikti duomenis atitinkamoms institucijoms yra nustatyta. Reziumuotina, kad ūkio subjektas teikia duomenis, kurie yra Valstybinio visuomenės sveikatos fondo sudėtinė dalis. Šis fondas, pagal Įstatymo 2 straipsnio 4 dalį, yra valstybinės visuomenės sveikatos stebėsenos duomenų bazių ir registrų duomenų visuma.

Įgyvendindama ūkio subjektų visuomenės sveikatos stebėseną reglamentuojančio Įstatymo 11 straipsnio nuostatas, Lietuvos Respublikos Vyriausybė patvirtino Ekonominės veiklos, kuria verčiantis visuomenės sveikatos stebėseną yra privaloma, sąrašą⁴⁷⁰. Į šį sąrašą, kitų, įtrauktos tokios veiklos kaip žemės ūkio augalų ir gyvulių auginimas, mėsos ir mėsos produktų gamyba, akmens pjaustymas, radijo ir televizijos veikla ir t. t. – iš viso 76 veiklos. Nustatyta, kad minėtomis veiklomis besiverčiantys ūkio subjektai privalo vykdyti visuomenės sveikatos stebėseną, jei ūkio subjekto skleidžiama į aplinką (orą, dirvožemį, vandens telkinius ir pan.) cheminė, biologinė, fizikinė tarša (jonizuojančioji ir nejonizuojančioji spinduliuotė, triukšmas, vibracija ir kt.) yra didesnė už visuomenės sveikatos priežiūros teisės aktuose nustatytą ribinę vertę. Tokiu teisinio reguliavimo atveju situacija tampa paini – ūkio subjektas turi vykdyti visuomenės sveikatos stebėseną, kai jo veikla yra negalima, t. y. pažeidžia teisės aktų nustatytus reikalavimus (juose nustatytas ribines vertes). Be to, kalbant apie cheminę taršą, manytina, galimas teisinio reguliavimo nuostatų dubliavimas su Lietuvos Respublikos aplinkos oro apsaugos įstatymo⁴⁷¹ 19 straipsnio nuostatomis, kuriomis vadovaudamasis taršos šaltinio naudotojas privalo įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka tvarkyti žaliavų, kuro, energijos są-

⁴⁷⁰ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 5 d. nutarimas Nr. 286 „Dėl ekonominės veiklos, kuria verčiantis visuomenės sveikatos stebėseną yra privaloma, sąrašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 24-998.

⁴⁷¹ Lietuvos Respublikos aplinkos oro apsaugos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1999, Nr. 98-2813.

naudų, produkcijos kiekio, taršos šaltinių ir išmetamų į aplinkos orą teršalų apskaitą ir Aplinkos ministerijai ar jos įgaliotai institucijai teikti ataskaitas.

Nors ir minėtos srities teisinis reguliavimas pasižymi kolizijomis, vis dėl to, analizuotina, kokie privačių asmenų teikiami su visuomenės sveikatos stebėseną susiję duomenys patenka į Valstybinį visuomenės sveikatos duomenų fondą, kuriame, kaip buvo minėta, turi atsispindėti ir ūkio subjektų teikiami duomenys. Valstybinio visuomenės sveikatos stebėsenos duomenų fondo nuostatuose⁴⁷² nustatyta, kad fonde kaupiami duomenys apie visuomenės sveikatos stebėsenos objektus: demografinę situaciją, socialinę ekonominę būklę, sveikatos būklę, gyvenimą, aplinką, sveikatos priežiūros išteklius, sveikatos priežiūros įstaigų veiklą, sveikatos priežiūros išlaidas ir finansavimą. Be to, nustatoma, kad Valstybinio visuomenės sveikatos stebėsenos duomenų fondo visuomenės sveikatos stebėsenos duomenų teikėjai nurodomi Valstybės visuomenės sveikatos stebėsenos programoje, tvirtinamoje Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Vyriausybė yra patvirtinusi vėliausią Valstybės visuomenės sveikatos stebėsenos 2008–2009 metų programą⁴⁷³, vėlesnės patvirtinta nėra. Minėtoje programoje nustatoma, kad didžiumą visuomenės sveikatos stebėsenos darbų atlieka Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžios visuomenės sveikatos, taip pat asmens sveikatos priežiūros įstaigos (3 punktas), o 4 punkte nustatoma, kad valstybės visuomenės sveikatos stebėseną atlieka ir kitos institucijos, išvardijant, deja, tik valstybės institucijas, o ūkio subjektų – ne.

Atsižvelgiant į tai, kas išdėstyta, matyti, kad Įstatymo nuostatos, reglamentuojančios ūkio subjektų, t. y. fizinių ir juridinių asmenų, užsiimančių tam tikra ūkine komercine veikla, privalomą vykdyti visuomenės sveikatos stebėseną, yra neįgyvendinamos⁴⁷⁴, nes Įstatymą įgyvendinantys teisės aktai nėra parengti arba į jų turinį nėra įtrauktos atitinkamos nuostatos. Manytina, kad atsižvelgiant į tai, kad Įstatymo nuostatos nefunkcionuoja jau beveik 7 metus, jos turėtų būti panaikintos, juolab, kaip matyti analizėje, jei tam tikrų ūkio subjektų duomenys ir būtų reikalingi, juos būtų galima gauti kitų įstatymų, pavyzdžiui, reglamentuojančių aplinkos orą, pagrindu.

Valstybės visuomenės sveikatos stebėseną, pagal Įstatymo 2 straipsnį, – tai valstybės lygiu visoje Lietuvos Respublikos teritorijoje vykdoma visuomenės sveikatos stebėseną, kurią, pagal Įstatymo 5 straipsnio 2 dalį, sudaro visuomenės sveikatos priežiūros institucijų surinkti duomenys, registrų duomenys ir kitų valstybės institucijų stebėsenos ar su visuomenės sveikata susiję duomenys. Taigi, konstatuotina, kad už valstybės visuomenės sveikatos stebėsenos vykdymą yra atsakingos valstybės institucijos. Įstatymo 7 straipsnyje nustatoma, kad Valstybės visuomenės sveikatos stebėsenos programą, kurią tvirtina Vyriausybė, rengia Sveikatos apsaugos ministerija kartu su kitomis valstybės institucijomis, vykdančiomis valstybės visuomenės sveikatos stebėseną. Kaip anksčiau buvo minėta, Vyriausybė yra patvirtinusi vėliausią Valstybės visuomenės sveikatos ste-

⁴⁷² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 2 d. įsakymas Nr. V-259 „Dėl Valstybinio visuomenės sveikatos stebėsenos duomenų fondo nuostatų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 41-1512.

⁴⁷³ Vyriausybės 2008 m. liepos 9 d. nutarimas Nr. 691 „Dėl Valstybės visuomenės sveikatos stebėsenos 2008–2009 metų programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 83-3295.

⁴⁷⁴ Nors 2011 m. ir buvo priimtas Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymo 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13 ir 16 straipsnių pakeitimo įstatymas (*Valstybės žinios*. 2011, Nr. 40-1920), tačiau šiame darbe aptartų teisinio reguliavimo problemų neišsprendė.

bėsenos 2008–2009 metų programą, vėlesnės patvirtinta nėra. Todėl galime teigti, kad nuo 2010 metų valstybės mastu *de jure* visuomenės sveikatos stebėseną nėra vykdoma.

Už Valstybės visuomenės sveikatos stebėsenos programos įgyvendinimą yra atsakinga Sveikatos apsaugos ministerija (Įstatymo 9 straipsnis). Be to, ministerija ar jos įgaliota institucija, pagal minėtą straipsnį, kaupia, sistemina ir saugo valstybės visuomenės sveikatos stebėsenos duomenis Valstybiniame visuomenės sveikatos stebėsenos duomenų fonde. Pagal Valstybinio visuomenės sveikatos stebėsenos duomenų fondo nuostatus⁴⁷⁵, Sveikatos apsaugos ministerija yra vadovaujančioji fondo tvarkymo įstaiga, kuri koordinuoja pastarojo veiklą, o fondo tvarkymo įstaiga yra Higienos institutas. Minėtuose nuostatuose nustatoma, kad Valstybiniame visuomenės sveikatos stebėsenos duomenų fonde kaupiami duomenys apie šiuos visuomenės sveikatos stebėsenos objektus: demografinę situaciją, socialinę ekonominę būklę, sveikatos būklę, gyvenamąją aplinką, sveikatos priežiūros išlaidas ir finansavimą bei pan. (8 punktas). Teigtina, kad apibrėžiami objektai apima šio darbo 1.3 skyriuje išskiriamus visuomenės sveikatos stebėsenos šaltinius. Minėtų nuostatų 9 punkte įtvirtinta, kad Valstybiniame visuomenės sveikatos stebėsenos duomenų fonde kaupiami visuomenės sveikatos stebėsenos objektų duomenys ar rodikliai nustatomi Valstybės visuomenės sveikatos stebėsenos programoje, tvirtinamoje Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Kaip buvo minėta, ši programa 2010 m. ir vėlesniems metams nėra patvirtinta, todėl vėl kyla klausimas, kokie duomenys kaupiami minėtame fonde ir kuo remiantis.

Analizuojant Valstybės visuomenės sveikatos stebėsenos 2008–2009 metų programą galima susidaryti įspūdį, kokios valstybės institucijos yra (ar buvo) atsakingos už duomenų teikimą ir koku mastu. Tuomet tampa aišku (3 punktas), kad didžiumą visuomenės sveikatos stebėsenos darbų atlieka Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžios visuomenės sveikatos, taip pat asmens sveikatos priežiūros įstaigos.

Atitinkamai teisinio reguliavimo spragas šioje srityje atskleidžia ir tai, kad analizuotos Įstatymo ir jį įgyvendinančių poįstatyminių teisės aktų nuostatos neapima Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 18 straipsnio 1 dalies 2 punkte numatyto duomenų, įvairiais aspektais apibūdinančių sveikatos aplinką, kaupimo, patikimumo ir prieinamumo, jų panaudojimo visuomenės sveikatos būklei įvertinti, tendencijoms ir poveikiui analizuoti. Taip pat neapima ir 19 straipsnio 1 dalies 1 ir 6 punktuose numatytų sveikos mitybos užtikrinimo priemonių, t. y. Lietuvos gyventojų mitybos mokslinškai pagrįstų duomenų kaupimo ir gyventojų mitybos būklės stebėjimo ir vertinimo; bei 30 straipsnyje numatytos vartotojų apsinuodijimų ir nelaimingų atsitikimų informacinės sistemos, kurioje būtų kaupiama informacija apie apsinuodijimus ir nelaimingus atsitikimus buityje, kurių metu nukentėjo ir (ar) žuvo žmonės, išskyrus apsinuodijimų atvejus. Sveikatos apsaugos ministras yra patvirtinęs Informacijos, susijusios su žmonių apsinuodijimais ir jų specifine profilaktika, kaupimo ir teikimo taisyklės⁴⁷⁶, kuriose įtvirtintos pareigos asmens sveikatos priežiūros įstaigoms teikti informaciją apie apsi-

⁴⁷⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 2 d. įsakymas Nr. V-259 „Dėl Valstybinio visuomenės sveikatos stebėsenos duomenų fondo nuostatų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 41-1512.

⁴⁷⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. spalio 8 d. įsakymas Nr. V-597 „Dėl informacijos, susijusios su žmonių apsinuodijimais ir jų specifine profilaktika, kaupimo ir teikimo“. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 99-4459.

nuodijimų atvejus visuomenės sveikatos centrams, nors Apsinuodijimų informacijos ir kontrolės biuras priklauso Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžiam Ekstremalių sveikatai situacijų centrui⁴⁷⁷. Taip pat manytina, kad valstybinė visuomenės sveikatos stebėsenos sistema iš esmės turėtų apimti ir Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymo⁴⁷⁸ 21 straipsnyje numatytą tabako gaminių vartojimo, jo daromos žalos sveikatai ir ūkiui stebėseną (monitoringą).

Savivaldybės visuomenės sveikatos stebėseną yra vykdoma savivaldybių lygiu savivaldybių teritorijose. Valstybė, reguliuodama visuomenės sveikatos stebėsenos vykdymą savivaldos lygmeniu, siekia gauti tikslią informaciją apie konkrečioje savivaldybėje esančių asmenų sveikatos būklę. Kaip pabrėžiama Įstatymo 10 straipsnyje ir Bendrųjų savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos nuostatų⁴⁷⁹ 2 punkte, savivaldybių teritorijose vykdoma stebėseną, siekiant gauti išsamią informaciją apie šių teritorijų bendruomenių visuomenės sveikatos būklę, visuomenės sveikatai įtaką darančius veiksnius, kitus visuomenės sveikatos rodiklius bei planuoti ir įgyvendinti visuomenės sveikatos stiprinimo priemones. Atitinkamai Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 6 straipsnyje nustatoma, kad savivaldybės (savivaldybių visuomenės sveikatos biurai) vykdo visuomenės sveikatos stebėseną, siekdamos gauti išsamią informaciją apie savivaldybės visuomenės sveikatos būklę, sveikatos rizikos veiksnius ir ja remdamosi planuoti bei įgyvendinti savivaldybės visuomenės sveikatos stiprinimo priemones.

Įstatymo nuostatos turėtų būti derintinos su asmens duomenų tvarkymo teisiniu reglamentavimu. Tuo atveju, jei valstybė visuomenės sveikatos stebėsenos metu naudoja apibendrintus asmenų duomenis (nuasmenintus), kaip antai, bendras mirtingumas ar sergamumas, tam tikros ligos, užregistruotos asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, tuomet didesnių problemų neturėtų kilti. Tačiau atkreiptinas dėmesys, kad Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymo⁴⁸⁰ 2 straipsnio 1 dalyje apibrėžiama, kad asmens duomenys – tai bet kuri informacija, susijusi su fiziniu asmeniu – duomenų subjektu, kurio tapatybė yra žinoma arba gali būti tiesiogiai ar netiesiogiai nustatyta pasinaudojant tokiais duomenimis kaip asmens kodas, vienas arba keli asmeniui būdingi fizinio, fiziologinio, psichologinio, ekonominio, kultūrinio ar socialinio pobūdžio požymiai. Manytina, kad teikiant apibendrintus duomenis Valstybiniam visuomenės sveikatos stebėsenos fondui duomenų tvarkytojui, t. y. šiuo atveju gydymo įstaigai, turėtų būti keliami minėto įstatymo reikalavimai, o fondą tvarkanti institucija, dirbanti su nuasmenintais duomenimis, nepatektų į teisinio reglamentavimo sritį. Kitas klausimas iškiltų, jei vis dėlto pateikiami duomenys atitiktų minėto įstatymo nustatytus kriterijus. Tokiu atveju tektų vadovautis šio įstatymo 5 straipsnio 3 dalimi, kurioje numatyta, kad duomenys apie asmens sveikatą taip pat gali būti tvarkomi šio įstatymo 10 straipsnyje ir sveikatos sritį reglamentuojančių įstatymų nustatytais tikslais ir tvarka.

⁴⁷⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugpjūčio 16 d. įsakymas Nr. V-655 „Dėl Apsinuodijimų kontrolės ir informacijos biuro“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 101-3767.

⁴⁷⁸ Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 11-281, 2003, Nr. 117-5317.

⁴⁷⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. rugpjūčio 11 d. įsakymas Nr. V-488 „Dėl Bendrųjų savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos nuostatų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 81-3720.

⁴⁸⁰ Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 63-1479; 2008, Nr. 22-804.

Įstatymo 10 straipsnyje nustatoma, kad asmens duomenis apie asmens sveikatą (jos būklę, diagnozę, prognozę, gydymą ir kt.) gali tvarkyti įgaliotas sveikatos apsaugos sistemos darbuotojas. Šiuo atveju galiotų ir specialiojo įstatymo nuostatos, susijusios su paciento duomenų tvarkymu, ir reikėtų vadovautis Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu⁴⁸¹, kurio 8 straipsnio 1 dalyje nurodoma, kad informacija apie paciento gyvenimo faktus gali būti renkama tik su paciento sutikimu ir tuo atveju, jei tai yra būtina ligai diagnozuoti, gydyti ar pacientui slaugyti. Minėto straipsnio 4 dalyje nustatoma, kad konfidenciali informacija gali būti suteikiama kitiems asmenims tik turint rašytinį paciento sutikimą, o 9 straipsnio 1 dalyje nurodoma, kad be paciento sutikimo teisės aktų nustatyta tvarka konfidenciali informacija gali būti suteikiama valstybės institucijoms, kurioms Lietuvos Respublikos įstatymai suteikia teisę gauti konfidencialią informaciją apie pacientą.

Kaip buvo minėta, visuomenės sveikatos stebėseną, pagal Įstatymo nuostatas, apima ne tik duomenų rinkimą ir kaupimą, bet ir jų analizę bei vertinimą. Vadovaudamasi Įstatymo 9 straipsnio 2 dalimi Sveikatos apsaugos ministerija arba jos įgaliota įstaiga atlieka valstybės, savivaldybių bei ūkio subjektų stebėsenos duomenų apie visuomenės sveikatos būklę kompleksinę analizę, o vadovaudamasi Įstatymo 10 straipsnio 2 dalimi savivaldybių institucijos analizuoja savivaldybės bendruomenės sveikatos būklės ir jos kitimo duomenis ir jų pokyčius, analizuoja teritorijoje esančių ūkio subjektų visuomenės sveikatos stebėsenų duomenis. Teisinio reguliavimo netobulumą šioje srityje atspindi tas faktas, kad minėto straipsnio nuostatos ta apimtimi, kiek numato galimybę Sveikatos apsaugos ministerijai šią funkciją pavesti kitai institucijai, prieštarauja Sveikatos sistemos įstatymo 61 straipsnio 1 dalies nuostatoms, kuriose nustatoma, kad pati ministerija analizuoja gyventojų sveikatos būklę ir jos raidos prognozę, prisideda nustatant sveikatinimo veiklos tikslus, valstybės siekiamo sveikatos lygio rodiklius ir įgyvendinant Lietuvos sveikatos programą. O teisinio reguliavimo spragas atskleidžia tai, kad nei Sveikatos apsaugos ministerijos⁴⁸², nei Higienos instituto⁴⁸³, nei kitos Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžios institucijos nuostatuose šios funkcijos nėra nustatytos.

Manytina, kad geriausiai visuomenės sveikatos stebėsenos teisinio reguliavimo praktinį įgyvendinimą atspindi Nacionalinės sveikatos tarybos nutarimas⁴⁸⁴, kuriame teigiama, kad: „nepilnai suformuotas visuomenės sveikatos duomenų fondas, neužbaigta aplinkos ir sveikatos rodiklių analizei reikalinga duomenų bazė <...>. Rengiant ir įgyvendinant Valstybės visuomenės sveikatos stebėsenos 2003–2005 metų programą, iškiilo nemažai problemų dėl kai kurių Įstatyme suformuluotų sąvokų skirtingo suvokimo ir traktavimo, dėl Įstatyme pavesto stebėsenos organizavimo Valstybinei visuomenės sveikatos priežiūros tarnybai, atsiranda koordinavimo problemų. Kitų žinybų suintere-

⁴⁸¹ Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 102-2317; 2004, Nr. 115-4284; 2009, Nr. 145-6425.

⁴⁸² Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1998 m. liepos 24 d. nutarimas Nr. 926 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 67-1961.

⁴⁸³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. birželio 2 d. įsakymas Nr. V-498 „Dėl Higienos instituto įstatų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 66-3322.

⁴⁸⁴ Nacionalinės sveikatos tarybos 2006 m. vasario 21 d. nutarimas Nr. N-1 „Dėl visuomenės sveikatos stebėsenos įgyvendinimo“ [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-06-16]. <http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=698&p_d=51452&p_k=1>.

suotumas vykdyti stebėseną ir ją finansuoti, atsižvelgiant į sveikatos sistemos poreikius, nepakankamas. Nesureguliuotas personalinių duomenų naudojimas stebėsenos sistemoje. <...> Kelia abejonių stebėsenos vykdymo tikslingumas trijuose lygiuose: nacionaliniame, apskrities ir savivaldybės. <...> Nėra suinteresuotumo ir trūksta specialistų šį darbą vykdyti savivaldybėse, todėl praktiškai šis darbas nevykdomas.“

Palyginimui galima paminėti, kaip visuomenės sveikatos stebėsenos teisinis reguliavimas vykdomas Rusijos Federacijoje. Rusijos Federacijos federaliniame įstatyme Nr. 52-FZ 1999/03/30 „Dėl gyventojų sanitarinės-epidemiologinės gerovės“⁴⁸⁵ socialinė-higienos stebėseną apibrėžiama kaip valstybės stebėsenos sistema, apimanti žmogaus sveikatą ir gyvenamąją aplinką, jos būklę, pastarosios analizę, vertinimą ir prognozavimą, taip pat priežasties ir pasekmės ryšių tarp gyventojų sveikatos būklės ir gyvenamosios aplinkos veiksnių poveikio nustatymį. Visuomenės sveikatos stebėseną šiame įstatyme yra reglamentuojama drauge su kitomis visuomenės sveikatos priežiūros priemonėmis. Be to, minėto įstatymo 45 straipsnyje nustatyta, kad siekiant įvertinti, nustatyti ir prognozuoti gyventojų sveikatos ir gyvenamosios aplinkos pokyčius, nustatyti ir pašalinti kenksmingą poveikį žmogui ir gyvenamajai aplinkai vykdomas socialinis-higienos monitoringas. Jo vykdymo tvarka numatyta poįstatyminiuose teisės aktuose.

Apibendrinant galima teigti, kad visuomenės sveikatos stebėsenos teisinis reguliavimas yra neefektyvus, yra daug spragų ir kolizijų, dėl to negalima užtikrinti visuomenės sveikatos stebėsenai keliamų tikslų įgyvendinimo. Atitinkamai Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymo nuostatos yra deklaratyvios ir praktikoje ne iki galo įgyvendintos, kas lemia, kad visuomenės sveikatos stebėseną iš esmės yra atliekama nesiejant jos su kitomis visuomenės sveikatos priežiūros sritimis, pavyzdžiui, visuomenės sveikatos ugdymu ar saugios sveikatai aplinkos užtikrinimu (visuomenės sveikatos sauga). Todėl siekiant sistemiškai vykdyti visuomenės sveikatos stebėseną derėtų atsižvelgiant į pateiktus siūlymus tobulinti šios srities teisinį reglamentavimą. Svarstytinai siūlymas, ar nevertėtų inkorporuoti Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymo nuostatą į Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymą, dėl ko visuomenės sveikatos stebėseną būtų sistemingai susieta su kitomis visuomenės sveikatos priežiūros sritimis ir taip efektyviai pasiekti šiai visuomenės sveikatos priežiūros sričiai keliami uždaviniai.

2.4. Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės teisinis reguliavimas ir jo įgyvendinimas

Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės teisinio reguliavimo galimybes ir ribas apibrėžia šio darbo 1.2.3 poskyryje išskirtos valstybės pareigos jai įgyvendinant teisę į sveikatos apsaugą (turinio kiekybiniai parametrai), kaip antai: užtikrinti užkrečiamųjų ligų, tarp jų endeminių, profilaktiką ir kontrolę, skiepijant nuo pagrindinių infekcinių

⁴⁸⁵ Федеральный закон №52-ФЗ О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-07-25]. < <http://www.rospotrebnadzor.ru/documents/zakon/>>.

ligų⁴⁸⁶, imantis vietinių endeminių ligų prevencijos ir kontrolės, vykdant tinkamą paplitusių ligų ir sužalojimų priežiūrą⁴⁸⁷.

Atsižvelgiant į specifinį užkrečiamųjų ligų pobūdį, tikslinga šios visuomenės sveikatos priežiūros srities teisinio reguliavimo analizę atlikti atskirai, nors joje jame galima išvystyti tiek saugios sveikatos aplinkos užtikrinimo (visuomenės sveikatos kontrolės), tiek ir visuomenės sveikatos stebėsenos bei stiprinimo priemonių. Vis dėlto užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės priemonės, manytina, yra specifinės⁴⁸⁸, daugeliu atvejų neapsiribojančios vien tik nacionaliniu valstybių reglamentavimu. Pavyzdžiui, atliekant užkrečiamųjų ligų epidemiologinę stebėseną vykdoma panaši veikla kaip ir vykdant visuomenės sveikatos stebėseną, tačiau su užkrečiamųjų ligų valdymui būdingu operatyvumu (skubiu pranešimu ir reagavimu) bei asmens duomenų tvarkymo specifika.

Pagrindinis įstatymas, reguliuojantis visuomeninius santykius užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės srityje, yra Lietuvos Respublikos žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymas (toliau šiame poskyryje – Įstatymas). Įstatymu yra siekiama sukurti teisinius pagrindus suvaldyti, eliminuoti ar eradikuoti užkrečiamąsias ligas⁴⁸⁹, sukurti efektyviai funkcionuojančią užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės sistemą (instituciniu lygmeniu), nustatyti asmenų teises ir pareigas šioje srityje.

Valstybė užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės srityje įgyvendina priemones, kurios sudaro sąlygas suvaldyti, likviduoti ir eradikuoti užkrečiamąsias ligas, todėl teisinio reguliavimo analizė bus vykdoma atsižvelgiant į šio darbo 1.3 skyriuje išskirtas atskiras užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės priemones (užkrečiamųjų ligų epidemiologinę stebėseną⁴⁹⁰, analizę bei prognozę; užkrečiamųjų ligų profilaktiką; užkrečiamųjų ligų kontrolę).

Užkrečiamųjų ligų epidemiologinė stebėseną. Kaip buvo apibrėžta šio darbo 1.3 skyriuje, vykdydama užkrečiamųjų ligų epidemiologinę stebėseną valstybė, pagal Įstatymo 2 straipsnio 14 dalį, vykdo ištisinius ir atrankinius sergamumo užkrečiamosiomis ligomis bei jų paplitimo lygių, mirtingumo, ir pan. stebėjimus.

Lietuvos Respublikoje vykdoma privaloma užkrečiamųjų ligų ir jų sukėlėjų atvejų registracija. Kaip numatyta Įstatymo 3 straipsnyje, apie diagnozuotas užkrečiamąsias ligas ir jų sukėlėjus privaloma pranešti, atvejai registruojami Užkrečiamųjų ligų ir jų sukėlėjų valstybės informacinėje sistemoje. Svarstyti minėtos nuostatos santykis su bendrine Įstatymo 5 straipsnio 1 dalies nuostata, kad užkrečiamųjų ligų epidemiologinės stebėsenos organizavimo tvarką bei subjektus, kurie privalo ją vykdyti, nustato Sveikatos apsaugos ministerija. Pagrįstai kyla klausimas, ar Įstatymo 5 straipsnio 1 dalyje numatoma papildoma stebėsenos sistema, ar tai yra ta pati, jau minėta informacinė sistema. Tai gi siūlytinas minėtų straipsnių nuostatų tikslinimas.

⁴⁸⁶ Tarptautinis ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių paktas, *supra* note 135.

⁴⁸⁷ Europos socialinė chartija, *supra* note 137.

⁴⁸⁸ Pavyzdžiui, karantinas ar privalomasis asmenų hospitalizavimas, imunizavimas ir pan.

⁴⁸⁹ Priklausomai nuo užkrečiamosios ligos pobūdžio siekiama jas: valdyti (mažinti sergamumą ir mirtingumą), eliminuoti (pasiekti, kad nebūtų vietinių atvejų) arba eradikuoti (išnaikinti užkrečiamosios ligos sukėlėją, kaip buvo pasiekta pasaulyje su raupais, kurių virusas nebeegzistuoja natūraliomis sąlygomis).

⁴⁹⁰ Pagal tarptautinę praktiką vartotinas terminas „Užkrečiamųjų ligų epidemiologinė priežiūra“.

Privalomojo epidemiologinio registravimo objektai ir informacijos apie juos teikimas reglamentuojamas Įstatymo 4 straipsnyje. Valstybė, nustatydamą privalomuosius epidemiologinio registravimo objektus, aiškiai apibrėžia, kokia informacija ir kokios apimties turiniu, siekiant valdyti užkrečiamąsias ligas ir kuo skubiau reaguoti į kylančias grėsmes, turi būti registruojama. Lietuvoje privalomieji epidemiologinio registravimo objektai yra: išskirti užkrečiamųjų ligų sukėlėjai, įrašyti į sveikatos apsaugos ministro patvirtintą sąrašą, ir šių sukėlėjų nešiojimo atvejai; įtariamai susirgimai užkrečiamosiomis ligomis ir šių ligų, įrašytų į sveikatos apsaugos ministro patvirtintą sąrašą, bei mirčių nuo jų atvejai; žmonių apkandžiojimo (apseilinimo) atvejai, kai apkandžioja (apseilina) gyvūnai, įtariamai sergantys pasiutlige; komplikacijos po skiepų.

Įgyvendinant aptartas Įstatymo nuostatas asmenims, licencijuotiems sveikatos priežiūros veikai, nustatyta pareiga įtarus ar nustatčius privalomo epidemiologinio registravimo objektus tvarkyti jų apskaitą ir nustatyta tvarka teikti informaciją apie juos atitinkamoms teritorinėms visuomenės sveikatos priežiūros įstaigoms.

Valstybė, siekdama vykdyti efektyvią sergamumo užkrečiamosiomis ligomis ir užkrečiamųjų ligų sukėlėjų rodiklių stebėseną šalyje, ankstyvą užkrečiamųjų ligų protrūkių nustatymą įsteigė Užkrečiamųjų ligų ir jų sukėlėjų valstybės informacinę sistemą⁴⁹¹, kurios paskirtis – kompiuterizuotai realiuoju laiku tvarkyti ir teikti Įstatyme nurodytus duomenis. Informacinės sistemos objektai, pagal informacinės sistemos nuostatus, yra asmenys, susirgę užkrečiamosiomis ligomis, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų laboratorijose nustatyti užkrečiamųjų ligų sukėlėjai. Pastebėtina, kad ši sistema neapima Įstatymo 4 straipsnyje numatomų registruoti objektų visa apimtimi, pavyzdžiui, komplikacijų po skiepų, įtariamų susirgimų užkrečiamosiomis ligomis ir pan. Kaip bus matyti toliau, valstybės sukurta informacinė sistema neapima ir kitų tarptautiniuose dokumentuose numatytų privalomo registravimo / informavimo objektų.

Užkrečiamųjų ligų epidemiologinės stebėsenos veiksmingumą užtikrina Privalomojo epidemiologinio registravimo, privalomojo informacijos apie epidemiologinio registravimo objektus turinio ir informacijos privalomojo perdavimo tvarka⁴⁹², kuri nustato pareigas asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigoms ir jų darbuotojams atitinkamais terminais ir atitinkamoms institucijoms pranešti apie užfiksuotus privalomojo epidemiologinio registravimo objektus.

Atsižvelgiant į tai, kad užkrečiamosioms ligoms nėra būdinga vietinė lokalizacija, jos plinta nepaisydamos valstybių sienų ir nacionalinio reglamentavimo, šioje srityje ypač svarbus tampa ir operatyvus informacijos valdymas tarptautiniu mastu, siekiant laiku informuoti kitas valstybes, kad jos būtų pasirengusios užkrečiamosios ligos protrūkiams ir tinkamai apsaugotų savo šalies piliečius. Tuo tikslu PSO patvirtino Tarptautines sveikatos priežiūros taisykles (2005)⁴⁹³, kuriomis siekiama sustabdyti, kontroliuoti ligų plitimą tarptautiniu mastu, užtikrinti visuomenės sveikatos institucijų reagavimą tiek,

⁴⁹¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 14 d. įsakymas Nr. V-19 „Dėl Užkrečiamųjų ligų ir jų sukėlėjų valstybės informacinės sistemos nuostatų patvirtinimo“. *Valstybės Žinios*. 2008, Nr. 10-366.

⁴⁹² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002-12-24 įsakymas Nr. 673 „Dėl privalomojo epidemiologinio registravimo, privalomojo informacijos apie epidemiologinio registravimo objektus turinio ir informacijos privalomojo perdavimo tvarkos patvirtinimo“. *Valstybės Žinios*. 2003, Nr. 12-444.

⁴⁹³ Tarptautinių sveikatos priežiūros taisyklių pakeitimas. *Valstybės Žinios*. 2008, Nr. 87-3474.

kiek tai atitiktų ir ribotų riziką visuomenės sveikatai ir be reikalo netrukdytų tarptautinio vežimo ir prekybos. Vadovaudamosi minėtomis taisyklėmis šalis privalo pranešti PSO apie visus įvykius, kurie gali sukelti tarptautinio masto ekstremalią visuomenės sveikatai situaciją⁴⁹⁴. Informaciją apie įvykius, kaip numatyta PSO Tarptautinėse sveikatos priežiūros taisyklėse (TSPT), PSO informacijos priėmimo ir perdavimo institucijai teikia šalyje paskirtas Nacionalinis TSPT koordinavimo centras, privalantis užtikrinti informacijos prieinamumą 24 val. per parą, 7 dienas per savaitę. Šis centras taip pat yra atsakingas už informacijos, gautos iš PSO, išplatirimą atitinkamoms šalies suinteresuotoms institucijoms. Taigi tarptautiniu mastu yra sukurta informacijos perdavimo ir priėmimo sistema, kuri, tikėtina⁴⁹⁵, turi užtikrinti efektyvų valstybių informuotumą ir pasirengimą apsaugoti savo gyventojus nuo užkrečiamųjų ligų. Nacionaliniu mastu minėtas PSO TSPT nuostatos perkeltos į Informacijos apie ekstremalias visuomenės sveikatai situacijas, keliančias tarptautinį susirūpinimą, rinkimo, vertinimo ir teikimo Pasaulio sveikatos organizacijai tvarkos aprašą⁴⁹⁶.

Panaši kaip ir TSPT atveju tarptautinė informacijos apie užkrečiamąsias ligas teikimo ir gavimo sistema yra sukurta ir Europos Sąjungos mastu. Sprendimu Nr. 2119/98/EB „Dėl užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros ir kontrolės tinklo Bendrijoje sukūrimo“⁴⁹⁷ Bendrijos lygiu sukurtas tinklas ir padedant Komisijai skatinamas valstybių narių bendradarbiavimas ir jų veiksmų koordinavimas, taip siekiant pagerinti užkrečiamųjų ligų profilaktiką ir kontrolę Bendrijoje, kadangi, kaip buvo minėta, atsižvelgiant į užkrečiamųjų ligų specifiką tai dažniausia būna ne vienos šalies problema. Bendrijos mastu sukurtas tinklas naudojamas epidemiologinei priežiūrai ir profilaktikai bei kontrolei, taip pat skubaus įspėjimo ir reagavimo sistemai sukurti. Tinklas numato nuolatinius ryšius tarp Komisijos bei šalių narių kompetentingų institucijų (kurias paskiria šalys narės ir joms paveda rinkti informaciją, susijusią su užkrečiamųjų ligų epidemiologine priežiūra)⁴⁹⁸. Lietuvai siekiant tinkamai įgyvendinti minėto Europos Parlamento ir Tarybos Sprendimo nuostatas, sveikatos apsaugos ministras patvirtino Užkrečiamųjų ligų ir sveikatos problemų, dėl kurių turi būti atliekama epidemiologinė

⁴⁹⁴ Tarptautinio masto ekstremali visuomenės sveikatai situacija – ypatingas visuomenės sveikatos įvykis, kuris kelia riziką visuomenės sveikatai kitose valstybėse dėl ligos plitimo tarptautiniu mastu ir potencialiai reikalauja koordinuoto tarptautinio reagavimo. Šis apibrėžimas išplečia Taisyklių apimtį nuo choleros, maro, geltonojo drugio (Taisyklės, 1969) iki esamų, naujų ir vėl atsinaujinančių ligų, apimant ekstremalias situacijas, kurias sukelia neinfekcinių ligų agentai (Tarptautinės sveikatos priežiūros taisyklės).

⁴⁹⁵ Priklausomai nuo nacionalinių centrų informacijos perdavimo PSO ir atitinkamai priimtos informacijos perdavimo nacionalinėms institucijoms, atsakingoms už užkrečiamųjų ligų kontrolę operatyvumo.

⁴⁹⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010-01-14 įsakymas Nr. V-17 „Dėl informacijos apie ekstremalias visuomenės sveikatai situacijas, keliančias tarptautinį susirūpinimą, rinkimo, vertinimo ir teikimo Pasaulio sveikatos organizacijai tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2010; Nr. 9-468.

⁴⁹⁷ Europos Parlamento ir Tarybos 1998 m. rugsėjo 24 d. sprendimas Nr. 2119/98/EB, dėl užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros ir kontrolės tinklo Bendrijoje sukūrimo, [1998] OL L268.

⁴⁹⁸ Komisijos 1999 m. gruodžio 22 d. sprendimas 2000/96/EB, dėl užkrečiamųjų ligų, kurios turi būti laipsniškai įtrauktos į Bendrijos tinklą pagal Europos Parlamento ir Tarybos sprendimą Nr. 2119/98/EB, [2000] OL L028; Komisijos 1999 m. gruodžio 22 d. sprendimas 2000/57/EB, dėl užkrečiamųjų ligų prevencijai ir kontrolei pagal Europos Parlamento ir Tarybos sprendimą Nr. 2119/98/EB nustatytos skubaus įspėjimo ir reagavimo sistemos, [2000] OL L21; Komisijos 2002 m. kovo 19 d. sprendimas 2002/253/EB, nustatantis atvejų (ligų) apibrėžimus, naudotinus pateikiant duomenis apie užkrečiamas ligas į Bendrijos tinklą pagal Europos Parlamento ir Tarybos sprendimą Nr. 2119/98/EB, [2002] OL L 86.

priežiūra, sąrašą ir informacijos teikimo tvarką⁴⁹⁹, nustatančią skubios informacijos apie užkrečiamąsias ligas, jų protrūkius ir asmens duomenų teikimo iš teritorinių visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų (TVSPĮ) Lietuvos Respublikos kompetentingoms institucijoms⁵⁰⁰ ir Europos Bendrijos užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros tinklui per skubaus įspėjimo ir reagavimo sistemą tvarką. Šiuo atveju nustatyta savarankiška (ne tik įgyvendinanti TSPT) tvarka vien todėl, kad Europos Sąjungos mastu veikianti skubios informacijos perdavimo tvarka apima tik užkrečiamąsias ligas, o TSPT atveju papildomai renkama informacija ir apie kitas – t. y. cheminės, biologinės, branduolinės kilmės – ekstremalias situacijas.

Atkreiptinas dėmesys, kad užkrečiamųjų ligų epidemiologinę stebėseną įgyvendinant valstybės funkcijas užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės srityje taip pat vykdo ir kitos institucijos⁵⁰¹, kaip antai, Respublikinė tuberkuliozės ir infekcinių ligų universitetinė ligoninė, valdanti susirgimų tuberkulioze registrą⁵⁰², nors pastarasis teisės aktų nustatyta tvarka nėra įteisintas ir neįrašytas į registrų sąrašą⁵⁰³.

Taip pat pastebėtina, kad vykdant užkrečiamųjų ligų epidemiologinę stebėseną, atsižvelgiant į tai, kad dažniausiai tvarkomi sergančių užkrečiamosiomis ligomis asmenų, t. y. ligonių, asmeniniai duomenys, reikėtų atsižvelgti ir į Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą⁵⁰⁴, kurio 8 straipsnio 1 dalyje nurodoma, kad informacija apie paciento gyvenimo faktus gali būti renkama tik su paciento sutikimu ir tuo atveju, jei tai yra būtina ligai diagnozuoti, gydyti ar pacientui slaugyti. Minėto straipsnio 4 dalyje ir 9 straipsnio 1 dalyje nustatoma, kad konfidenciali informacija gali būti suteikiama kitiems asmenims tik turint rašytinį paciento sutikimą, be paciento sutikimo teisės aktų nustatyta tvarka konfidenciali informacija gali būti suteikiama valstybės institucijoms, kurioms Lietuvos Respublikos įstatymai suteikia teisę gauti konfidencialią informaciją apie pacientą. Šiuo atveju siūlytina minėtą Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo nuostatą suderinti su Įstatymo nuostatomis, nustatant išimtis ne tik dėl informacijos teikimo esant rašytiniam pagrindui, bet ir esant kituose įstatymuose nustatytiems pagrindams. Šiuo atveju taip pat pastebėtina, kad visais epidemiologinės stebėsenos atvejais yra tvarkomi ypatingi asmenų duomenys, tokie kaip vardas, pavardė, duomenys apie susirgimą tam tikra užkrečiamąja liga, todėl ypatingas dėmesys, turi būti kreipiamas ir į Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės

⁴⁹⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 28 d. įsakymas Nr. V-397 „Dėl Skubios informacijos apie užkrečiamąsias ligas teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 90-3317; 2010, Nr. 72-3669.

⁵⁰⁰ Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba, Ekstremalių sveikatai situacijų centras, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija.

⁵⁰¹ Čelkis, P., *supra* note 54, p. 79.

⁵⁰² Vyriausybės 2008 m. liepos 9 d. nutarimas Nr. 691 „Dėl Valstybės visuomenės sveikatos stebėsenos 2008–2009 metų programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr.: 83-3295; Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. gruodžio 24 d. įsakymas Nr. 674 „Dėl Visuomenės sveikatos sričių stebėsenų (monitoringų) ir jų vykdytojų sąrašo tvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2003, Nr.: 12-445.

⁵⁰³ Registrų sąrašo duomenų bazė [interaktyvi]. [žiūrėta 2010-11-10]. <<http://www.registrai.lt>>.

⁵⁰⁴ Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 102-2317; 2004, Nr. 115-4284; 2009, Nr. 145-6425.

apsaugos įstatymą⁵⁰⁵, kurio 5 straipsnio 3 dalyje numatyta, kad duomenys apie asmens sveikatą taip pat gali būti tvarkomi šio įstatymo 10 straipsnyje ir sveikatos sritį reglamentuojančių įstatymų nustatytais tikslais ir tvarka. Minėto įstatymo 10 straipsnyje nustatoma, kad asmens duomenis apie asmens sveikatą (jos būklę, diagnozę, prognozę, gydymą ir kt.) gali tvarkyti įgaliotas sveikatos apsaugos sistemos darbuotojas⁵⁰⁶.

Apibendrinant užkrečiamųjų ligų epidemiologinę stebėseną galima teigti, kad valstybės sukurta ir funkcionuojanti užkrečiamųjų ligų epidemiologinė stebėsenos sistema, užtikrinanti, kad išsami informacijos būtų laiku perduodama iš esmės per Užkrečiamųjų ligų informacinę sistemą, kuri, deja, neapima visų privalomųjų registruoti epidemiologinio registravimo objektų.

Palyginti su nacionaliniu teisiniu reglamentavimu, kaip pavyzdys gali būti pateikiamas Olandijos Visuomenės sveikatos aktas⁵⁰⁷, kurio 21 skyriuje (angl. *section*) numatyta, kad gydytojas, kuris nustato pacientui ligos požymius, kurių priežastis yra moksliskai neįrodyta ir kurie teikia rimtą pagrindą įtarti, kad ligos priežastis yra infekcija, kelianti rimtą pavojų visuomenės sveikatai, jis nedelsdamas turi pranešti apie tai savivaldybės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiai įstaigai. Pranešime vadovaujantis 24 skyriumi pateikiami tokie duomenys kaip paciento vardas, pavardė, adresas, lytis, gimimo data, viešųjų paslaugų skaičius, infekcinės ligos ar panašios ligos priežastis, jos pasireiškimo data, paciento skiepijimas ar gydymas ir t. t. Savivaldybės sveikatos tarnybos apie tai nedelsdamos praneša Visuomenės sveikatos ir aplinkos nacionaliniam institutui (RIVM). JAV, kaip rašo L. O. Gostin⁵⁰⁸, Ligų kontrolės centras yra sukūręs standartizuotą atvejo apibrėžimą infekcinėms ligoms; jis taip pat formuoja atvejo apibrėžimą lėtinėms, aplinkos ir profesiniams sužalojimams bei kitoms ligoms. Standartizuotas atvejis apima daug informacijos, tokios kaip demografinė (paciento vardas, amžius, rasė ir adresas), laboratoriniai tyrimai, rizikingas elgesys ir klinikinė istorija. Ir galiausiai, kaip nurodoma PHLAW/FLU projekte⁵⁰⁹, pareiga skubiai pranešti apie užkrečiamąsias ligas yra nustatyta visose projekte dalyvavusiose 23 Europos valstybėse⁵¹⁰, įskaitant ir Lietuvos Respubliką.

⁵⁰⁵ Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 63-1479; 2008, Nr. 22-804.

⁵⁰⁶ Svarstyтина, ar šiuo atveju teritorinės visuomenės sveikatos priežiūros institucijos pareigūnai, įstaigai nesant sveikatos priežiūros įstaiga, atitinka šio įstatymo reikalavimus, nors atsižvelgiant į tai, kad vartojama labai plati sąvoka kaip sveikatos apsaugos sistema, manytina, neturėtų kilti prieštaravimų.

⁵⁰⁷ Act of 9 October 2008, regulating public health matters (Public Health Act) [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-12-22]. <<http://www.ehln.org/images/pdfs/public%20health%20act%202008%20the%20netherlands.pdf>>.

⁵⁰⁸ Gostin, L. O., *supra* note 44, p. 259.

⁵⁰⁹ Europos Sąjungos finansuojamas ir Hertfordšyro universiteto Tyrimų pirminėje ir bendruomenės priežiūroje centro vykdytas PHLAW/FLU projektas, skirtas išanalizuoti Europos valstybių teisėkūrą ir apibendrinus nustatyti bendrus kriterijus, kurie Europos mastu padėtų lengviau kovoti su užkrečiamųjų ligų pandemijomis.

⁵¹⁰ Martin, R., *et al.* Pandemic influenza control in Europe and the constraints resulting from incoherent public health laws. *Biomed Central Public Health*. 2010, 10:532:4.

Kaip buvo minėta, valstybei vykdant užkrečiamųjų ligų epidemiologinę stebėseną, pastaroji turi būti atliekama kompleksiskai su užkrečiamųjų ligų epidemiologine analize ir užkrečiamųjų ligų prognoze⁵¹¹.

Vadovaujantis teisės aktų nuostatomis epidemiologinė analizė⁵¹² turi būti atliekama nuolatos, kad kuo anksčiau būtų nustatomas sergamumo padažnėjimas, protrūčiai ar epidemijų požymiai, sąlygų, kurios gali turėti įtakos sergamumo intensyvumui, pasikeitimai, taip pat laiku būtų organizuojama jų profilaktika. Administracinėse teritorijose sergamumo užkrečiamosiomis ligomis analizę atlieka TVSPĮ, nacionaliniu lygiu pagal kompetenciją atlieka visuomenės sveikatos priežiūros institucijos (neįvardinama konkreti institucija). Tuo tarpu Užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros organizavimo tvarkoje⁵¹³ vis dar minimos senai likviduotos institucijos (tokios kaip Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės centras, Lietuvos AIDS centras).

Pagal užkrečiamųjų ligų epidemiologinio monitoringo, epidemiologinės analizės duomenis TVSPĮ sudaro epidemiologinę prognozę⁵¹⁴ atitinkamam laikotarpiui, įvertindamos konkrečios užkrečiamosios ligos dėsningumus ir epideminę situaciją. Užkrečiamųjų ligų epidemiologinės analizės ir prognozės duomenys teikiami atitinkamoms institucijoms⁵¹⁵. Toks paviršutiniškas teisinis reglamentavimas, aiškių valstybės funkcijų nenustatymas lemia tai, kad ši funkcija iš esmės yra vykdoma nesistemiškai, neaiškūs jos turinys, nors ji galėtų pasitarnauti kaip efektyvi priemonė kuriant Lietuvos kovos su užkrečiamosiomis ligomis politiką, organizuojant atitinkamas priemones.

Užkrečiamųjų ligų profilaktika. Kaip buvo minėta šio darbo 1.3 skyriuje, vadovaujantis Įstatymo 2 straipsnio 11 dalimi užkrečiamųjų ligų profilaktika yra apibrėžiama kaip organizacinės, teisinės, ekonominės, technologinės, higienos, epidemiologijos, imunobiologijos, chemoprofilaktikos, sveikatos ugdymo priemonės, taip pat kiti veiksmai ir metodai, kurie leidžia išvengti apsikrėtimo ir susirgimo užkrečiamosiomis ligomis. Minėtas nuostatas detalizuoja Įstatymo III skyrius, nustatantis konkrečias užkrečiamųjų ligų profilaktikos priemones. Taigi valstybė, įgyvendindama teisę į sveikatos apsaugą, vykdo tokias užkrečiamųjų ligų profilaktikos priemones: Lietuvos valstybės sienų ir teritorijos sanitarinė bei medicininė-karantinė apsauga; medicininės priemonės, taikomos asmenims, t. y. imunoprofilaktika ir chemoprofilaktika; privalomasis profilaktinis aplinkos kenksmingumo pašalinimas; privalomasis sveikatos tikrinimas dėl užkrečiamųjų ligų; kitos įstatyme nustatytos priemonės.

Įstatymo 10 straipsnyje yra reglamentuojama Lietuvos valstybės sienų ir teritorijos sanitarinė bei medicininė-karantinė apsauga. Nors ši priemonė yra susijusi su atitinkamais žmogaus teisių ribojimais bei pareigų jiems nustatymu, tačiau paties Įstatymo

⁵¹¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998-10-23 įsakymas Nr. 614 „Dėl užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros organizavimo tvarkos tvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 95 – 2644.

⁵¹² Epidemiologinio monitoringo duomenų apdorojimas, šių duomenų retrospektyvi ir operatyvi analizė panaudojant epidemiologinės diagnostikos duomenis. Užkrečiamųjų ligų epidemiologinės analizės atveju valstybė siekia nustatyti ir įvertinti rizikos veiksnius bei profilaktikos priemonių efektyvumą.

⁵¹³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998-10-23 įsakymas Nr. 614 „Dėl užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros organizavimo tvarkos tvirtinimo“, *supra* note 511, 5.3 punktas.

⁵¹⁴ Užkrečiamųjų ligų prognozė – tai sergamumo užkrečiamosiomis ligomis tendencijų, rodiklių ir epidemiologinio proceso ypatumų prognozė konkrečiam laikotarpiui.

⁵¹⁵ Šiuo atveju nedetalizuojamos institucijos, kas, manytina, yra ydinga, kadangi funkciją įvykdžiusios institucijos turi pačios spręsti, kam pateikinti minėtus duomenis.

nuostatos priemonės įgyvendinimą paveda patvirtinti Lietuvos Respublikos Vyriausybei. Svarstyta, ar tokios priemonės pagrindiniai įgyvendinimo principai neturėtų būti reglamentuojami įstatyminiu lygmeniu, nes ir Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas yra pasisakęs, kad žmogaus teisių ribojimas turi būti reglamentuojamas tik įstatymu, ribojimai demokratinėje visuomenėje turi būti būtini siekiant apsaugoti kitų asmenų teises bei laisves ir Konstitucijoje įtvirtintas vertybes, taip pat konstituciškai svarbius tikslus; ribojimais nėra paneigiama teisių ir laisvių prigimtis bei jų esmė; turi būti laikomasi konstitucinio proporcingumo principo⁵¹⁶.

Sistemiškai analizuojant Įstatymo nuostatas aiškėja Įstatymo nustatytų atsakingi subjektai ir jiems suteiktų įgaliojimų mastas, kaip antai, Įstatymo 27 straipsnyje ir 28 straipsnyje nustatoma, kad Lietuvos Respublikos vyriausiasis epidemiologas⁵¹⁷ ir apskričių vyriausieji epidemiologai (TVSPĮ pareigūnai) turi teisę tarptautinės teisės aktuose nustatytais pagrindais ir tvarka priimti sprendimą dėl keleivių ir transporto priemonių, atvykusių į Lietuvos Respubliką ar esančių jos teritorijoje, sulaikymo, keleivių privalomo sveikatos patikrinimo ir jų privalomo ištyrimo, ar neserga pavojingomis ir ypač pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis, taip pat prekių, bagažo, konteinerių, esančių transporto priemonėje, privalomo laboratorinio ištyrimo, ar neturi šių ligų sukėlėjų.

Taigi valstybė, siekdama apsaugoti Lietuvos teritorijoje gyvenančius asmenis nuo užkrečiamųjų ligų įvežimo į jos teritoriją, kaip vieną iš profilaktikos priemonių nustato sienos ir teritorijos sanitarinę bei medicininę-karantinę apsaugą. Lietuvos Respublikos Vyriausybės patvirtinta Lietuvos Respublikos valstybės sienų ir teritorijos sanitarinės ir medicininės-karantinės apsaugos tvarkoje⁵¹⁸ nustatyta, kad į Lietuvos Respubliką

⁵¹⁶ Pavyzdžiui, Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2007 m. gegužės 5 d. nutarimo „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. liepos 11 d. nutarimo Nr. 899 „Dėl Minimalių kvalifikacinių valstybinių mokslo ir studijų institucijų mokslo darbuotojų, kitų tyrėjų ir dėstytojų pareigybių reikalavimų aprašo, Konkursų valstybinių mokslo ir studijų institucijų mokslo darbuotojų, kitų tyrėjų ir dėstytojų pareigas eiti organizavimo, mokslo darbuotojų, kitų tyrėjų ir dėstytojų atestavimo tvarkos aprašo ir Pedagoginių vardų suteikimo universitetuose tvarkos aprašo patvirtinimo“ (2005 m. rugpjūčio 18 d. redakcija) 2.3.1 punkto, šiuo Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu (2005 m. rugpjūčio 18 d. redakcija) patvirtinto Minimalių kvalifikacinių valstybinių mokslo ir studijų institucijų mokslo darbuotojų, kitų tyrėjų ir dėstytojų, dirbančių humanitarinių ir socialinių mokslų srityse, pareigybių reikalavimų aprašo (2005 m. rugpjūčio 18 d. redakcija) 2.2, 2.5, 3.1.2, 3.1.3, 3.1.4 punktų ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. liepos 18 d. nutarimu Nr. 962 „Dėl Habilitacijos tvarkos patvirtinimo“ patvirtintos habilitacijos tvarkos 3.1 punkto atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 52-2025.

⁵¹⁷ Šiuo atveju minėtas pareigūnas yra Sveikatos apsaugos ministerijos Visuomenės sveikatos departamentu direktorius (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 20 d. įsakymas Nr. V-441 „Dėl Lietuvos Respublikos vyriausiojo epidemiologo paskyrimo“ [nepublikuotas]). Svarstyta, ar šiuo atveju nagrinėjant užkrečiamųjų ligų profilaktikos sistemą ir jos institucijas yra tinkamas minėtas sprendimas suteikti ministerijos struktūrinio padalinio vadovui įgaliojimus susijusius su konkrečių administracinių priemonių praktiniu įgyvendinimu, nes juk ministerija vadovaujantis Sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų, patvirtintų Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1998 m. liepos 24 d. nutarimu Nr. 926 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 67-1961, 1 punktu yra Lietuvos Respublikos valstybės įstaiga, kuri formuoja valstybės politiką, organizuoja, koordinuoja ir kontroliuoja jos įgyvendinimą, o įstatymų numatytais atvejais – ją įgyvendina sveikatos apsaugos ministrui pavestose valdymo srityse. Deja, Įstatymas nepaveda ministerijai minimu atveju nustatytų funkcijų.

⁵¹⁸ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1999 m. gruodžio 1 d. nutarimas Nr. 1332 „Dėl Lietuvos Respublikos valstybės sienų ir teritorijos sanitarinės ir medicininės-karantinės apsaugos tvarkos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1999, Nr. 104-2988.

atvykusio asmens sveikatos būklė turi būti patikrinta dėl pavojingų ir ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų, jeigu jis įtariamas sergąs kuria nors iš šių ligų ir yra atvykęs iš teritorijų, apkrėstų ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų sukėlėju, slaptu (inkubaciniu) ligos periodu. Taigi, kompetentingiems asmenims nustatoma funkcija tikrinti atvykstančius asmenis, o asmenims (įtariamiems, kad serga pavojinga ar ypač pavojinga užkrečiamąja liga ir jei atvyksta iš teritorijų, apkrėstų ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų sukėlėju) – pareiga paklusti teisėtiems pareigūnų reikalavimams ir pasitikrinti sveikatą.

Negana to, TVSPĮ specialistai privalo šiuo atveju atlikti ne tik asmenų, bet ir transporto priemonių, bagažo, konteinerių, prekių (krovinių) ir pašto siuntų, įvežtų į Lietuvos Respubliką, medicininių-karantinių patikrinimą ir šis patikrinimas turi būti atliekamas pirmiausia, o pasienio ir muitinės kontrolė vykdoma tik po jo, o prireikus – pritaikius reikiamas epidemiologines priemones⁵¹⁹.

Lietuvos Respublikos valstybės sienų ir teritorijos sanitarinės ir medicininės-karantininės apsaugos tvarkoje yra nustatyta ir daugiau pareigų asmenims (priklausomai nuo pastarųjų statuso):

- asmenys, organizuojantys turistines keliones į užsienį bei laikinąjį įdarbinimą užsienyje, privalo informuoti išvykstančius į turistines keliones asmenis apie epideminę situaciją kelionės maršruto vietose bei pavojingų ir ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų profilaktikos priemones šiose kelionėse;
- jūrų, upių ir oro uostų, automobilių kelių ir geležinkelio stočių, taip pat autobusų stočių, krovinių vežimo keliais stočių (terminalų) vadovai, transporto priemonių savininkai bei valdytojai, antžeminių transporto priemonių vairuotojai, jūrų, upių laivų kapitonai, įtarę asmenis sergant pavojinga ar ypač pavojinga užkrečiamąja liga kelionės metu ar pastebėję transporto priemonėje graužikų kritimą, privalo organizuoti šias epidemiologines priemones: izoliuoti sergančius ar įtariamus sergant pavojinga ar ypač pavojinga užkrečiamąja liga asmenis, organizuoti medicinos pagalbą; stebėti keleivių ir įgulos narių sveikatos būklę, organizuoti ir atlikti transporto priemonės aplinkos kenksmingumo pašalinimą (deratizaciją, dezinfekciją, dezinfekciją), ir t. t.;
- transporto priemonių savininkų arba vykstančių grupių vadovų įgalioti asmenys privalo: likus 2 valandoms iki atvykimo į Lietuvos Respubliką, informuoti apie kelionės metu susirgusius ar įtariamus sergant pavojinga ar ypač pavojinga užkrečiamąja liga asmenis jūrų, upių ar oro uosto, automobilių kelių ar geležinkelio stoties, taip pat autobusų stoties ar krovinių vežimo keliais stoties (terminalo) vadovą, kuris nedelsdamas turi perduoti informaciją galutinio kelionės punkto TVSPĮ arba jam priklausančiam medicininio karantino postui;
- Valstybės sienos apsaugos tarnybos prie Vidaus reikalų ministerijos, muitinės ir kitų tarnybų pareigūnai, patikrinimo metu pastebėję atvykusį į Lietuvos Respubliką ar išvykstantį iš jos asmenį su pavojingos ar ypač pavojingos užkrečiamosios ligos požymiais, privalo nedelsdami informuoti apie tai TVSPĮ specialistus.

⁵¹⁹ *Ibid.*, 6 ir 7 punktai.

Nors sveikatos apsaugos ministrui minėtu Vyriausybės nutarimu⁵²⁰ yra pavesta patvirtinti tokias tvarkas, kaip sveikatos patikrinimo dėl pavojingų ir ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų tvarką, tačiau patvirtindamas Lietuvos higienos normą HN 34:2002 „Lietuvos Respublikos valstybės sienos ir teritorijos medicininės-karantininės apsaugos taisyklės“⁵²¹, pastarosios reguliavimo tikslus jis nustatė identiškus Vyriausybės nutarimui (1 punktą), negana to, 5 punkte praplėtė institucijų, atsakingų už Lietuvos Respublikos valstybės sienų ir teritorijos higienos ir medicininę karantininę apsaugą, sąrašą, įtraukdamas į jį Sveikatos apsaugos ministeriją ir Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės centrą (dabartinis Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras). Ir nors šioje sveikatos apsaugos ministro patvirtintoje higienos normoje detalie aprašomi valstybės institucijų veiksmai vykdant valstybės sienų ir teritorijos higienos ir medicininę-karantininę apsaugą, tačiau abejonių, be minėtų papildomų priemonių reglamentavimo, taip pat kelia ir papildomų pareigų asmenims nustatymas. Pavyzdžiui, higienos normos 24 punkte, be Vyriausybės nutarimu nustatytų pareigų, asmenys, organizuojantys turistines keliones į užsienio šalis bei laikinąjį įdarbinimą užsienyje, privalo papildomai informuoti apie vakcinaciją asmenis, išvykstančius į šalis, kuriose galima užsikrėsti pavojingomis ir ypač pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis; sudaryti turistams saugias gyvenimo ir maitinimosi sąlygas užsienio šalyse; į laikinojo įdarbinimo užsienyje sutartis įtraukti sveikatos saugos reikalavimus ir t. t.

Atsižvelgiant į tai, kas išdėstyta, manytina, kad analizuojamu atveju svarbios valstybės funkcijos – valstybės sienos ir teritorijos medicininės karantininės apsaugos – vykdymas susijęs su žmogaus teisių ir laisvių ribojimu bei pareigų jiems nustatymu poįstatyminio (įstatymą įgyvendinančio) teisės akto lygiu yra negera teisinė praktika. Pagrindinės asmenų pareigos vykdant minėtą funkciją ir pareigos, susijusios su leidimu pareigūnams patikrinti jų turtą, atsakyti į pareigūnų užduodamus klausimus, paklusti reikalavimui pasitikrinti sveikatą bei atitinkamiems ūkio subjektams teikti įvairią informaciją ir organizuoti skubias priemones, turi būti reglamentuojamos Įstatyme, kaip ir pareigūnų funkcijos.

Panašiai visuomeniniai santykiai reguliuojami ir Rusijos Federacijos federalinio įstatymo Nr. 52-FZ 1999/03/30 „Dėl gyventojų sanitarinės-epidemiologinės gerovės“⁵²² 30 straipsniu, kuriame reglamentuojama Rusijos Federacijos teritorijos sanitarinė apsauga. Kaip nustatyta minėtame įstatyme, Rusijos Federacijos teritorijos sanitarinė apsauga yra siekiama užkirsti kelią pavojingų visuomenei infekcinių ligų plitimui į Rusijos Federacijos teritoriją, užkirsti kelią prekių, cheminių, biologinių ir radioaktyviųjų medžiagų, kurios gali būti pavojingos žmogaus sveikatai, įvežimui į Rusijos Federacijos teritoriją ir jų realizavimui. Pagal minėto straipsnio nuostatas, į Rusijos Federacijos teritoriją negali būti importuojami pavojingi kroviniai ir prekės, kurių importas į Rusijos Federacijos teritoriją uždraustas Rusijos Federacijos įstatymais, taip pat kroviniai

⁵²⁰ Svarstyta, ar Vyriausybė, kuri pagal įstatymą turi sureguliuoti tam tikro klausimo sprendimą, gali savo nutarime ne viską išspręsti, o pavesti tai padaryti ministerijai.

⁵²¹ Sveikatos apsaugos ministro 2002 m. gruodžio 2 d. įsakymas Nr. 595 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 34:2002 „Lietuvos Respublikos valstybės sienos ir teritorijos medicininės-karantininės apsaugos taisyklės“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 1-22.

⁵²² Федеральный закон №52-ФЗ О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-07-25]. < <http://www.rospotrebnadzor.ru/documents/zakon/> >.

ir prekės, kurių sanitarinės kontrolės metu nustatyta, kad jie kelia grėsmę ir dėl jų gali išplisti infekcinės ligos arba masinės neužkrečiamosios ligos (apsinuodijimai).

Kaip užkrečiamųjų ligų profilaktikos priemonės išskiriamos dvi medicininės priemonės, t. y. imunoprofilaktika ir chemoprofilaktika. Įstatymo 2 straipsnio 23 dalyje imunoprofilaktika apibūdinama kaip biologinių preparatų ir medicinos priemonių naudojimas siekiant padidinti žmonių atsparumą užkrečiamosioms ligoms. Vadovaujantis Įstatymo 11 straipsniu imunoprofilaktika gali būti taikoma asmenims tik su jų sutikimu, išskyrus kituose teisės aktuose numatytus atvejus, o kai jie neveiksnūs, – gavus atstovų pagal įstatymą sutikimą. Visuotinė imunoprofilaktika gali būti taikoma tik Įstatymo nustatyta tvarka paskelbus teritorijų karantiną, kai kyla reali grėsmė, kad gyventojai gali susirgti pavojingomis ar ypač pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis, o kitos užkrečiamųjų ligų profilaktikos priemonės negarantuoja šių ligų plitimo ribojimo.

Taigi iš esmės, vadovaujantis minėtomis nuostatomis, imunoprofilaktika gali būti visuotinė ir individuali bei savanoriška ir privaloma. Manytina, detaliau analizuojant teisės aktus bus galima atskleisti pastarųjų įgyvendinimo niuansus.

Imunoprofilaktikos atlikimo taisyklėmis⁵²³ sveikatos apsaugos ministras nustatė imunoprofilaktikos priemonių vykdymą ir kontrolę, prieinamumą, duomenų rinkimą ir informacijos teikimą, juridinių ir fizinių asmenų, turinčių teisę užsiimti imunoprofilaktika, teises ir pareigas, taip pat imunoprofilaktikos, finansuojamos iš valstybės biudžeto ir atliekamos privačiai, tvarką.

Imunoprofilaktiką valstybės mastu vykdo visos pasaulio šalys, tačiau valstybės vykdomos imunoprofilaktikos mastas pirmiausia priklauso nuo valstybės turimų finansinių išteklių. Nacionalinės imunoprofilaktikos 2009–2013 metų programos⁵²⁴ (toliau – Programa) tikslai yra mažinti sergamumą, pašalinti ir išnaikinti vakcinomis valdomas užkrečiamąsias ligas bei užtikrinti skiepijimo saugumą, efektyvumą ir padidinti prieinamumą ir pan. Įgyvendinant šią programą siekiama išlaikyti ne mažesnę kaip 90 proc. vaikų skiepijimo mastą visoje šalyje.

Įstatymo 2 straipsnio 24 dalyje nustatyta, kad chemoprofilaktika – tai vaistų vartojimas siekiant skubiai užkirsti kelią užkrečiamųjų ligų atsiradimui ir plitimui. Įstatymo 12 straipsnio pirmoje dalyje nustatoma, kad chemoprofilaktiką asmenims galima taikyti tik su jų sutikimu, išskyrus kituose teisės aktuose numatytus atvejus, o jeigu jie neveiksnūs, – gavus atstovų pagal įstatymą sutikimą. Teisę atlikti chemoprofilaktiką turi tik sveikatos priežiūros specialistai, įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka gavę licenciją sveikatos priežiūros veiklai. Ir nors įstatymo 4 dalyje nustatyta, kad chemoprofilaktikos tvarką nustato Sveikatos apsaugos ministerija, tačiau sveikatos apsaugos ministras tokios tvarkos nėra patvirtinęs iki šiol⁵²⁵. Atskiras nuostatas, kuomet taikoma chemoprofilaktika, galima rasti tik paanalizavus atskiras teisės aktų nuostatas, kaip antai: Lietuvos Respublikos valstybės sienų ir teritorijos sanitarinės ir medicininės-karantininės apsaugos tvarkos 12 punkte numatyta, kad visuotinė imunoprofilaktika ir chemoprofilaktika taikoma, kai kyla reali grėsmė, kad gyventojai gali susirgti pavojingomis

⁵²³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002-09-23 įsakymas Nr. 468 „Dėl imunoprofilaktikos atlikimo taisyklių patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 96 – 4229.

⁵²⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009-03-31 įsakymas Nr. V-242 „Dėl Nacionalinės imunoprofilaktikos 2009–2013 metų programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 40 – 1534.

⁵²⁵ Iki 2010-12-31.

ar ypač pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis, o kitos užkrečiamųjų ligų profilaktikos priemonės negarantuoja šių ligų plitimo ribojimo. Visuotinės imunoprofilaktikos ir chemoprofilaktikos taikymo tvarką nustato Vyriausybė teritorijų karantino režimą reglamentuojančiais teisės aktais. Atitinkamai Lietuvos higienos normos HN 34:2002 „Lietuvos Respublikos valstybės sienos ir teritorijos medicininės-karantininės apsaugos taisyklės“ 29.6 punkte nustatyta, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovai, darbuotojai, įtarę ar nustatę 1 priede išvardytas ligas, privalo: atlikti gyventojų imunoprofilaktiką ir chemoprofilaktiką Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka, kai kyla reali grėsmė gyventojams susirgti pavojinga ar ypač pavojinga užkrečiamąja liga, o kitos profilaktikos priemonės neužtikrina šios ligos plitimo sustabdymo. Lietuvos higienos normos HN 34:2002 „Lietuvos Respublikos valstybės sienos ir teritorijos medicininės-karantininės apsaugos taisyklės“ 42.3 punkte nustatyta, kad maliarijai endeminėse šalyse įgulai ir keleiviams būtina atlikti chemoprofilaktiką (vaistais nuo maliarijos) Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka ir pan.

Šiuo atveju diskusijų galėtų kelti priverstinė (visuotinė) imunizacija ir chemoprofilaktika, kuri, kaip buvo minėta, taikoma esant užkrečiamųjų ligų protrūkiams Įstatymo nustatyta tvarka paskelbus teritorijų karantiną, kai kyla reali grėsmė, kad gyventojai gali susirgti pavojingomis ar ypač pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis, o kitos užkrečiamųjų ligų profilaktikos priemonės negarantuoja šių ligų plitimo ribojimo (chemoprofilaktikos atveju atitinkamai 12 straipsnio 5 dalis). Taigi Įstatymas suteikia teisę (asmens sveikatos priežiūros specialistams) taikyti visuotinę privalomą imunizaciją netgi prieš paciento valią ir chemoprofilaktiką (sveikatos apsaugos ministro patvirtintoje tvarkoje netgi numatyta pareiga gydytojams pastarąją taikyti), o asmenims nustatyta pareiga paklusti tokiems reikalavimams ir nesipriešinti atitinkamiems veiksams. Tokiu atveju svarstytinas minėtų Įstatymo nuostatų atitikimas Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 14 straipsnio 1 dalies nuostatoms, kuriose teigiama, kad pacientui nuo 16 metų sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos tik su jo sutikimu, išskyrus būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo atvejus, kai pacientas negali savo valios išreikšti pats. Šiuo atveju, jeigu vis dėlto manytume, kad priverstinė imunizacija (atitinkamai ir chemoprofilaktika) atskirais atvejais yra būtina kovos su užkrečiamąja liga priemonė, derėtų papildyti Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 18 straipsnį nuostata, kad kai kyla reali grėsmė, kad gyventojai gali susirgti pavojingomis ar ypač pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis, o kitos užkrečiamųjų ligų profilaktikos priemonės negarantuoja šių ligų plitimo ribojimo, paskelbus teritorijų karantiną galima vykdyti visuotinę imunoprofilaktiką ir chemoprofilaktiką prieš pacientų valią. Kitu atveju, manytina, kad imunoprofilaktika ir chemoprofilaktika prieš paciento valią – negalima. Taip pat siūlytina ir aiškiai reglamentuoti imunoprofilaktikos būdus (vaikų, suaugusiųjų), kas priima sprendimus, kokios asmenų nepaklusimo teisinės pasekmės, kokiais atvejais valstybė apmoka už visa tai, kai taikoma privaloma imunizacija.

JAV, pasak L. O. Gostin⁵²⁶, nėra privalomų skiepijų, tačiau vaikai, norintys lankyti mokyklą ar kitą licencijuotą vaikų ugdymo įstaigą, turi būti paskiepyti. Visos penkiasdešimt JAV valstijų yra reglamentavusios mokinių skiepėjimus. Nors JAV Ligų kontrolės centras (angl. CDC) teikia skiepėjimo rekomendacijas, tačiau pačios valstijos yra atsakin-

⁵²⁶ Gostin, L. O., *supra* note 44, p. 380.

gos už tai, kuriomis vakcinomis turi būti skiepijama. Ir nors įvairiose valstijose formuluotės skiriasi, visuose teisiniuose reikalavimuose dėl mokinių skiepijimo nurodyta, kad tik vaikai su medicininėmis kontraindikacijomis atleidžiami nuo skiepijimo. Visose valstijose (išskyrus Vakarų Virdžinijos ir Misisipės) numatyta, kad asmenys, turintys religinių prieštaravimų dėl skiepijimų, atleidžiami nuo vakcinacijos. Kai kuriuose teisės aktuose taip pat nurodoma, kad tėvai turi įvardyti savo religiją, kituose ši nuostata išdėstoma liberaliau. Dvidešimtyje valstijų numatytas atleidimas nuo skiepijimų dėl tėvų filosofinių prieštaravimų skiepams. Kaip atkreipia dėmesį L. O. Gostin,⁵²⁷ JAV federalinė ir valstijų valdžia nenumato privalomų skiepijimų suaugusiems, išskyrus stojant į karo tarnybą. Be to, nuo 1997 m. liepos 1 d. visi asmenys, siekiantys nuolat gyventi Jungtinėse Amerikos Valstijose, privalo pateikti dokumentus, įrodančius, kad jie skiepyti nuo visų vakcinomis valdomų užkrečiamųjų ligų. Byloje *Jacobson v. Commonwealth of Massachusetts*⁵²⁸ (1905) JAV Aukščiausiasis Teismas nustatė, kad vakcinacija neperžengia valstijos teisėtų įgaliojimų (angl. *police powers*) ribos. Taip pat pastebėtina, kaip nurodo L. O. Gostin, kad JAV Kongresas sukūrė Nacionalinę kompensacijos dėl vakcinų sukeltų pažeidimų programą (angl. *National vaccine injury compensation program*, NVICP) – teisės aktų, numatančių civilinės teisės pažeidimų, dėl kurių galima pareikšti ieškinį, pakeitimus, nustatydamas, kad asmenys greitai, lengvai ir teisingai gautų kompensacijas. Minėta programa sukūrė atsakomybės be kaltės sistemą, pagal kurią mokama už specifinės imunizacijos sukeltus pažeidimus, jei pareiškėjas įrodo, kad sąraše esanti vakcina sukėlė jo sveikatos sutrikimus⁵²⁹. Siekdamas skatinti kompanijas kurti naujas priemones prieš biologinio agento tyčinį panaudojimą, JAV Kongresas 2004 m. priėmė Bioskydo aktą (angl. *Project Bioshield Act*), kuriuo skatinama vystyti atsakomąsias priemones, susijusias su vakcinacija: 1) liberalizuojant nuosavybės ar paslaugų, reikalingų biomedicininiais tyrimams ir jų vystymui, pirkimo procedūras; 2) numatant, kad Maisto ir vaistų agentūra (FDA) greitai leidžia ekstremalių visuomenės sveikatai situacijų metu platinti dar nepatvirtintus ir nelicencijuotus naujus vaistus ir priešnuodžius; 3) įkuriant Specialų rezervo fondą, kurį sudaro 5,6 mljrd. JAV dolerių, skirtą išgyti platų spektrą medicininių atsakomųjų priemonių prieš cheminius, biologinius, radiologinius ir branduolinius agentus dešimties metų laikotarpiu⁵³⁰. Rusijos Federacijoje yra priimtas atskiras įstatymas, reguliuojantis imunoprofilaktikos klausimus – federalinis įstatymas Nr. 157-FZ 1998/09/17 „Dėl užkrečiamųjų ligų imunoprofilaktikos“⁵³¹, kuris nustato, kad skiepydamiesi piliečiai turi teisę: iš sveikatos priežiūros darbuotojų gauti visą ir objektyvią informaciją apie profilaktinio skiepijimo būtinumą, apie pasekmes atsisakant skiepy, galimas komplikacijas po vakcinacijos; komplikacijų atveju po vakcinacijos gyventojai turi gauti socialinę paramą. Tuo pačiu įstatyme nustatoma, kad jei trūksta reikiamų skiepy, piliečiams yra draudžiama keliauti į šalį, kurioje pagal Tarptautines sveikatos priežiūros taisykles ar tarptautines Rusijos Federacijos sutartis reikia specialių skiepy; esant masiniams infekcinių ligų atvejams arba epidemijos grėsmei laikinai atsisakoma priimti piliečius švietimo ir sveikatos apsaugos įstaigose;

⁵²⁷ Gostin, L. O., *supra* note 44, p. 381.

⁵²⁸ Project Bioshield Act [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-12-28]. <http://biotech.law.lsu.edu/cases/vaccines/Jacobson_v_Massachusetts.htm>.

⁵²⁹ Gostin, L. O., *supra* note 44, p. 386.

⁵³⁰ *Ibid.*, p. 391.

⁵³¹ Федеральный закон №157-ФЗ Об иммунопрофилактике инфекционных болезней, *supra* note 311.

draudžiama priimti nepasiskiepėjusius piliečius į darbą ir būtina nušalinti nuo darbo, kuris yra susijęs su didele infekcinių ligų rizika. Šioje šalyje į nacionalinį skiepėjimo kalendorių pagal įstatymą yra įtraukti skiepai nuo hepatito B, difterijos, kokliušo, tymų, raudonukės, poliomielite, stabligės, tuberkuliozės, epideminio parotito. Taip pat, pagal įstatymą, esant komplikacijoms po vakcinacijos piliečiai turi teisę gauti vienkartinės valstybės išmokas, pinigines kompensacijas kas mėnesį, laikinojo nedarbingumo išmokas.

Apibendrinant pastabėtina, kad Europoje, kaip matyti iš projekto PHLAW/FLU, privalomoji imunizacija yra nustatyta 9 Europos valstybėse iš 23 dalyvavusiųjų projekte⁵³². Lietuvos Respublika yra viena iš tų valstybių, kurioje šios priemonės yra įteisintos.

Kaip atskiros valstybės vykdomos užkrečiamųjų ligų profilaktikos priemonės Įstatymo 13 ir 14 straipsniuose numatytas privalomasis profilaktinis aplinkos kenksmingumo pašalinimas ir privalomasis aplinkos kenksmingumo pašalinimas užkrečiamųjų ligų židiniuose. Įstatymo 13 straipsnis nustato pareigas asmenims (įmonėms, įstaigoms ir organizacijoms) per 24 valandas organizuoti savo aplinkos (patalpų ir teritorijos) privalomąjį profilaktinį kenksmingumo pašalinimą (dezinsekciją, dezinfekciją, deratizaciją), kai TVSPĮ specialistai nustato, kad įmonėms, įstaigoms ar organizacijoms priklausančiuose statiniuose ar jų teritorijose yra susikaupę užkrečiamųjų ligų sukėlėjų ir juos platinančių vabzdžių ar graužikų. Įstatymo 14 straipsnyje nustatyta, kad pavojingų ir ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų židiniuose turi būti atliktas privalomasis aplinkos kenksmingumo pašalinimas (dezinsekcija, dezinfekcija, deratizacija, valymas, plovimas), kai fiziniai ar juridiniai asmenys savo noru nevykdo privalomojo aplinkos kenksmingumo pašalinimo. Tokiu atveju sprendimą dėl privalomojo aplinkos kenksmingumo pašalinimo pavojingų ir ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų židiniuose priima apskrities vyriausiasis epidemiologas (TVSPĮ pareigūnas), nors Įstatymo 28 straipsnyje nustatyta, kad teisę priimti tokį sprendimą turi Lietuvos Respublikos vyriausiasis epidemiologas ir apskričių vyriausieji epidemiologai. Įstatymo 37 straipsnio 2 dalies 2 punkte nustatyta pareiga asmenims nustatyta tvarka apmokėti privalomojo profilaktinio aplinkos kenksmingumo pašalinimo išlaidas.

Privalomasis sveikatos tikrinimas dėl užkrečiamųjų ligų ir asmenų, įtariamų, kad serga, susirgusių pavojingomis ar ypač pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis, bei nušalinimas nuo darbo reglamentuojamas Įstatymo 18 straipsnyje, kuriame numatyta, kad darbdavys ir darbuotojas privalo laikytis darbuotojo sveikatos privalomojo tikrinimo dėl užkrečiamųjų ligų išvadose pateiktų nurodymų. Vyriausybė yra patvirtinusi Darbų ir veiklos sričių, kuriose leidžiama dirbti darbuotojams, tik iš anksto pasitikrinusiems ir vėliau periodiškai besitikrinantiems, ar neserga užkrečiamosiomis ligomis, sąrašą, tikrinimosi tvarką⁵³³. Įstatymo 3 dalyje nustatyta, kad darbuotoją, atsisakiusį nustatytu laiku pasitikrinti, ar neserga užkrečiamąja liga, arba nepasitikrinusį be labai svarbių priežasčių (liga, dalyvavimas giminaičių laidotuvėse, komanduotė), darbdavys privalo nušalinti nuo darbo ir nemokėti jam darbo užmokesčio iki tos dienos, kol jis

⁵³² Martin, R., *et al.*, supra note 510, p. 4.

⁵³³ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1999 m. gegužės 7 d. nutarimas Nr. 544 „Dėl Darbų ir veiklos sričių, kuriose leidžiama dirbti darbuotojams, tik iš anksto pasitikrinusiems ir vėliau periodiškai besitikrinantiems, ar neserga užkrečiamosiomis ligomis, sąrašo ir šių darbuotojų sveikatos tikrinimosi tvarkos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1999, Nr. 41-1294; 2002, Nr. 73-3127.

pasitikrins, ar neserga užkrečiamąja liga, arba perkelti jį toje pačioje darbovietėje į kitą darbą, kurį jam leidžiama dirbti pagal sveikatos būklę.

Įstatymo minėtų straipsnių nuostatos taip pat nustato, kad asmenims, įtariamais, kad serga, ar susirgusiems pavojingomis ar ypač pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis arba tapusiems šių ligų sukėlėjų nešiotojais, iki bendrosios praktikos gydytojo leidimo draudžiama tęsti nustatytus darbus. Šiuos asmenis darbdaviai savo iniciatyva, taip pat vykdydami apskričių vyriausiųjų epidemiologų sprendimus, privalo laikinai nušalinti nuo darbo arba perkelti į kitą darbą, kurį jiems leidžiama dirbti pagal sveikatos būklę.

Lietuvos Respublikos darbo kodekso 97 straipsnis nustato priėmimo į darbą apribojimus. Šiame straipsnyje nustatyta, kad priėmimo į darbą apribojimus gali nustatyti tik įstatymai. Kaip pabrėžiama Darbo kodekso komentare, teisinių apribojimų priimant į darbą nereikia painioti su reikalavimais (kvalifikacijos, sveikatos ir t. t.), kuriuos turi atitikti asmuo, pretenduojantis eiti tam tikras pareigas arba dirbti tam tikrą darbą⁵³⁴. Taigi šiuo atveju Įstatymo 18 straipsnyje nustatyta pareiga darbdaviui leisti dirbti darbuotojams, pavyzdžiui, viešosiose žmonių maitinimo vietose, tik iš anksto pasitikrinus, ar neserga užkrečiamąja liga, manytina, dera su Darbo kodekso nuostatomis.

Kaip minėta, Įstatymo 18 straipsnio nuostatos, kuriose numatyta, kad darbuotoją, atsisakiusį nustatytu laiku pasitikrinti, ar neserga užkrečiamąja liga, arba nepasitikrinusį be labai svarbių priežasčių, darbdavys privalo nušalinti nuo darbo ir nemokėti jam darbo užmokesčio iki tos dienos, kol jis pasitikrins, ar neserga užkrečiamąja liga, arba perkelti jį toje pačioje darbovietėje į kitą darbą, kurį jam leidžiama dirbti pagal sveikatos būklę, atitinkamai realizuojamos Darbo kodekso 123 straipsniu, kuriame nustatyta, kad kitais atvejais nušalinti darbuotoją nuo darbo (pareigų) darbdavys gali tik įstatymų nustatytais pagrindais. Minėtų Įstatymo 18 straipsnio nuostatų įgyvendinimui analogiškai galėtume pritaikyti Lietuvos Aukščiausiojo Teismo praktiką. Pastarasis atkreipė dėmesį, kad „pagal nuo 2004 m. gegužės 1 d. įsigaliojusią Medicinos praktikos įstatymo redakciją teisinė situacija dėl licencijos nagrinėjamoje byloje vis dėlto labiausiai atitiktų situaciją, kai licencija sustabdoma ir atsiranda ne tik draudimas gydytojui verstis medicinos praktika, bet ir darbdavio pareiga nušalinti darbuotoją nuo pareigų licencijos galiojimo sustabdymo laikui. Darbo kodekse nušalinimą nuo darbo, kaip laikiną darbo funkcijų vykdymo sustabdymą, reglamentuoja DK 123 straipsnis“⁵³⁵. Minėtos Darbo kodekso nuostatos turi būti nagrinėjamos kartu su Darbo kodekso 265 straipsnio nuostatomis, kuriose teigiama, kad darbuotojai iki aštuoniolikos metų privalo tikrintis sveikatą įsidarbindami ir kiekvienais metais, kol sukaks aštuoniolika metų (1 dalis). Siekiant apsaugoti gyventojų sveikatą, turi būti atliekamas maisto pramonės, viešojo maitinimo ir prekybos įmonių, vandentiekio įrenginių, gydymo bei profilaktikos ir vaikų įstaigų, taip pat kai kurių kitų įmonių, įstaigų, organizacijų darbuotojų sveikatos tikrinimas (medicininės apžiūros) (3 dalis).

⁵³⁴ Bužinskas, G., *et al.*, *supra* note 449, p. 54.

⁵³⁵ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2009 m. kovo 24 d. aprobuotos Lietuvos Aukščiausiojo Teismo nutarčių, priimtų nagrinėjant bylas, kylančias iš darbo teisinių santykių, santraukos. *Teismų praktika*. 2009, Nr. 30.

Rusijos Federacijos federalinio įstatymo Nr. 52-FZ 1999/03/30 „Dėl gyventojų sanitarinės-epidemiologinės gerovės“⁵³⁶ 34 straipsnio 2 dalyje, panašiai kaip ir Lietuvos teisės aktuose, nustatoma, kad asmenys, kurie yra infekcinių ligų nešiotojai, jei jie gali būti infekcinių ligų plitimo priežastimi dėl darbo pobūdžio, su jų sutikimu laikinai perkeliama į kitą darbą, nesusietą su infekcinių ligų rizikos šaltiniu. Jeigu jie negali būti perkeliama pagal vyriausiųjų valstybės higienos gydytojų ir jų padėjėjų sprendimą, jie turi būti laikinai nušalinami nuo darbo ir jiems suteikiamos socialinio draudimo išmokos. Visi infekcinių ligų ir masinių neužkrečiamųjų ligų (apsinuodijimų) atvejai turi būti registruojami tam regionui priklausančiose sveikatos priežiūros įstaigose, kurios atlieka sanitarinę-epidemiologinę priežiūrą. Siekiant užkirsti kelią atsirasti ir plisti infekcinėms ligoms, masinėms neužkrečiamosioms ligoms (apsinuodijimams) ir profesinėms ligoms, atskirų profesijų tam tikrų pramonės šakų ir organizacijų darbuotojams prieš įsidarbinant ir periodiškai turi būti atlikta medicininė apžiūra. Darbuotojams, kurie atsisako medicininės apžiūros, neleidžiama dirbti. Atitinkamai Olandijoje, vadovaudamasis Visuomenės sveikatos aktu⁵³⁷ (38 skyrius), meras gali uždrausti asmeniui pradėti profesinę ar darbinę veiklą, jei yra rimtas pavojus, kad asmens veikla galėtų nulemti infekcinių ligų, priklausančių A (raupai, poliomielitas, SŪRS ir t. t.), B1 (paukščių gripas, difterija ir t. t.), arba B2 (cholera, hepatitai A ir B, šigeliozė ir t.t.) grupei, plitimą. Prieš priimdamas sprendimą meras tariasi su atitinkamo asmens darbdaviu. Atkreiptinas dėmesys, kad privalomasis sveikatos tikrinimas yra įteisintas 17 iš 23 Europos regiono valstybių⁵³⁸.

Įstatyme taip pat nustatytos ir kitos užkrečiamųjų ligų profilaktikos priemonės, kaip antai 15 straipsnyje nustatytas genetiškai modifikuotų užkrečiamųjų ligų sukėlėjų naudojimas galimas tik turint Aplinkos ministerijos nustatyta tvarka išduotą leidimą tokiai veiklai ir ją gali pradėti tik pateikęs šį leidimą TVSPI, 16 straipsnyje nustatytas užkrečiamųjų ligų sukėlėjų importas, eksportas, vežimas ir laikymas, kuris taip pat galimas tik turint licenciją tokiai veiklai⁵³⁹ ir pan.

Užkrečiamųjų ligų kontrolė. Kaip buvo teigiama šio darbo 1.3 skyriuje, vadovaujantis Įstatymo 2 straipsnio 13 dalimi užkrečiamųjų ligų kontrolė yra apibrėžiama kaip organizacinės, techninės, ekonominės, taip pat epidemiologijos bei kitos medicinos priemonės ir tokių priemonių programos, sudarančios galimybę mažinti ar (ir) likviduoti sergamumą užkrečiamosiomis ligomis, taip pat išvengti tų ligų išplitimo. Nors pateikiamas apibrėžimas neperteikia pačios užkrečiamųjų ligų kontrolės esmės, manytina, kad ją sudaro priemonės, taikomos siekiant kovoti (sustabdyti) su jau išplitusiomis užkrečiamosiomis ligomis (arba esant realiai grėsmei, kad taip atsitiks). Neaiškumo įneša ir tai, kad užkrečiamųjų ligų kontrolė (Įstatymo II skyriaus pirmasis skirsnis), pagal Įstatymo nuostatas, apima informacinę sistemą ir epidemiologinę stebėseną, kas, manytina, yra didelis įstatymo sistemiškumo trūkumas, nes tada galima suprasti, kad ši priemonė yra tas pats kaip ir užkrečiamųjų ligų profilaktika (neapima šiuo atveju teisinių, technologinių ir kitų priemonių). Taigi užkrečiamųjų ligų kontrolės aptarimas

⁵³⁶ Федеральный закон №52-ФЗ О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения), *supra* note 522.

⁵³⁷ Act of 9 October 2008, regulating public health matters (Public Health Act), *supra* note 507.

⁵³⁸ Martin, R., *et al.*, *supra* note 510, p. 4.

⁵³⁹ Atkreiptinas dėmesys, kad licencijavimo tvarka nėra patvirtinta.

Įstatymo skyriuje, reglamentuojančiame epidemiologinę priežiūrą, yra esminė sistemine klaida. Atsižvelgiant į tai, turėtų būti tikslinama tiek paties Įstatymo struktūra, tiek ir užkrečiamųjų ligų kontrolės sąvoka⁵⁴⁰.

Analizuojant Įstatymo nuostatas ir atsižvelgiant į tai, kad, kaip minėta, užkrečiamųjų ligų kontrole siekiama sustabdyti išplitusią (arba esant didelei grėsmei išplisti) užkrečiamąją ligą, pastarosios priemonės galima suskirstyti į šias grupes: ligonių, asmenų, įtariamų, kad serga, turėjusių sąlytį, sukėlėjų nešiotojų hospitalizavimas, izoliavimas, ištyrimas ir gydymas; užkrečiamųjų ligų sukėlėjais užkrėstų teritorijų nustatymas ir skelbimas; karantinas; kitos užkrečiamųjų ligų kontrolės priemonės.

Ligonių, asmenų, įtariamų, kad serga, turėjusių sąlytį, ar sukėlėjų nešiotojų (toliau šiame poskyryje – ligoniai) hospitalizavimas, izoliavimas, ištyrimas ir (ar) gydymas reglamentuojamas Įstatymo 8 straipsnyje. Įstatyme numatyti ligonių būtinojo hospitalizavimo ir (ar) būtinojo izoliavimo ypatumai, t. y. kada gali būti taikomi šie būtini veiksmai, siekiant išvengti pavojaus aplinkinių sveikatai. Nustatyta, kad minėtos priemonės gali būti taikomos tik su ligonių sutikimu, išskyrus atvejus, nurodytus Įstatymo 9 straipsnio 1 dalyje. Be to, minėto straipsnio 2 dalyje⁵⁴¹ nustatoma, kad ligoniai, sergantys pavojingomis ar ypač pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis, įrašytomis į sąrašą⁵⁴² (toliau očiame poskyryje – Sąrašas), turi būti hospitalizuojami ir (ar) izoliuojami, tiriami ir (ar) gydomi privalomai.

Taigi, Įstatymas nustato pareigas ligoniams paklusti atsakingų pareigūnų reikalavimams ir leisti būti ištiriamiems, gydomiems, hospitalizuojamiems ar izoliuojamiems. Įstatyme nustatyta, kad ligoniai hospitalizuojami ir izoliuojami specialiai šiam tikslui įrengtose Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų patalpose. Asmenims, hospitalizuotiems dėl pavojingos ar ypač pavojingos užkrečiamosios ligos, draudžiama savavališkai palikti asmens sveikatos priežiūros įstaigą. Asmuo, turėjęs sąlytį su ligoniu ar asmeniu, įtariamu, kad serga ypač pavojinga liga, įrašyta į Sąrašą, arba yra šios ligos sukėlėjo nešiotoju, privalo būti izoliuotas savivaldybės vykdomųjų institucijų specialiai šiam tikslui įrengtose patalpose, stacionari- nės asmens sveikatos priežiūros įstaigose arba šių asmenų namuose, jeigu higienos sąlygos leidžia tai padaryti.

Įstatymo 9 straipsnis nustato ligonių būtinąjį hospitalizavimą ir (ar) būtinąjį izoliavimą. Svarstyтина, kuo būtinas hospitalizavimas skiriasi nuo privalomojo. Pastebimas tik vienas skirtumas (analizuojant Įstatymo nuostatas), t. y. asmens sutikimas priimant sprendimą: jei asmuo sutinka, kad jį privalomai hospitalizuotų, bus privalomasis hospitalizavimas, jei ne – būtinas, nors Lietuvių kalbos žodyne⁵⁴³ šių žodžių reikšmė yra identiška: būtinas – be kurio negalima išsiversti, labai reikalingas; privalomas – būtinas,

⁵⁴⁰ Manytina, kad sąvoką derėtų tikslinti atsižvelgiant į aptariamam kontrolei naudojamas priemonės ir joms keliamus tikslus bei atsižvelgiant į tarptautinėje literatūroje vartojamą „užkrečiamųjų ligų kontrolės“ sąvoką.

⁵⁴¹ Nors pirmoje dalyje duodama nuoroda į kito straipsnio nuostatas dėl išimčių, kada nebūtinai sutikimas.

⁵⁴² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. birželio 13 d. įsakymas Nr. 278 „Dėl Pavojingų ir ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų, dėl kurių ligoniai, asmenys, įtariamai, kad serga pavojingomis ar ypač pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis, asmenys, turėję sąlytį, ar šių ligų sukėlėjų nešiotojai turi būti hospitalizuojami, izoliuojami, tiriami ir (ar) gydomi privalomai, sąrašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 62-2527.

⁵⁴³ Lietuvių kalbos žodynas [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-12-23]. <www.lkz.lt/>.

reikalingas iš pareigos. Išskiriamos kelios aplinkybės, kuriomis būtinas hospitalizavimas ir (ar) būtinas izoliavimas taikomi. Šių priemonių imamas, jei ligoniai atsisako arba vengia hospitalizavimo ir (ar) izoliavimo, pažeidžia nustatytą asmens sveikatos priežiūros įstaigos vidaus tvarką, užkrečiamųjų ligų profilaktikos taisykles ir tuo sukelia pavojų aplinkinių sveikatai. Asmenys, vengiantys būtinojo hospitalizavimo, būtinojo izoliavimo, atsako pagal įstatymus ir kitus teisės aktus. Taip pat būtinas hospitalizavimas ir (ar) izoliavimas taikomi, jei Ligonis yra be sąmonės ar nesugeba teisingai įvertinti savo sveikatos būklės, o jį būtina skubiai gydyti norint išgelbėti gyvybę, jei nėra pakankamai laiko gauti neveiksnaus asmens, sergančio, įtariamo, kad serga į Sąrašą įrašytomis pavojingomis ar ypač pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis, taip pat turėjusio sąlytį su sergančiais šiomis ligomis, atstovo pagal įstatymą sutikimo.

Sprendimą dėl būtinojo hospitalizavimo ir (ar) būtinojo izoliavimo ir jo trukmės priima komisija, sudaryta iš ne mažiau kaip trijų gydytojų specialistų, iš kurių vienas turi būti bendrosios praktikos gydytojas, o antras – gydytojas infektologas (gydytojas dermatovenerologas ar ftiziatras, pulmonologas). Be to, šį sprendimą tvirtina savivaldybės gydytojas. Sprendimus dėl privalomosios pradinės karo tarnybos karių, kalinamųjų ir nuteistųjų būtinojo hospitalizavimo ir (ar) būtinojo izoliavimo priima ir jų vykdymą organizuoja atitinkamai Krašto apsaugos ministerijos, Kalėjų departamento prie Teisingumo ministerijos ar Vidaus reikalų ministerijos sveikatos priežiūros tarnybų vadovai ar jų įgalioti asmenys.

Asmenų būtinas hospitalizavimas ir (ar) būtinas izoliavimas taikomas, kol pacientas tampa nebepavojingas kitiems asmenims, bet ne ilgiau kaip 7 kalendorines dienas, įskaitant būtinojo hospitalizavimo ir (ar) būtinojo izoliavimo dieną. Jei pacientas dėl sveikatos būklės tebėra pavojingas kitiems asmenims, būtinojo hospitalizavimo ir (ar) būtinojo izoliavimo terminą, nurodytą 9 straipsnio 2 dalyje, gali pratęsti tik teismas savivaldybės gydytojo motyvuotu prašymu. Būtinojo hospitalizavimo ir (ar) būtinojo izoliavimo terminą pratęsti galima ne ilgiau kaip 6 mėnesiams. Teismo sprendimas būtinai hospitalizuoti ligonį vykdomas skubiai.

Sveikatos apsaugos ministras, įsakymu patvirtindamas Sąrašą⁵⁴⁴, į jį įtraukė ir gripą, dėl ko rudenį beveik pusę šalies gyventojų tektų hospitalizuoti ir gydyti privalomai. Tačiau manytina, kad pagrindinis klausimas dėl šio įsakymo teisėtumo turėtų būti keliamas atsižvelgiant į tai, kad 2 punkte nustatyta, jog Ligoniai „hospitalizuojami ir (ar) izoliuojami, tiriami ir (ar) gydomi asmens sveikatos priežiūros įstaigose tik jų sutikimu ir tik kai dėl sveikatos būklės jų negalima palikti namuose ar kitoje gyvenamoje vietoje, arba izoliavimo gyvenamosiose patalpose sąlygos neatitinka higienos reikalavimų.“ Taip sveikatos apsaugos ministras praplėtė minėtas Įstatymo nuostatas ir praktiškai jas pritaikė nagrinėjamo Įstatymo straipsnio 5 daliai, kurioje minima, kad privalomai gali būti nehospitalizuojami asmenys, sergantys užkrečiamosiomis ligomis, neįrašytomis į Sąrašą. Pastarieji gali būti izoliuojami ir gydomi jų namuose ar kitoje jų gyvenamojoje vietoje, jeigu gyvenamųjų patalpų higienos sąlygos ar ligonio sveikatos būklė, jo veiknumas leidžia tai padaryti.

⁵⁴⁴ Kaip buvo minėta, šiame sąrašė išvardytos visos užkrečiamosios ligos, kurioms vykdoma epidemiologinė priežiūra, nors turėtų būti išskiriamos tik „pavojingos ir ypač pavojingos užkrečiamosios ligos“.

Ligonių, asmenų, įtariamų, kad serga užkrečiamosiomis ligomis, turėjusių sąlytį, ir sukėlėjų nešiotojų būtinojo hospitalizavimo ir (ar) būtinojo izoliavimo organizavimo tvarka⁵⁴⁵ nustato Ligonių būtinojo hospitalizavimo ir (ar) būtinojo izoliavimo taikymo tvarką, taip pat gydytojų veiksmus, atskirai reglamentuodama tuberkulioze sergančių asmenų būtinojo hospitalizavimo ir izoliavimo ypatumus.

Įstatymo 36 straipsnyje nustatytos asmenų, įtariamų, kad serga, turėjusių sąlytį, sukėlėjų nešiotojų pareigos užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės srityje. Pagal šį straipsnį minėti asmenys privalo: įtarę, jog yra susirgę pavojinga ar ypač pavojinga užkrečiamąja liga ar kad nešioja sukėlėją, savo iniciatyva nedelsdami nutraukti darbą, jeigu jis yra susijęs su maisto produktų gamyba, realizavimu, gabenimu, saugojimu, geriamojo vandens tiekimu ir t. t., pranešti apie tai darbdaviui ir kreiptis į bendrosios praktikos gydytoją ar asmens sveikatos priežiūros specialistą.

Tobulinant būtinojo hospitalizavimo ir izoliavimo teisinį reglamentavimą derėtų jį derinti su Europos Žmogaus Teisių Teismo praktika. Štai byloje *Enhorn v. Sweden*⁵⁴⁶ 2005 metais Teismas aiškiai apibrėžė kriterijus, kuriais remiantis nustatomas teisėtumas sulaikant (angl. *deprivation*) asmenį dėl užkrečiamųjų ligų plitimo, t. y. ar užkrečiamosios ligos plitimas yra pavojingas visuomenės sveikatai ar saugumui ir ar infekuoto asmens sulaikymas yra paskutinė galima priemonė siekiant užkirsti kelią ligos plitimui, nes mažiau griežtos priemonės jas įvertinus nustatytos kaip nepakankamos siekiant apsaugoti viešąjį interesą. A. Mowbray⁵⁴⁷ pastebi, kad šie kriterijai parodo jautrų santykį tarp asmenų teisių ir laisvių ir valstybės pareigos ginti savo gyventojus nuo užkrečiamųjų ligų grėsmių. Kaip atkreipia dėmesį R. Martin⁵⁴⁸, šioje byloje Teismas nusprendė, kad sulaikymas turi būti vykdomas atsižvelgiant į teisinio saugumo principą, be to, Teismas išaiškino, kad tokio sulaikymo metu turi būti laikomasi proporcingumo principo ir negali būti savivalės. Kaip minėtojo byloje (§ 36) pabrėžė Teismas, yra labai svarbu, kad laisvės suvaržymas nacionalinėje teisėje būtų aiškiai apibrėžtas ir kad pats įstatymas numatytų jo taikymą (kaip tvirtinama byloje *Hilda Hafsteinsdóttir v. Iceland*⁵⁴⁹, Nr. 40905/98, § 51). Be to, esminė sulaikymo teisėtumo sąlyga yra savivalės nebuvimas (pavyzdžiui, byla *Witold Litwa v. Poland*⁵⁵⁰, Nr. 26629/95, § 78). Asmens sulaikymas yra tokia griežta priemonė, kad ji yra pateisinama tik tada, kai kitos, mažiau griežtos, priemonės buvo apsvaistytos ir nustatyta, kad jų nepakanka siekiant apsaugoti asmens ar visuomenės interesus. Palyginimui Teismas pateikia pavyzdžius, kad asmeniui dėl jo būsenos „psichiškai nesveikas“ negali būti atimta laisvė, nebent esama trijų minimalių sąlygų: pirma, turi būti patikimai įrodyta, kad jis yra psichiškai nesveikas; antra, psichikos sutrikimas turi būti tam tikro laipsnio, kai leidžiama taikyti privalomąjį gydymą;

⁵⁴⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. birželio 6 d. įsakymas Nr. 258 „Dėl Ligonių, asmenų, įtariamų, kad serga užkrečiamosiomis ligomis, turėjusių sąlytį, ir sukėlėjų nešiotojų būtinojo hospitalizavimo ir (ar) būtinojo izoliavimo organizavimo tvarkos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 58-2362.

⁵⁴⁶ Kolegijos sprendimas iš esmės: *Enhorn v. Sweden*, no. 56529/00.

⁵⁴⁷ Mowbray, A. Compulsory detention to prevent the spreading of infectious diseases. *Human rights law review*. 2005, 5(2):388-391.

⁵⁴⁸ Martin, R. The exercise of public health powers in cases of infectious disease: human rights implications. *Medical law review*. 2006, 14:134.

⁵⁴⁹ Kolegijos sprendimas iš esmės: *Hilda Hafsteinsdóttir v. Iceland*, no. 40905/98.

⁵⁵⁰ Kolegijos sprendimas iš esmės: *Witold Litwa v. Poland*, no. 26629/95.

trečia, tolesnio gydymo trukmė priklauso nuo tokių sutrikimų užsitęsimo. Iš esmės, pasak Teismo, asmens, kaip turinčio psichikos sveikatos problemų, „sulaikymas“ bus teisėtas tik tuomet, kai jis bus vykdomas ligoninėje, klinikoje ar kitose atitinkamose institucijose. Atitinkamai palyginimui gali būti pateikiamas ir atvejis, kai asmeniui negali būti atimama laisvė dėl to, kad jis yra „alkoholikas“, nebent buvo įvertintos kitos, mažiau griežtos, priemonės ir nustatyta, kad jos yra nepakankamos siekiant apsaugoti asmens ar visuomenės interesus. Tai reiškia, kad nepakanka, kad laisvės atėmimo vykdymas būtų motyvuojamas vien nacionalinių įstatymų laikymusi. Turi būti atsižvelgiama į visas būtinas aplinkybes (žr., pavyzdžiui, bylą *Witold Litwa v. Poland*, § 78 ir bylą *Hilda Hafsteinsdóttir*, § 51).

Byloje *Washington v. Harper*⁵⁵¹ JAV Aukščiausiasis Teismas nustatė konstitucinį standartą priverstinio gydymo taikymui, kuris apima: pavojų pačiam asmeniui ar aplinkiniams, gydymą, atitinkantį asmens medicininius interesus, licencijuoto gydytojo skiriamą gydymą, atitinkantį profesinius standartus. L. O. Gostin⁵⁵² nurodo, kad JAV galioja konstitucinis standartas: taikydama veiksmų suaugusių asmenų privalomąjį gydymą, valstybė privalo įrodyti asmens pavojingumą (didelę riziką infekcijos plitimui) ir kad gydymas tinkamas medicinine prasme. JAV valdžia turi tris tarpusavyje susijusius interesus dėl privalomojo gydymo: sveikatos išsaugojimas (žala asmeniui), prevencija (žala aplinkiniams), efektyvios terapijos išsaugojimas (užtikrinti, kad pagrindiniai vais-tai išliktų naudingi). Šios šalies teismai pripažino teisę nepaisyti asmens sutikimo dėl privalomojo gydymo mirtinų, psichikos ir infekcinių ligų atvejais.

Rusijos Federacijos federalinio įstatymo Nr. 52-FZ 1999/03/30 „Dėl gyventojų sanitarinės-epidemiologinės gerovės“⁵⁵³ 34 straipsnyje numatytos priemonės, taikomos pacientams, sergantiems infekcinėmis ligomis: pacientai, sergantys infekcinėmis ligomis, asmenys, įtariamai sergantys tokiomis ligomis, turi būti stebimi ar gydomi ir jei jie kelia pavojų kitiems, privaloma juos hospitalizuoti ar izoliuoti pagal Rusijos Federacijos teisės aktus. Specialiuoju Rusijos Federacijos federaliniu įstatymu Nr. 77-FZ „Apie tuberkuliozės prevenciją Rusijos Federacijoje“⁵⁵⁴ reglamentuojamas sergančiųjų tuberkulioze gydymas. Nustatyta, kad minėtas gydymas yra valstybės garantuojamas ir grindžiamas piliečių teisių gynimo teisinėmis nuostatomis. Sergantiems tuberkulioze medicininė priežiūra gali būti nustatyta neatsižvelgiant į pacientų ar jų įstatyminių atstovų sutikimą. Pacientai, sergantys užkrečiama tuberkuliozės forma, pakartotinai pažeidę sanitarinį-epidemiologinį režimą arba vengiantys tuberkuliozės nustatymo ar tuberkuliozės gydymo, remiantis teismo sprendimu, yra hospitalizuojami į specializuotas tuberkuliozės klinikas priverstiniam tyrimui ir gydymui. Sprendimą dėl priverstinio hospitalizavimo priima teismas pagal specializuotos tuberkuliozės klinikos, kur stebimas ligonis, vietą. Pareiškimą dėl ligo- nio priverstinio hospitalizavimo pateikia tos klinikos vadovas.

⁵⁵¹ Case *Washington v. Harper* [interaktyvi]. [žiūrėta 2010-08-12]. <<http://supreme.justia.com/us/494/210/>>.

⁵⁵² Gostin, L. O., *supra* note 44, p. 414.

⁵⁵³ Федеральный закон №52-ФЗ О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения, *supra* note 522.

⁵⁵⁴ Федеральный закон №77-ФЗ О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-07-25]. <<http://www.rosпотребнадзор.ru/documents/zakon/>>.

Olandijoje vadovaudamasis Visuomenės sveikatos aktu⁵⁵⁵ (31 skyrius) meras gali įsakyti skubiai izoliuoti asmenį ligoninėje, jei galima pagrįstai įtarti, kad asmuo serga A grupės užkrečiamąja liga (pavyzdžiui, raupai, poliomieltas, SŪRS ir t. t.), ir buvo apie tai pateikta ataskaita, arba asmuo serga infekcine liga, priklausančia A arba B1 grupei (paukščių gripas, difterija ir t. t.), infekcinių ligų plitimas būtų rimtas pavojus visuomenės sveikatai ir nėra kitos veiksmingos priemonės išvengti šios rizikos, o asmuo nenori savo noru taikyti izoliaciją. Meras gali nurodyti gydytojui ištirti asmenį, kuris buvo izoliuotas ligoninėje, jei: infekcinė liga sudaro tiesioginį pavojų kitų žmonių sveikatai, yra rizika, kad asmuo negali būti patikrintas kitaip, tokio patikrinimo rezultatai yra būtini siekiant veiksmingai užkirsti kelią šiai rizikai, o asmuo nenori savanoriškai pasitikrinti. Priimdamas minėtus sprendimus meras, vadovaudamasis Visuomenės sveikatos akto 39 skyriumi, nedelsdamas apie tai praneša prokuratūrai – kaip galima skubiau po tokio įsakymo priėmimo – ir ne vėliau kaip kitą dieną turi pateikti prokuratūrai šio įsakymo kopiją. Jei prokuratūra laikosi nuomonės, kad priimant įsakymą buvo įvykdytos numatytos sąlygos, prokuroras ne vėliau kaip kitą dieną nuo informacijos gavimo dienos gali prašyti leidimo atlikti medicinos tyrimus arba pratęsti izoliaciją ar karantiną (gali tokio sprendimo ir nepriimti, tuomet sprendimas įsigalioja). Sprendimus priima magistrato (angl. *magistrates*) teismai, kurie išklaušę atitinkamą asmenį gali gauti informaciją, iškviešti liudytojus ir ekspertus arba reikalauti ekspertų tyrimų. Privaloma patikra (angl. *screening*) yra nustatoma 13, privalomasis izoliavimas ir gydymas 17 iš 23 Europos regiono valstybių, dalyvavusių PHLAW/FLU projekte⁵⁵⁶.

Dar viena užkrečiamųjų ligų kontrolės priemonė, kuria siekiama apsaugoti asmenis nuo užkrečiamosios ligos plitimo, yra užkrečiamųjų ligų sukėlėjais užkrėstų teritorijų nustatymas ir skelbimas. Nors ši priemonė pagal Įstatymo struktūrą reglamentuojama Užkrečiamųjų ligų profilaktikos skyriuje (III skyrius), tačiau atsižvelgiant į jos pobūdį visgi manytina, kad ji turėtų būti priskirta ne profilaktikos, o kontrolės priemonėms. Įstatymo 20 straipsnyje nustatyta, kad jei tam tikroje Lietuvos Respublikos teritorijoje dėl užkrečiamųjų ligų sukėlėjų ir (ar) jų plitimo ypatumų nuolat išlieka galimybė užsikrėsti šiomis ligomis, ši teritorija turi būti paskelbta užkrėsta užkrečiamųjų ligų sukėlėjais. Teritorijų užkrėstumą užkrečiamųjų ligų sukėlėjais nustato TVSPĮ, jas tokiomis skelbia pagal kompetenciją Vyriausybė.

Įstatyme yra reglamentuojamas tik pats faktas, kad tam tikras teritorijas galima paskelbti užkrėstomis užkrečiamųjų ligų sukėlėjais, bei institucijos, kurių kompetencijai priklauso minėtos funkcijos, tačiau teisinės pasekmės, kurias sukelia minėti veiksmai, taip pat asmenų, esančių užkrėstose teritorijose, teisės ir pareigos įstatyme nėra minimos. Taigi, nors kokia nors teritorija ir būtų paskelbta kaip užkrėsta užkrečiamųjų ligų sukėlėjais, įstatymas nenustato, kokios pasekmės laukia asmenų, esančių šioje vietovėje, išskyrus tai, kad savivaldybės administracijos direktorius TVSPĮ vadovų teikimu riboja gyventojų keliones ir transporto priemonių judėjimą apkrėstoje teritorijoje ir išvykimą už jos ribų (Įstatymo 26 straipsnio 3 dalis).

Įstatymas nustato, kad užkrečiamųjų ligų sukėlėjais užkrėsta teritorija skelbiama ta teritorija, kur dėl užkrečiamųjų ligų sukėlėjų ir (ar) jų plitimo ypatumų nuolat išlieka

⁵⁵⁵ Act of 9 October 2008, regulating public health matters (Public Health Act), *supra* note 507.

⁵⁵⁶ Martin, R., *et al.*, *supra* note 510.

galimybė užsikrėsti šiomis ligomis. Ši nuostata yra taisytina, nes ją tiesiogiai taikant, visos šalies teritorija ir šiuo metu gali būti traktuojama kaip nuolat užkrėsta daugelio užkrečiamųjų ligų sukėlėjais. Kaip pavyzdžiai galėtų būti erkinio encefalito ir Laimo ligų sukėlėjai, nes Lietuvoje, kaip ir kai kuriose kitose šalyse, yra susiformavę nuolatiniai gamtiniai erkinio encefalito ir Laimo ligos židiniai. Užkrėstų teritorijų ir teritorijų karantino Lietuvos Respublikoje skelbimo, jo atšaukimo bei užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės priemonių užkrėstose teritorijose naudojimo tvarkoje⁵⁵⁷, kaip ir Įstatyme, nėra aptartos teisinės tokių sprendimų pasekmės, o iš esmės atkartotos Įstatymo nuostatos. Todėl manytina, kad minėtos priemonės įtvirtinimas Įstatyme yra iš esmės deklaratyvus, nesukeliantis jokių teisinių pasekmių ir atitinkamai nesuteikiantis jokių priemonių, kurios galėtų apsaugoti asmenis nuo užkrečiamųjų ligų plitimo, todėl siūlytina tokios užkrečiamųjų ligų kontrolės priemonės kaip užkrečiamųjų ligų sukėlėjais užkrėstų teritorijų paskelbimas atsisakyti.

Kita priemonė, skirta kovoti su užkrečiamomis ligomis, vykdamt jų kontrolę, yra karantinas, kurio tikslas yra nustatyti specialią asmenų darbo, gyvenimo, poilsio, kelionių tvarką, ūkinės ir kitokios veiklos sąlygas, produktų gamybos, jų realizavimo, geriamojo vandens tiekimo bei paslaugų teikimo tvarką ir tuo riboti užkrečiamųjų ligų plitimą (Įstatymo 21 straipsnio 1 dalis). Karantinas vadovaujantis Įstatymo 2 straipsnio 21 dalimi ir 21 straipsniu skirstomas į teritorijų karantiną ir ribotąjį karantiną⁵⁵⁸.

Nors ir Įstatymu gana aiškiai apibrėžiami karantino tikslai bei objektai, iš esmės lieka neaiškus pastarojo turinys, t. y., kokios konkrečios teisės ir pareigos kyla pastarąjį paskelbus, nebent tik tai, kad, kaip jau buvo minėta, asmenims gali būti atliekama (taigi asmenys turi pareigą) visuotinė imunoprofilaktika ir chemoprofilaktika (11 straipsnio 5 dalis ir 12 straipsnio 5 dalis). Asmenų teisinį statusą paskelbus karantiną detalizuoja poįstatyminis teisės aktas⁵⁵⁹ – Lietuvos higienos norma HN 34:2002 „Lietuvos Respublikos valstybės sienos ir teritorijos medicininės-karantininės apsaugos taisyklės“⁵⁶⁰, kurios 36 punkte nustatoma, kad paskelbus karantiną apribojamas gyventojų įvažiavimas ir išvažiavimas už židinio ribų, organizuojama asmenų, išvykstančių už židinio ribų, observacija. Taip pat minėtos higienos normos 37 punktą nustato, kad įmonių, įstaigų, organizacijų vadovai pagal kompetenciją privalo: užtikrinti žaliavų, maisto produktų gamybos sąlygų ir realizavimo, gabenimo už židinio ribų higienos režimą; aprūpinti gyventojus kokybišku geriamuoju vandeniu; užtikrinti maisto gamybos, vaikų ugdymo ir kitose įstaigose epidemiologinio režimo ir higienos taisyklių laikymąsi ir t. t.

Taigi nors, kaip buvo minėta, karantino tikslas yra aiškiai apibrėžiamas, nei Įstatyme, nei poįstatyminiuose teisės aktuose karantino taikymas nėra iki galo sureglamentuotas, kaip to reikalaujama karantino tiksluose: nustatyti specialią asmenų darbo (Įsta-

⁵⁵⁷ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1999 m. lapkričio 11 d. nutarimas Nr. 1267 „Dėl užkrėstų teritorijų ir teritorijų karantino Lietuvos Respublikoje skelbimo, jo atšaukimo bei užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės priemonių užkrėstose teritorijose naudojimo tvarkos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1999, Nr. 97-2802.

⁵⁵⁸ Karantinas, taikomas pavojingų užkrečiamųjų ligų protrūkių ar grupinių susirgimų atvejais, kai karantino objektai yra ribota teritorija, konkretus objektas, konkreti žaliava ir (ar) produktas arba konkreti paslauga.

⁵⁵⁹ Manytina, kad tai turėtų būti įstatymo reguliavimo sritis.

⁵⁶⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. gruodžio 2 d. įsakymas Nr. 595 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 34:2002 „Lietuvos Respublikos valstybės sienos ir teritorijos medicininės-karantininės apsaugos taisyklės“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 1-22.

tyme nenustatyta, išskyrus reikalavimus juridiniams asmenims), gyvenimo (Įstatyme nenustatyta), poilsio (Įstatyme nenustatyta), kelionių tvarką (Įstatyme nenumatyta, poįstatyminiame akte numatyta, kad neleidžiama išvykti iš karantino teritorijos), ūkinės ir kitokios veiklos sąlygas (Įstatyme ir poįstatyminiuose teisės aktuose nustatyta), produktų gamybos (Įstatyme nenustatyta), jų realizavimo (Įstatyme nenustatyta), geriamojo vandens tiekimo bei paslaugų teikimo tvarka (Įstatyme nenustatyta).

Įstatymas nustato, kad teritorijų, kuriose skelbiamas karantinas, dydį ir ribas nustato TVSPĮ, o teritorijų karantiną skelbia ir atšaukia, jo dydį, ribas, trukmę ir režimą tvirtina Vyriausybė.

Kaip atskira karantino rūšis išskiriamas ribotas karantinas. Įstatymo 21 straipsnio 8–12 dalyse tik apibrėžiamas pastarojo objektas bei skelbimo tvarka, tačiau kaip ir teritorijų karantino atveju nėra reglamentuojamos dėl paskelbimo kylančios pareigos ir teisės (arba atitinkamas jų ribojimas). Ir nors karantino (plačiaja prasme), kaip buvo minėta, tikslas yra nustatyti asmenų specialiąsias veiklos sąlygas, diskutuotinas Įstatymo 21 straipsnio 8 dalyje išvardintų objektų sąrašas, kaip antai, ribotas karantinas gali būti paskelbtas produktui ar prekei (manyta, tai iš esmės tas pats), pašto siuntai, transporto priemonei ir netgi asmenims ar vietiniams gamintojams (beje, ir net jų naudojamoms žaliavoms). Riboto karantino atveju nustatyti objektus, tokio karantino taikymo trukmę ir režimą turi teisę Lietuvos Respublikos arba apskrities vyriausiasis epidemiologas, be to, pirmasis turi teisę objekto apsaugai pasitelkti Vidaus reikalų ministerijos pajėgas.

Įstatymo 21 straipsnio 13 dalyje nustatyta, kad teritorijų ir riboto karantino režimo kontrolę Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka pagal savo kompetenciją vykdo Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba ar (ir) TVSPĮ bei Valstybinė maisto ir veterinarijos tarnyba ir jos teritorinės įstaigos. Riboto karantino režimo kontrolės tvarka⁵⁶¹, praplėsdama minėtas Įstatymo nuostatas, nustato, kad riboto karantino objektus, tokio karantino taikymo trukmę ir režimą nustato, skelbia ir atšaukia Lietuvos Respublikos arba apskrities vyriausiasis epidemiologas, o riboto karantino režimo kontrolę pagal savo kompetenciją vykdo Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės centras (šiuo metu Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras) ar (ir) TVSPĮ bei Valstybinė maisto ir veterinarijos tarnyba ir jos teritorinės įstaigos (2 punktas). Be to, kaip su teritorijų karantinu susijusiuose teisės aktuose, tvarkoje taip pat apstu nuostatų dėl asmens teisių ribojimo, kaip antai, 6 punkte nustatyta, kad: riboto karantino priemonės taikomos asmenims, atvykstantiems į Lietuvos Respubliką ar vykstantiems per Lietuvos Respubliką tranzitu iš ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų sukėlėjais užkrėstų teritorijų. Jei atvykusiame laive, lėktuve, traukinyje, autotransporte (toliau – transporto priemone) yra ligonis ar asmuo, įtariamas, kad serga cholera, imamasi tokių priemonių: ligonis ar asmuo, įtariamas sergąs, izoliuojamas ir hospitalizuojamas; įgula ir keleiviai izoliuojami arba mediciniškai stebimi 5 paras. Manyta, kad tai yra ydinga praktika ir tik įstatymas turėtų nustatyti asmens teisių ribojimo atvejus bei mastą, be to, šios nuostatos neatitinka Tarptautinių sveikatos priežiūros taisyklių (2005) nuostatų.

⁵⁶¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. birželio 13 d. įsakymas Nr. 276 „Dėl Riboto karantino režimo kontrolės tvarkos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 62-2525.

Baigiant analizuoti karantiną pastebėtina, kad visuomenėje vis dar egzistuoja tradicija, kad esant, pavyzdžiui, gripo sergamumo sezonui ir sergant dideliu asmenų skaičiui, savivaldybės ar tai kitos institucijos skelbia karantiną, pavyzdžiui, darželiuose⁵⁶², tačiau, kaip matyti iš ankstesnės analizės, tokios priemonės neturi nieko bendra su Įstatyme ir poįstatyminiuose teisės aktuose reglamentuojamu karantinu.

Atsižvelgiant į tai, kas išdėstyta, manytina, kad šiuo atveju būtinas teisinio reglamentavimo tobulinimas siekiant Įstatyme aiškiai nustatyti, kokiomis konkrečiomis aplinkybėmis, pavyzdžiui, siejant su Įstatymo 2 straipsnio 25 dalyje nustatytais sergamumo užkrečiamomis ligomis lygiais ar pan., skelbiamas karantinas, kokios asmenų teisės ir laisvės šiais atvejais yra ribojamos (karantino režimas), kokios yra asmenų, esančių karantine, pareigos. Taip pat manytina, kad reiktų detalizuoti riboto karantino objektus.

JAV, kaip nurodo L. O. Gostin⁵⁶³, sveikatos priežiūros institucijos, siekiančios taikyti karantiną ar izoliavimą, turi įrodyti, kad asmuo tikrai galėjo užsikrėsti (buvo ekspozicijoje) ir kelia riziką visuomenei, nes teismai nesiryžta taikyti minėtų priemonių piliečiams, neturėdami pagrįstų įrodymų. Todėl teismai dažnai primygtinai reikalauja, kad karantino metu būtų užtikrintos saugios ir tinkamos sąlygos, nes visuomenės sveikatos veiksmai yra nukreipti į gerovę ir neturi būti baudimo priemonė. Byloje *William Arthur Greene v. Hugh S. Edwards*⁵⁶⁴, Vakarų Virdžinijos Aukščiausiasis Teismas nustatė, kad infekcinėmis ligomis sergančių asmenų karantinui ir izoliavimui turi būti taikoma procedūrinė apsauga, panaši kaip ir psichinėmis ligomis sergantiems. Šios apsaugos priemonės apima teises į gynybą, išklusimą ir apeliaciją. Tokios tikslios procedūrinės apsaugos priemonės pagrįstos esminiais laisvės suvaržymais dėl ilgalaikio atskyrimo, rimtomis pasekmėmis dėl klaidingai nustatyto asmens keliamo pavojaus ir procedūrų reikšme nustatant sudėtingus faktus, kas labai svarbu siekiant ateityje išvengti neteisingo elgesio⁵⁶⁵. Kaip parodė JAV atliktas tyrimas, priverstinį karantiną, kai asmenys, kurie atsisako paklusti, gali būti suimami, palaikė net 42 % apklausoje dalyvavusiųjų asmenų⁵⁶⁶.

Rusijos Federacijos federalinio įstatymo Nr. 52-FZ 1999/03/30 „Dėl gyventojų sanitariinės-epidemiologinės gerovės“⁵⁶⁷ 31 straipsnis reglamentuoja karantino taikymą, nustatydamas, kad karantinas nustatomas valstybės sienos kontrolės punktuose iš Rusijos Federacijos, į Rusijos Federaciją, savivaldybėse, organizacijose ir kitur, kur gali plisti infekcinės ligos. Pagal minėto straipsnio nuostatas, karantinas skelbiamas (atšaukiamas) vyriausiųjų valstybės sanitarijos gydytojų ir jų padėjėjų siūlymu, taip pat Rusijos Federacijos vyriausybės ar vykdomosios valdžios, vietinės valdžios, taip pat federalinės vykdomosios institucijos įgaliotų pareigūnų ar teritorinių agentūrų, kurios yra atsakingos už gynybos

⁵⁶² Straipsnis 2009-06-10dienraštyje „Kauno diena“: Vaikų darželyje paskelbtas karantinas [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-11-23]. <<http://kauno.diena.lt/dienrastis/miestas/vaiku-darzelyje-paskelbtas-karantinas-222385>>.

⁵⁶³ Gostin, L. O., *supra* note 44, p. 443.

⁵⁶⁴ Case *William Arthur Greene v. Hugh S. Edwards, M.D.* [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-08-14]. <<http://www.publichealthlaw.net/Reader/docs/Greene.pdf>>.

⁵⁶⁵ Gostin, L. O., *supra* note 44, p. 445.

⁵⁶⁶ Blendon, R. J., *et al.*, Attitudes toward the use of quarantine in a public health emergency in four countries. *Health Affairs*, 2006, 25(2):15-20.

⁵⁶⁷ Федеральный закон №52-ФЗ О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения, *supra* note 522.

objektus, sprendimu. Karantinas ir infekcinių ligų sąrašas, esant jų atsiradimo ir plitimo grėsmei, nustatomas Rusijos Federacijos sanitarinių taisyklių ir teisės aktų tvarka.

Ir galiausiai, kaip pabrėžiama PHLAW/FLU projekte, privalomasis karantinas yra įteisintas tik 12 iš projekte dalyvavusių 23 Europos regiono valstybių⁵⁶⁸.

Vykdamas užkrečiamųjų ligų epidemiologinę priežiūrą yra būtina nuolat stebėti ir vertinti užkrečiamųjų ligų epideminę situaciją šalyje. Gavus informaciją apie diagnozuotą užkrečiamąją ligą, jei yra epidemiologinių duomenų, t. y. užkrečiamoji liga gali plisti ir reikalinga imtis atvejo valdymo priemonių, atliekamas užkrečiamųjų ligų atvejų epidemiologinis tyrimas vadovaujantis Privalomojo epidemiologinio registravimo, privalomojo informacijos apie epidemiologinio registravimo objektus turinio ir informacijos privalomojo perdavimo tvarka. Atsižvelgiant į užkrečiamosios ligos epidemiologinius ypatumus, vykdomos atvejo valdymo priemonės: infekcijos šaltinio išaiškinimas, nušalinimas nuo darbo arba izoliavimas; sąlytį turėjusių asmenų išaiškinimas, stebėjimo organizavimas, chemoprofilaktika, imunoprofilaktika, privalomojo / profilaktinio aplinkos kenksmingumo pašalinimo rekomendavimas ir / ar organizavimas; židinio stebėjimas; laboratorinių tyrimų organizavimas.

Dažniausiai nustatomi ir tiriami per maistą ir vandenį plintančių užkrečiamųjų ligų protrūkiai. Maisto tvarkymo įmonės gali nulemti didelių protrūkių riziką. Taigi, prie kitų svarbių užkrečiamųjų ligų kontrolės priemonių, kuriomis valstybė siekia kovoti su užkrečiamosiomis ligomis ir apsaugoti asmenis nuo jų, priskirtina ir maisto sauga, o tiksliau – per maistą plintančių ligų protrūkių tyrimas. Ir nors šios priemonės nėra reglamentuotos nei Įstatyme, nei Lietuvos Respublikos maisto įstatyme⁵⁶⁹, tačiau per maistą plintančių užkrečiamųjų ligų protrūkiai, kilę dėl maisto tvarkymo subjektų veiklos, yra opi problema⁵⁷⁰. Maisto įstatyme yra nustatyta, kad į rinką turi būti teikiamas teisės aktuose nustatytus saugos, kokybės ir tvarkymo reikalavimus atitinkantis maistas, neužterštas mikrobiniais teršalais daugiau, negu leidžia teisės aktai, jis turi atitikti privalomuosius saugos ir kokybės reikalavimus; maistas visuose jo ruošimo ir teikimo vartotojams etapuose turi būti tvarkomas laikantis teisės aktuose nustatytų reikalavimų, taip pat tvarkyti maistą leidžiama tik pagal teisės aktų nustatytus maisto higienos, visuomenės sveikatos reikalavimus (Maisto įstatymo 4 straipsnis). Maisto tvarkymo įmonėse (skyriuose) kilusių per maistą plintančių ligų protrūkių tyrimo taisyklėse⁵⁷¹ reglamentuojami visų lygių Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžių ir Valstybinės maisto ir veterinarijos tarnybos įstaigų veiksmai, tiriant per maistą plintančių užkrečiamųjų ligų protrūkius, kilusius dėl maisto tvarkymo subjektų veiklos, ir šių institucijų keitimąsi informacija apie užkrečiamąsias ligas ir jų sukėlėjus. Protrūkių epidemiologinį tyrimą pagal kompetenciją atlieka TVSPI ir teritorinės valstybinės maisto ir veterinarijos tarnybos. Išaiškinus ar įtarus protrūkį, jo epidemiologinis tyrimas pradedamas nedelsiant ir atliekamas tol, kol nustatoma potenciali priežastis, potencialus maisto produktas, per

⁵⁶⁸ Martin, R., *et al.*, *supra* note 510.

⁵⁶⁹ Lietuvos Respublikos maisto įstatymas. *Valstybės žinios*. 2000, Nr. 32-893.

⁵⁷⁰ Daugiau apie tai: Susirgimų salmonelioze nemažėja, daugėja protrūkių [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-12-05]. <<http://kaunas.vvpspt.lt/naujienos/susirgimu-salmonelioze-nemazeja-daugeja-protrukiu/>>.

⁵⁷¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004-11-09 įsakymas Nr. V-772 „Dėl maisto tvarkymo įmonėse (skyriuose) kilusių per maistą plintančių ligų protrūkių tyrimo taisyklių patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 166 – 6077.

kurį išplito užkrečiamoji liga, bei pašalinama protrūkio priežastis. Protrūkio priežastims nustatyti naudojami epidemiologiniai ir mikrobiologiniai tyrimo metodai. Visos protrūkio tyrime dalyvavusios įstaigos teikia informaciją žiniasklaidai apie įtariamą protrūkį, protrūkio epidemiologinio ir mikrobiologinio tyrimo rezultatus, plintančios užkrečiamosios ligos profilaktiką. Valstybinės maisto ir veterinarijos tarnybos institucijos teikia informaciją apie maisto tvarkymo subjekte nustatytus pažeidimus, lėmusius susirgimų atsiradimą ir išplitimą, taip pat maisto, maisto tvarkymo vietos aplinkos laboratorinių tyrimų rezultatus, rinkos ribojimo ir kitas poveikio priemones.

Rusijos Federacijos federalinio įstatymo Nr. 52-FZ 1999/03/30 „Dėl gyventojų sanitarinės-epidemiologinės gerovės“⁵⁷² 17 straipsnyje taip pat yra apibrėžiami sanitariniai-epidemiologiniai visuomenės maitinimo organizavimo reikalavimai. Be to, minėtame straipsnyje nustatyta, kad organizuojant gyventojų maitinimą specialiai įrengtose vietose (kavinėse, restoranuose, baruose ir kt.), ruošiant maistą ir gėrimus, siekiant užkirsti kelią infekcinių ligų atsiradimui ir plitimui, turi būti laikomasi sanitarijos taisyklių.

Taip pat atskirai nagrinėtinos užkrečiamųjų ligų kontrolės priemonės esant ekstremalioms situacijoms ir pandemijoms. Šios situacijos ypatingos vien dėl didelės grėsmės asmenų sveikatai, todėl valstybė šiuo atveju privalo skirti ypatingą dėmesį. Ir nors tokiu atveju greičiausiai veiksmai būtų vykdomi vadovaujantis Lietuvos Respublikos civilinės saugos įstatymo ar Lietuvos Respublikos nepaprastosios padėties įstatymo nuostatomis, tačiau atsižvelgiant į užkrečiamųjų ligų specifiką, manytina, būtina taikyti kompleksines užkrečiamųjų ligų kontrolės (karantinas, privalomasis hospitalizavimas ir ištyrimas) ir profilaktikos (imunizavimas ir chemoprofilaktika) priemones. Valstybės ir savivaldybių institucijų ir įstaigų, dalyvaujančių likviduojant ekstremalios situacijos padarinius, atsiradusius dėl pavojingų ir ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų funkcijų sąrašas⁵⁷³ nustato valstybės ir savivaldybių institucijų ir įstaigų, dalyvaujančių likviduojant ekstremalios situacijos padarinius, atsiradusius dėl pavojingų ir ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų, funkcijas.

Valstybinė pasirengimo gripo pandemijai programa⁵⁷⁴ parengta siekiant sumažinti gripo pandemijos sukeltą žalą visuomenės sveikatai ir socialinius bei ekonominius nuostolius. Valstybinės pasirengimo gripo pandemijai programos pagrindiniai uždaviniai: pasirengti galimai gripo pandemijai; sustiprinti gripo epidemiologinę priežiūrą; sustiprinti glaudų Sveikatos apsaugos ministerijos ir Valstybinės maisto ir veterinarijos tarnybos bendradarbiavimą; užtikrinti aprūpinimą medicininėmis ir nemedicininėmis priemonėmis bei tinkamą jų ir bendrųjų prevencijos priemonių panaudojimą; užtikrinti tarnybų, būtinų viešajam saugumui ir visuomenės būtinųjų poreikių užtikrinimui, funkcionavimą gripo pandemijos metu; užtikrinti bendradarbiavimą su Pasaulio sveikatos organizacija, Europos ligų prevencijos ir kontrolės centru, ES ir kaimyninėmis valstybėmis, dalyvavimą ES užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros ir kontrolės tinkle, efektyvų išankstinio įspėjimo ir re-

⁵⁷² Федеральный закон №52-ФЗ О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения, *supra* note 522.

⁵⁷³ Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009-12-24 įsakymas Nr. IV-713/V-1064 „Dėl valstybės ir savivaldybių institucijų ir įstaigų, dalyvaujančių likviduojant ekstremalios situacijos padarinius, atsiradusius dėl pavojingų ir ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų funkcijų sąrašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 155-7013.

⁵⁷⁴ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008-01-23 nutarimas Nr. 67 „Dėl Valstybinės pasirengimo gripo pandemijai programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr.16-554.

agavimo sistemos funkcionavimą šalyje. Pagrindinės pasirengimo priemonės, kurios buvo numatytos 2008–2009 m.: stiprinama žmonių gripo epidemiologinė priežiūra, numatomas specifinis susirgusių pandeminiu gripu gydymas antivirusiniais preparatais, sudaromos antivirusinių vaistų atsargos, išankstinės sutartys su vakcinų gamintojais dėl pandeminės ir / ar prepdeminės gripo vakcinos įsigijimo, tęsiama rizikos grupių asmenų vakcinacija nuo sezoninio gripo, planuojamas tarnybų, būtinų viešajam saugumui ir visuomenės būtiniesiems poreikiams užtikrinti, funkcionavimas gripo pandemijos metu.

Pandemijų atveju labiau etiniu nei teisiniu klausimu tampa teisingas valstybės turimų ribotų išteklių paskirstymas. Kaip antai, sveikatos apsaugos ministras įsakymu⁵⁷⁵ nustatė, kad esant ribotam pandeminio gripo vakcinos kiekiui, pirmiausiai turi būti skiepijami šių prioritetinių grupių asmenys: sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai; visi asmenys nuo 6 mėnesių amžiaus, sergantys lėtinėmis ligomis (lėtinėmis kvėpavimo sistemos, širdies ir kraujagyslių sistemos, metabolinėmis ligomis), ir asmenys, kuriems nustatyta imunodeficitinė būklė; nėščios moterys.

Įstatymo 26 straipsnio 3 dalies 3 punkte išskirta atskira savivaldybės administracijos direktoriaus funkcija, kuomet esant TVSPI vadovų teikimui, pastarasis uždraudžia žmonių susibūrimus savivaldybės teritorijoje esančiose įmonėse, įstaigose, organizacijose, viešose vietose, kai iškyla pavojingų ir ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų išplitimo pavojus. Šios priemonės, kaip ir karantino atveju, reglamentuotos tik pareigūnams suteikiant atskiras teises, o plačiau asmenų teisių ribojimas, jų konkrečios pareigos neapibrėžiamos. Manytina, kad tai yra negera teisinio reglamentavimo praktika. Panaši teisinė praktika egzistuoja ir daugumoje Europos regiono valstybių, kaip antai, mokyklų uždarymas pandemijų metu įteisintas net 20 iš 23 Europos regiono valstybių, tas pats pasakytina ir apie atitinkamų pareigūnų teisę taikyti masinių susirinkimų draudimą⁵⁷⁶.

Apibendrinant galima teigti, kad užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės teisinis reguliavimas apima teisės į sveikatos apsaugą valstybei keliamas pareigas, susijusias su šios priemonės vykdymu. Šis teisinis reguliavimas yra tobulintinas, ypač tose srityse, kurios susijusios su asmenų teisių ir laisvių suvaržymu. Tai reiktų reglamentuoti įstatyminiu lygiu. Tik viena teisės į sveikatos apsaugą priemonė – epidemijų valdymas – nėra reglamentuojama įstatyminiu lygiu, pasigendama kompleksinio šios situacijos reglamentavimo, aiškių valstybės naudojamų priemonių siekiant valdyti situaciją bei aiškaus asmenų teisių ir laisvių ribojimo bei pareigų nustatymo. Nors teisiniai pagrindai ir sukurti, tačiau praktinio užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės priemonių įgyvendinimo netobulumas dėl besidubliuojančių valstybės institucijų funkcijų, atskirais atvejais dėl nepriskirtų funkcijų valstybės institucijoms lemia nevisišką teisės į sveikatos apsaugą turinyje išskirtų kokybinių parametrų (sveikatos priežiūros išteklių ir paslaugos nėra pakankamo kiekio, neužtikrinamas jų prieinamumas, atitinkamai nėra teikiamos kokybiškos paslaugos, dėl ko valstybė neįgyvendina prisiimtų įsipareigojimų), ir juose glūdinčių įpareigojimų valstybei vykdymą. O tai gali sukelti pačios teisės praktinio įgyvendinimo problemų.

⁵⁷⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 3 d. įsakymas Nr. V-990 „Dėl gyventojų grupių, kurios prioriteto tvarka bus skiepijamos valstybės biudžeto lėšomis įsigyta pandeminio gripo vakcina, nustatymo“. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 145-6442.

⁵⁷⁶ Martin, R., *et al.*, *supra* note 510.

Apibendrinus visuomenės sveikatos priežiūros teisinio reglamentavimo ir jo įgyvendinimo Lietuvoje analizę ir atsižvelgiant į teisės į sveikatos apsaugą turinį (pastarojo kiekybinius ir kokybinius parametrus), visuomenės sveikatos priežiūros sampratą ir atskiroms visuomenės sveikatos priežiūros sritims keliamus tikslus, siūlytina iš esmės tobulinti visuomenės sveikatos priežiūros teisinį reglamentavimą, nes esamas teisinis reglamentavimas lemia, kad vykdydama visuomenės sveikatos priežiūrą valstybė negali efektyviai įgyvendinti teisės į sveikatos apsaugą. Atitinkamai siūlytina tokia Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo struktūra ir pagrindiniai reglamentavimo principai:

„Siūloma Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo struktūra

I skyrius. Bendrosios nuostatos

(apimantis reguliavimo tikslus, pagrindines vartojamas sąvokas, visuomenės sveikatos priežiūros principus, bendrąsias asmenų teises ir pareigas visuomenės sveikatos priežiūros srityje)

II skyrius. Visuomenės sveikatos stebėseną

(apima visuomenės sveikatos stebėsenos organizacinę sistemą ir už jos vykdymą atsakingus subjektus, visuomenės sveikatos stebėsenos objektus, specialiąsias asmenų teises ir pareigas šioje srityje, asmenis, atsakingus už gaunamų rodiklių analizę ir vertinimą, jų duomenų visuomenei pateikimo pagrindinius aspektus)

III skyrius. Visuomenės sveikatos stiprinimas

(apimantis visuomenės sveikatos stiprinimo atskirų priemonių turinio nustatymą, už vykdymą atsakingus subjektus, draudimus, susijusius su visuomenės sveikatai žalingos informacijos skleidimu, nuostatas, susijusias su principų, kurių turi laikytis valstybės institucijos, rengdamos ir tvirtindamos profilaktines programas, nustatymu, bendro koordinavimo mechanizmo sukūrimu. Taip pat integruojantis į sveikatos stiprinimą nuostatas dėl lyderiavimo (visuomenės sveikatos priežiūros struktūros) valstybės politikoje ir bendruomenės mobilizavimo visuomenės sveikatos priežiūros tikslams įgyvendinti. Manytina, kad šis skyrius turėtų apimti ir bendrąsias nuostatas dėl sveikatos (asmens) priežiūros paslaugų teikimo socialiai remtiniems žmonėms, kurios būtų įgyvendintinos Sveikatos sistemos įstatymo nuostatomis)

IV skyrius. Saugios sveikatai aplinkos užtikrinimas

(apimantis visuomenės sveikatos saugos ir kontrolės pagrindinių sričių išskyrimą, principinių teisinio reglamentavimo kryptių nustatymą, atsakingų už vykdymą subjektų išskyrimą, specialiųjų asmens teisių ir pareigų šioje srityje nustatymą, išskiriant atskirus skirsnius, reglamentuojančius asmens gyvenamosios aplinkos, darbo ir kitos asmenį supančios aplinkos visuomenės sveikatos saugą ir kontrolę. Taip pat apimantis nuostatas dėl asmens sveikatos priežiūros efektyvumo, prieinamumo ir kokybės vertinimo)

V skyrius. Užkrečiamųjų ligų epidemiologinė stebėseną ir kontrolė

(apimantis užkrečiamųjų ligų epidemiologinės stebėsenos objektų ir kontrolės priemonių bei už įgyvendinimą atsakingų subjektų nustatymą, specialiųjų asmenų teisių ir pareigų šioje srityje išskyrimą)

VI skyrius. Visuomenės sveikatai ekstremalių situacijų valdymas

(apimantis ekstremalių sveikatai situacijų valdymo planavimą, priemones, leidžiančias nustatyti ekstremalias situacijas, tokių situacijų paskelbimą, taip pat ypatingas valstybės galias bei specialiąsias asmens teises ir pareigas tokiomis sąlygomis)

VII skyrius. Baigiamosios nuostatos

(apimantis nuostatas dėl įstatymo įsigaliojimo)“

Išvados

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

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

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

1.2. teisės į sveikatos apsaugą turinio kokybiniai parametrai (kurie parodo, kaip valstybės turi įgyvendinti teisės turinio kiekybinius parametrus) apima šiuos elementus: prieinamumo (sveikatos priežiūros išteklių, prekės ir paslaugos, taip pat programos turi būti pakankamo kiekio, kaip nustatyta valstybės, taip pat prieinami visiems be jokios diskriminacijos: turi būti užtikrintas jų fizinis prieinamumas, ekonominis prieinamumas (įstengimas) ir informacijos prieinamumas), priimtimumo (sveikatos priežiūros išteklių, prekės ir paslaugos turi būti teikiami atsižvelgiant į medicinos etiką ir visuomenės kultūrą), kokybės (sveikatos priežiūros išteklių, prekės ir paslaugos turi būti moksliskai ir mediciniskai tinkami bei geros kokybės). Teisės į sveikatos apsaugą kokybiniai parametrai taip pat apima valstybės prisiimtus įsipareigojimus šią teisę saugoti, gerbti ir įgyvendinti: pareiga gerbti reikalauja valstybę susilaikyti nuo tiesioginio ar netiesioginio kišimosi į naudojimąsi teise į sveikatos apsaugą, nepažeisti asmens vientisumo, nesikėsinti į jo laisvę; pareiga įgyvendinti apima įpareigojimus sudaryti teisei į sveikatos apsaugą realizuoti kuo palankesnes sąlygas, numatyti ir skatinti jas, ji reikalauja iš valstybių pagal savo jurisdikciją imtis visų būtinų priemonių, užtikrinančių kiekvienam asmeniui galimybes patenkinti savo poreikius bei taikyti atitinkamas teises, organizacines priemones, skirtas visiškai įgyvendinti teisę; pareiga saugoti įpareigoja imtis priemonių, kad būtų užkirstas kelias trečiųjų šalių veiksams, galintiems pažeisti šią teisę;

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

liavimo turiningieji aspektai, į kuriuos valstybė reguliuodama konkrečius visuomeninius santykius turi atsižvelgti).

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

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

4. Nacionaliniame teisiniame reglamentavime vis dar atsispindi klasikinės „sanitarinės“ visuomenės sveikatos priežiūros samprata ir jos įgyvendinimo priemonės. Lietuvoje visuomenės sveikatos priežiūra apima šias sritis: visuomenės sveikatos stebėseną, visuomenės sveikatos stiprinimą, saugios sveikatai aplinkos užtikrinimą (visuomenės sveikatos saugą ir kontrolę) bei užkrečiamųjų ligų profilaktiką ir kontrolę, kurioms keliami tikslai turi būti pasiekti per visuomenės sveikatos priežiūros teisinį reguliavimą. Lietuvos nacionaliniuose teisės aktuose įtvirtintos visuomenės sveikatos priežiūros priemonės neapima šiuolaikinės „naujosios“ visuomenės sveikatos priežiūros sampratos išskiriamų visuomenės sveikatos priežiūros priemonių, tokių kaip: sveikatos (asmens) priežiūros paslaugų teikimo socialiai remtiniams žmonėms, asmens sveikatos priežiūros efektyvumo, prieinamumo ir kokybės vertinimo, lyderiavimo (visuomenės sveikatos priežiūros struktūros) valstybės politikoje ir bendruomenės mobilizavimo visuomenės sveikatos priežiūros tikslams įgyvendinti.

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

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

5.2. saugios sveikatai aplinkos užtikrinimo teisinio reguliavimo analizė atskleidė, kad saugios sveikatai aplinkos užtikrinimą reglamentuojančių pagrindinių įstatymų nuostatos iš esmės yra deklaratyvios ir joms trūksta sistemiskumo, išskyrus saugios

sveikatai darbo aplinkos užtikrinimo sritį. Pagrindinės asmenų teisės ir pareigos nustatytos poįstatyminiuose teisės aktuose (nors pagal bendrus Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo formuojamus teisinio reguliavimo principus asmens teisės ir laisvės, jų ribojimo atvejai turėtų būti reglamentuojami įstatyminiu lygmeniu), kurių didelė gausa ir tarpusavio suderinamumo stoka lemia problemišką praktinį įgyvendinimą. Nors iš esmės įgyvendinami teisės į sveikatos apsaugą turinyje išskirti kiekybiniai parametrai, tačiau neefektyviai įgyvendinami kokybiniai parametrai;

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

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

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

Siūlymai

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reglamentavimas ir praktinis įgyvendinimas neužtikrina efektyvaus teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo, todėl siūlytina konsoliduoti Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymą, Visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymą į Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymą, sistemingai sujungiant visuomenės sveikatos priežiūros sritis, siejant konkrečias visuomenės sveikatos priežiūros sričių priemones tarpusavyje atsižvelgiant į darbe pateiktus siūlymus, ir taip kompleksiskai įgyvendinant visuomenės sveikatos priežiūros tikslus pailginti visuomenės narių gyvenimą ir sustiprinti jų sveikatą.

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

Summary

Research issue and its relevance. The main goal of the state is to guarantee and implement human rights. Defining a humanist outlook as a widely accepted base for legal doctrine, the most important interest of a democratic society and goal of a legal state become the legal protection of human interests. The right to health care⁵⁷⁷ is part of the so-called “second generation” human rights group-i.e. social rights, the implementation and protection of which in the theoretical and practical plane gains increasing relevance.

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

The standard formula for international human rights documents, which would consolidate the right to health care, show that public health as a definite right means quality accessible and acceptable health care guarantees, safe living, leisure, and health care conditions, health care and education, effective actions in battling communicable disease outbreaks, etc. However, in Lithuania’s legal doctrine until now the deeper commitments in this field haven’t been discussed: what concrete nations have to accept responsibilities in this field; does the state perform (are they able to perform) all of the obligations rising from and part of the discussed legal content; does the present public health legal regulation effectively (if at all) implement the right to health care; whether the public health legal regulations present in the society can protect the individual and society (mutually) from dangers to their health, or if it creates a work, life, and leisure environment favourable to their health. From a theoretical perspective, theoretical discussion is very important, whether by taking into account society’s wider understanding of health care it is possible to objectively define the borders of public health regulation possibilities and to evaluate the right to health care from the implementation perspective.

⁵⁷⁷ We should note that the term “right to health care” suitably reveals the aforementioned law’s content. Calling the “right to health care” the “right to health” would be to presume commitment to guarantee the individual’s health not taking into account, for example, their hereditary diseases, lifestyle and personal habits, which all influence a person’s health. Understanding “right to health care” only as “patient rights” would involve only the rights of the individual, most often a sick person, using the services of health care institutions.

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

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

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

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

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

1. To analyze the content of public health, as methods of implementing the right to health care, and its theoretical aspects:

1.1. To explore the understanding of public health and public health spheres, as well as their characteristic implementation methods;

1.2. To explore the understanding of health and health protection, the content of the right to health care;

1.3. To reveal the relativity of the right to health care and its relationship to other personal rights.

2. To analyze the legal regulation of public health in Lithuania, and its practical implementation via different public health spheres and to evaluate this from the position of regulating the implementation of the right to health care.

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

The scientific novelty of the research and its practical meaning. Although health and the right to its care are underlying individual values, upon which both directly and indirectly depend the other rights of an individual, up until now attention to the legal regulation of public health in the academic community hasn't been paid. This dissertation for the first time evaluates national public health legal regulation in the aspect of the right to health care implementation: does the present legal regulation create preconditions to implement the right to health care quantity and quality parameters and whether this determines if safe life, work and leisure conditions are provided for the individual, if the nation has functioning systems of health promotion and monitoring, if the nation-created mechanisms protect health in the case of a disease outbreak. These and other questions are analyzed systematically, aiming not only to reveal national public health legal regulation singularities, but also to provide proposals on how to improve it.

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

Defensive propositions of the dissertation:

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

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

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

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

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

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

The *philosophical method* is closely related to the *systemic analysis method*, which allows us to look at the right to health care as a part of the whole of human rights, revealing its place in the rights and freedoms system, its relationship with other human rights, efficiently defining its content. Using the systemic analysis method, public health is analyzed as a basic part (along with personal health care) of the health care system, responsible for the individual’s right to health care. Different spheres of public health (for example, health promotion, etc.) methods (for example, health education) are ex-

plored in this paper not as independent or quaint, but in the general context of public health goal implementation.

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

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

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

The first part of the paper explores and defines **the understanding of public health as a tool of implementation of the right to health care**. Health is one of the core values that a society must protect, and, as the subject of social protection, guarantee every citizen. In realizing the right to health care protection, the government takes care of people's health, which in essence is separated into two methods that even though are related, but at the same time are independent: personal health care and public health. The first part of the paper explores the understanding of public health, separating the goals and discussed spheres (methods) of public health, with which the goals are realized. It also reveals the understanding of the right to health care, allowing definition of the latter's content, which determines the extent of health care legal regulation.

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

However, not only public health and its content determine the extent of public health as a field of health care, but also the clearly defined social responsibilities (functions), which lie within the right to health care. The analysis of the right to health care in this paper starts from the definition of health. Generalizing scientific literature in this paper, two dominant trends of the conceptions of health are defined: the medicinal direction, defining health from the point of an individual's body's welfare, and the social direction, relating health not only to the individual's body's welfare, but with the surrounding social environment and the individual's satisfaction with it. Most often in modern legal regulation the World Health Organization's (WHO) Constitution's con-

cept of health is used. Although the WHO-presented concept of health as a completely physical, mental and social state of welfare has its drawbacks, despite that this paper states that the latter reflects the object of the rights to health care, and it is the basis for defining the right itself.

The right to health care process analysis reveals that in international treaties, declarations for careful claim health as the main human value (WHO Constitution, 1946), its implementation as a the right to life (The Universal Declaration of Human Rights, 1948), evolved to the level of an independent right, the implementation of which requires more concrete and more effective health-wise methods. On the European level, Europe's social charter (1961, corrected in 1996), as in the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966), the right to health care is consolidated as an independent human right, and is implemented by defining concrete actions. At the same time, people's personal responsibility for their health is a delicate topic, the law is concentrated on the government's commitment to guarantee health care services, products, and resources, accenting as well that the government can't guarantee an individual's absolute right to health.

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

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

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

tion of the right to health care in, the state assumes the obligation to protect, respect and implement, while all the state's obligations by nature are divided into positive and negative implementation aspects, which are detailed in this paper.

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

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

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

Analyzing the right to health, its content has quantitative parameters that include the areas of health care: personal health care and public health. Said health care spheres reveal and include the content of the right to health care and are designed to implement the state's objective to take care of people's health. At the same time drawing attention to the fact that such health care activities are conditional, because health care, as a system, has to be developed *in corpore*, because only this way in general can properly be implemented the right to health care. Highlighted areas of health care-personal health

care and public health-are closely related to each other and ensure viability, such as the fight against communicable diseases is a public health measure, but without the personal health care tools-vaccinations, treatment of affected individuals-this public health monitoring tool will not be effective.

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

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

Public health monitoring in the state, seeking to exercise the right to health care, is the source of information that could help steer the policy priorities and managed resources. Effective implementation of public health monitoring allows for time to take the necessary measures to implement the right to health care. Public health promotion is one of the cornerstone functions of public health as a preventive action, a feature that helps the state implement the right to health care. This area includes, *inter alia*, individual education on living a healthy lifestyle, policy development for creating a healthy living environment, thus allowing for more effective public health condition. Public health safety and control is generally described in this paper with the term “assurance of safe environment for health,” revealing more precisely the nature of the area of public health, while integrating the two related areas of public health (safety and control). Public health safety is the area of public health wherein the state, in implementing the right to health, ensures conditions for people to live, work and spend leisure time in an environment safe for their health, while public health control is the measure that ensures the maintenance requirements for their implementation. Given the specific nature of communicable diseases, the area of public health is isolated separately, although in it can be seen areas of both public health control and public health monitoring. A person has the right to reasonably expect that the state, in communicable disease prevention and control, would implement the functions that would allow control, elimination and eradication of infections.

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

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

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

Discussion of the legal regulation of public health promotion emphasizes that the state, in implementing the right to health care and carrying out public health, educates the public and separate the groups, shaping policy so as to promote the healthy lifestyles of individuals. Taking into account that the promotion of public health is a state function, legal regulation analysis starts from a review of the state's functions in this field, analyzing the means for public health improvement (health propaganda and public information), public health education, non-communicable disease prevention. This paper stresses that the promotion of public health legal regulation is fragmented and superficial, and provides concrete examples and suggestions on how to improve the aforementioned regulation. Analysis of public health information legal regulation reveals not only the latter's "active side," related to the dissemination of positive infor-

mation (healthy lifestyle promotion), but also the “passive side,” associated with the ban of spreading information that could have an adverse impact on public health. This is not just about banning tobacco advertising or alcohol advertising restrictions, but also prohibitions against, for example, health-damaging or risky behaviour (such as smoking, alcohol consumption, irrational diets, or the tendency to take risks, such as reckless driving), the promotion or prohibition of psychological or similar treatment via television. In this case, it must be noted that the right to health care is built on the personal freedom to express opinions and to receive and impart information, therefore legal regulation of this area should be coordinated with the Republic of Lithuania’s Constitutional Court’s and the European Court of Human Rights’ jurisprudence’s highlighted criteria on the limitation of freedom of information.

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

Generalizing the legal regulation of assuring a safe and healthy environment stipulates that in order to protect the personal living environment, and thus proactively preventing adverse effects on a person’s health, the state preventively limits certain factors (i.e., non-ionizing and ionizing radiation, noise, vibration and other harmful agents), taking appropriate measures to ensure a sufficient quantity of safe drinking water, hazardous waste liquidation and so on. However, as is clear from the analysis carried out in this paper, in essence, the provisions of the law only provide accurate, detailed “echoes” of what is already in international documents on the right to health care and are declarative. Laws list measures to protect the living environment, but do not reflect the key criteria and basic principles of this protection. Legal regulation in this area is mainly carried out on a secondary legislation level, the post-legal rights act subject determining the extent of the implementation of the declared safe living environment, apart from some exceptions, such as noise control, or drinking water supply.

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

in secondary legislation. Accordingly, these rights include the legal regulation of the isolated content of the health care duties to the state (quantitative entitlement of the right to health care parameters), to establish regulatory mechanisms to ensure the right to health care qualitative parameters.

Ensuring a safe environment includes not only living and working environments, but also in personal leisure environment. Therefore, in this case, the state must prevent the factors that create a negative impact on the health of the person, creating such legal regulation that would ensure that a person's surrounding environment, as mentioned, which is not part of the living and working environment, be safe for the person's health. In analyzing which environment is part of the leisure environment and has an impact on public health, the paper isolates such places where people are provided various services (such as accommodation services, beauty services), as well as objects that provide personal health care, education, care and nursing services. Legal regulation of a safe leisure environment's public health safety is carried out mainly at the level of secondary legislation, defining a protected environment by setting minimum requirements. However, individual rights and obligations are not covered by the provisions of law, which makes them difficult to implement. Thus, the legal regulation of this field is essentially pragmatic, because problems are not solved systematically, but rather regulate those areas that are "necessary" at the right time.

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

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

The state created a functioning communicable disease epidemiological surveillance system to ensure that detailed information is transmitted on time mainly through the Communicable Disease Information System, however, it unfortunately does not include

the mandatory registration of all epidemiological objects. Since the monitoring of communicable diseases in most patients with infectious diseases includes the processing of the patient's personal data, this paper proposes that the Republic of Lithuania's Law on Population Communicable Disease Prevention and Control provisions be combined with Lithuania's patient rights and health damage compensation.

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

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

sis of the legislation that such measures have nothing to do with the quarantine that is regulated in the legal provisions of the law.

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

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

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

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

1.2. the right to health content qualitative parameters (which show how the state should enforce the quantitative parameters of the content) include the following elements: accessibility (health care resources, goods and services, as well as the program must be of sufficient quantity as established by the state, as well as access to all without any discrimination: their physical accessibility, economic accessibility, and information accessibility must be ensured), acceptability (health care resources, goods and services must be provided taking into account medical ethics and public culture), quality (health care resources, goods and services must be scientifically and medically appropriate and of good quality). Right to health care qualitative parameters also include state obligations to protect this right, respect and implement it: the obligation to respect requires the state to refrain from direct or indirect interference with the right to health care, to respect the personal integrity of an individual, to not attempt to abuse their liberty; the duty includes the obligation to realize the right to health care in the most favourable conditions, provide for and promote them, it requires the state, under its jurisdiction, to take all the necessary steps to ensure that each person meets their own needs and to take appropriate legal and organizational measures to fully implement the law; the obligation to protect requires taking steps to prevent third-country actions that may violate the law;

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

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

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

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

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

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

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

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

5.4. communicable disease prevention and control legal regulation includes the right to health care, with the quantitative parameters enshrined in its content. This area of legal regulation has room for improvement, given the fact that the control of infectious diseases in areas that are related to limitation of individual rights and liberties, is performed at the level of secondary legislation although, as mentioned above, it should be regulated at the legislative level. Communicable disease epidemic control, as a method of the right to health care's content's quantitative parameters, is not regulated. This area lacks comprehensive, clear state measures to control the situation and clear definition of individual rights and freedoms, limitations and assignment of responsibilities. Although the legal framework is created, the practice of infectious disease prevention and control measures implementation is imperfect because of duplication of the functions of state institutions, in some cases they do not fall within the functions of state institutions due to incomplete legal protection of the right to health care content of isolated qualitative parameters and the obligations of the state. This may lead to problems in the law's practical implementation.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Literatūra

Norminiai aktai

1. Lietuvos Respublikos Konstitucija. *Valstybės žinios*. 1992, Nr. 33-1014.
2. Tarptautinių sveikatos priežiūros taisyklių pakeitimas. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 87-3474.
3. Visuotinė žmogaus teisių deklaracija. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 68-2497.
4. Tarptautinis pilietinių ir politinių teisių paktas. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 77-3288.
5. Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija). *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 97-4258.
6. Jungtinių Tautų chartija. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 15-557.
7. Europos socialinė chartija. *Valstybės žinios*. 2001, Nr. 49-1704
8. Tarptautinis ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių paktas. *Žmogaus teisės: Jungtinių Tautų dokumentai*. Vilnius: Lietuvos žmogaus teisių centras, 2000.
9. Konvencija Dėl visų formų diskriminacijos panaikinimo moterims. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 21.
10. Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencija. *Valstybės žinios*. 1995, Nr. 60-1501.
11. Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija. *Valstybės žinios*. 1995, Nr. 40-987.
12. Lisabonos sutartis, iš dalies keičianti Europos Sąjungos sutartį ir Europos bendrijos steigimo sutartį [interaktyvi]. [žiūrėta 2010-07-21]. <http://europa.eu/lisbon_treaty/full_text/index_lt.htm>.
13. Sutartis dėl Europos Sąjungos veikimo [interaktyvi]. [žiūrėta 2010-07-21]. <http://europa.eu/lisbon_treaty/full_text/index_lt.htm>.
14. Lietuvos Respublikos darbo kodeksas. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 64-2569.
15. Lietuvos Respublikos administracinių teisės pažeidimų kodeksas. *Vyriausybės žinios*. 1985, Nr. 1-1.
16. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymo 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13 ir 16 straipsnių pakeitimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 2011, Nr. 40-1920.
17. Lietuvos Respublikos geriamojo vandens tiekimo ir nuotekų tvarkymo įstatymas. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 82-3260.
18. Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymas. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 78-3056.
19. Lietuvos Respublikos triukšmo valdymo įstatymas. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 164-5971.
20. Lietuvos Respublikos valstybinės darbo inspekcijos įstatymas. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 102-4585.
21. Lietuvos Respublikos darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymas. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 70-3170.
22. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymas. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 72-3022.

23. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 56-2225.
24. Lietuvos Respublikos akcizų įstatymas. *Valstybės žinios*. 2001, Nr. 98-3482; 2004, Nr. 26-802; 2010, Nr. 45-2174.
25. Lietuvos Respublikos geriamojo vandens įstatymas. *Valstybės žinios*. 2001, Nr. 64-2327.
26. Lietuvos Respublikos maisto įstatymas. *Valstybės žinios*. 2000, Nr. 32-893.
27. Lietuvos Respublikos aplinkos oro apsaugos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1999, Nr. 98-2813.
28. Lietuvos Respublikos aplinkos monitoringo įstatymas. *Valstybės žinios*. 1997, Nr. 112-2824; 2006, Nr. 57-2025.
29. Lietuvos Respublikos Lietuvos nacionalinio radijo ir televizijos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 102-2319; 2005, Nr. 153-5639.
30. Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 63-1479; 2008, Nr. 22-804.
31. Lietuvos Respublikos visuomenės informavimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 71-1706; 2006, Nr. 82-3254.
32. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 102-2317; 2004, Nr. 115-4284; 2009, Nr. 145-6425.
33. Lietuvos Respublikos žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 104-2363; 2001, Nr. 112-4069.
34. Lietuvos Respublikos statybos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 32-788.
35. Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 11-281; 2003, Nr. 117-5317.
36. Lietuvos Respublikos viešųjų pirkimų įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 84-2000; 1999, Nr. 56-1809; 2002, Nr. 118-5296; 2006, Nr. 4-102.
37. Lietuvos Respublikos teritorijų planavimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 1995, Nr. 107-2391.
38. Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymas. *Valstybės žinios*. 1995, Nr. 44-1073; *Valstybės Žinios*, 2004, Nr. 47-1548.
39. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr. 112-3099.
40. Lietuvos Respublikos žemės įstatymas. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 34-620; 2004, Nr. 28-868.
41. Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 55-1049; 2008, Nr. 113-4290.
42. Lietuvos Respublikos aplinkos apsaugos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1992, Nr. 5-75.
43. Lietuvos Respublikos įstatymas „Dėl Lietuvos Respublikos Laikinojo Pagrindinio Įstatymo“. *Vyriausybės žinios*. 1990, Nr. 9-224.
44. Europos Parlamento ir Tarybos 2002 m. liepos 22 d. sprendimas Nr. 1600/2002/EB, nustatantis šeštąją Bendrijos aplinkosaugos veiksmų programą. [2004] OL L242.
45. Europos Parlamento ir Tarybos 2002 m. birželio 25 d. direktyva 2002/49/EB, dėl aplinkos triukšmo įvertinimo ir valdymo. [2004] OL L189.

46. Tarybos 1996 m. rugsėjo 26 d. direktyva 96/62/EB, dėl aplinkos oro kokybės vertinimo ir valdymo, [1996] OL L296..
47. Europos Parlamento ir Tarybos 1998 m. rugsėjo 24 d. sprendimas Nr. 2119/98/EB, dėl užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros ir kontrolės tinklo Bendrijoje sukūrimo, [1998] OL L268.
48. Komisijos 1999 m. gruodžio 22 d. sprendimas 2000/96/EB, dėl užkrečiamųjų ligų, kurios turi būti laipsniškai ištrauktos į Bendrijos tinklą pagal Europos Parlamento ir Tarybos sprendimą Nr. 2119/98/EB, [2000] OL L028;
49. Komisijos 1999 m. gruodžio 22 d. sprendimas 2000/57/EB, dėl užkrečiamųjų ligų prevencijai ir kontrolei pagal Europos Parlamento ir Tarybos sprendimą Nr. 2119/98/EB nustatytos skubaus įspėjimo ir reagavimo sistemos, [2000] OL L21;
50. Komisijos 2002 m. kovo 19 d. sprendimas 2002/253/EB, nustatantis atvejų (ligų) apibrėžimus, naudotinus pateikiant duomenis apie užkrečiamas ligas į Bendrijos tinklą pagal Europos Parlamento ir Tarybos sprendimą Nr. 2119/98/EB, [2002] OL L 86.
51. Europos konvento prezidiumo išaiškinimai Nr. 2007/C 303/02, susiję su Pagrindinių teisių chartija. [2007] OL C303.
52. Lietuvos Respublikos Seimo 2006 m. liepos 11 d. nutarimas Nr. X-753 „Dėl Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinio vertinimo ataskaitos“. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 79-3105.
53. Lietuvos Respublikos Seimo 1999 m. sausio 5 d. rezoliucija „Dėl Lietuvos sveikatos politikos principų“. *Valstybės žinios*. 1999, Nr. 5-98.
54. Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 64-1842.
55. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. rugpjūčio 27 d. nutarimas Nr. 836 „Dėl Vaikų sveikatos stiprinimo 2008–2012 metų programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 104-3979.
56. Vyriausybės 2008 m. liepos 9 d. nutarimas Nr. 691 „Dėl Valstybės visuomenės sveikatos stebėsenos 2008–2009 metų programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 83-3295.
57. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2000 m. balandžio 14 d. nutarimas Nr. 423 „Dėl Valstybinės traumatizmo profilaktikos 2008-2010 metų programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2000, Nr. 32-903; 2008, Nr. 58-2174.
58. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. sausio 23 d. nutarimas Nr. 67 „Dėl Valstybinės pasirengimo gripo pandemijai programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr.16-554.
59. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. kovo 9 d. nutarimas Nr. 222 „Dėl Valstybinės triukšmo kontrolės tvarkos aprašo patvirtinimo ir įgaliojimų suteikimo“. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 29-986.
60. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004 m. lapkričio 25 d. nutarimas Nr. 1497 „Dėl pranešimo apie Jungtinių Tautų konvencijos dėl visų formų diskriminacijos moterims panaikinimo įgyvendinimą Lietuvoje patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 173-6395.
61. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 5 d. nutarimas Nr. 286 „Dėl ekonominės veiklos, kuria verčiantis visuomenės sveikatos stebėseną yra privaloma, sąrašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 24-998.

62. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. sausio 21 d. nutarimas Nr. 66 „Dėl Nacionalinės aplinkos sveikatinimo veikslių 2003-2006 metų programos patvirtinimo. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 8-288.
63. Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2001 m. liepos 27 d. nutarimas Nr. 941 „Dėl Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006- 2013 metų strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2006-2008 metų plano patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2001, Nr. 66-2418; 2006, Nr. 70-2574.
64. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1999 m. gruodžio 1 d. nutarimas Nr. 1332 „Dėl Lietuvos Respublikos valstybės sienų ir teritorijos sanitarinės ir medicininės-karantininės apsaugos tvarkos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1999, Nr. 104-2988.
65. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1999 m. lapkričio 11 d. nutarimas Nr. 1267 „Dėl užkrėstų teritorijų ir teritorijų karantino Lietuvos Respublikoje skelbimo, jo atšaukimo bei užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės priemonių užkrėstose teritorijose naudojimo tvarkos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1999, Nr. 97-2802.
66. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1999 m. gegužės 7 d. nutarimas Nr. 544 „Dėl Darbų ir veiklos sričių, kuriose leidžiama dirbti darbuotojams, tik iš anksto pasitikrinusiems ir vėliau periodiškai besitikrinantiems, ar neserga užkrečiamosiomis ligomis, sąrašo ir šių darbuotojų sveikatos tikrinimosi tvarkos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1999, Nr. 41-1294; 2002, Nr. 73-3127.
67. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1998 m. liepos 24 d. nutarimas Nr. 926 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 1998, Nr. 67-1961.
68. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1995 m. lapkričio 27 d. nutarimas Nr. 1492 „Dėl Savivaldybių sanitarinės kontrolės nuostatų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1995, Nr. 98-2190.
69. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1992 m. gegužės 12 d. nutarimas Nr. 343 „Dėl specialiųjų žemės ir miško naudojimo sąlygų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1992, Nr. 22-652.
70. Lietuvos Respublikos aplinkos ministro 2008 m. kovo 12 d. įsakymas Nr. D1-132 „Dėl Statybos techninio reglamento STR 2.01.01(5):2008 „Esminis statinio reikalavimas „Apsauga nuo triukšmo“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 35-1256.
71. Lietuvos Respublikos aplinkos ministro 2005 m. birželio 9 d. įsakymas Nr. D1-289 „Dėl statybos techninio reglamento STR 2.09.02:2005 „Šildymas, vėdinimas ir oro kondicionavimas“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 75-2729.
72. Lietuvos Respublikos aplinkos apsaugos ministro 2003 m. liepos 17 d. įsakymas Nr. 387 „Dėl Statybos techninio reglamento STR 2.01.07:2003 „Pastatų vidaus ir išorės aplinkos apsauga nuo triukšmo“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 79-3614.
73. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2008 m. vasario 12 d. įsakymas Nr. ISAK-398 „Dėl Prioritetinių valstybinių ir savivaldybių mokyklų vadovų, jų pavaduotojų ugdymui, ugdymą organizuojančių skyrių vedėjų, mokytojų, profesijos mokytojų, pagalbos mokiniui specialistų kvalifikacijos tobulinimo kryptių 2008–2010 metams patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 21-778.
74. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2007 m. balandžio 3 d. įsakymas Nr. ISAK-591 „Dėl Profesijos mokytojų kvalifikacijos tobulinimo nuostatų“. *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 40-1523.

75. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2000 m. vasario 11 d. įsakymas Nr. 113 „Dėl Moksleivių nelaimingų atsitikimų tyrimo, registravimo ir apskaitos nuostatų“. *Valstybės žinios*. 2000, Nr. 15-403.
76. Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro 2007 m. lapkričio 7 d. įsakymas Nr. 1V-392 „Dėl Garsinės informacijos ir signalizacijos naudojimo ir priežiūros taisyklių patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 119-4870.
77. Lietuvos Respublikos susisiekimo ministro 2008 m. gegužės 15 d. įsakymas Nr. 3-169 „Dėl Kelių transporto priemonių variklių triukšmo ribinių dydžių ir jų nustatymo tvarkos aprašo“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 57-2150.
78. Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009-12-24 įsakymas Nr. 1V-713/V-1064 „Dėl valstybės ir savivaldybių institucijų ir įstaigų, dalyvaujančių likviduojant ekstremalios situacijos padarinius, atsiradusius dėl pavojingų ir ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų funkcijų sąrašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 155-7013.
79. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro 2007 m. lapkričio 27 d. įsakymas Nr. V-958/IV-4 „Dėl tarpžinybinio bendradarbiavimo vykdant valstybinę triukšmo kontrolę“. *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 126-5136.
80. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. spalio 23 d. įsakymas Nr. A1-293/V-8 „Dėl Darbuotojų saugos ir sveikatos reikalavimų tvarkant krovinius rankomis patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 116-4417.
81. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. balandžio 15 d. įsakymas Nr. A1-103/V-2 „Dėl Darbuotojų apsaugos nuo triukšmo keliamos rizikos nuostatų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 53-1804.
82. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. spalio 28 d. įsakymas Nr. V-946 „Dėl Tiesioginės valstybinės visuomenės sveikatos saugos kontrolės reglamento patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 132-6736.
83. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. spalio 4 d. įsakymas Nr. V-885 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 121:2010 „Kvapo koncentracijos ribinė vertė gyvenamosios aplinkos ore“ ir Kvapų kontrolės gyvenamosios aplinkos ore taisyklių patvirtinimo. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 120-6148.
84. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. liepos 13 d. įsakymas Nr. V-632 „Dėl Leidimų-higienos pasų išdavimo taisyklių patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 86-4573
85. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. birželio 2 d. įsakymas Nr. V-498 „Dėl Higienos instituto įstatų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 66-3322.
86. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 20 d. įsakymas Nr. V-441 „Dėl Lietuvos Respublikos vyriausiojo epidemiologo paskyrimo“ [neskelbtas].
87. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. sausio 22 d. įsakymas Nr. V-60 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 21:2010 „Bendrojo lavinimo mokykla. bendrieji sveikatos saugos reikalavimai“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 14-678.
88. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. sausio 14 d. įsakymas Nr. V-17 „Dėl informacijos apie ekstremalias visuomenės sveikatai situacijas, keliančias tarp-

- tautinį susirūpinimą, rinkimo, vertinimo ir teikimo Pasaulio sveikatos organizacijai tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2010; Nr. 9-468.
89. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 29 d. įsakymas Nr. V-1081 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 42:2009 „Gyvenamųjų ir visuomeninių pastatų patalpų mikroklimatas“ patvirtinimo. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 159-7219.
 90. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 3 d. įsakymas Nr. V-990 „Dėl gyventojų grupių, kurios prioriteto tvarka bus skiepijamos valstybės biudžeto lėšomis įsigyta pandeminio gripo vakcina, nustatymo“. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 145-6442.
 91. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. rugsėjo 1 d. įsakymas Nr. V-714 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 124:2009 „Vaikų socialinės globos įstaigos: bendrieji sveikatos saugos reikalavimai“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 107-4494.
 92. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 29 d. įsakymas Nr. V-517 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 71:2009 „Soliariumai. Sveikatos saugos reikalavimai“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 83-3453.
 93. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. kovo 31 d. įsakymas Nr. V-242 „Dėl Nacionalinės imunoprofilaktikos 2009–2013 metų programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 40 – 1534.
 94. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. kovo 13 d. įsakymas Nr. V-190 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 30:2009 „Infragarsas ir žemo dažnio garsai: ribiniai dydžiai gyvenamuosiuose ir visuomeninės paskirties pastatai“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 38-1466.
 95. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gruodžio 4 d. įsakymas Nr. V-1179 „Dėl Pagal asmenų prašymus, pareiškimus, skundus Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos vykdomos visuomenės sveikatos saugos reglamentų (higienos normų), kurių kontrolė nėra pavesta kitoms viešojo administravimo institucijoms, laikymosi kontrolės (valstybinės visuomenės sveikatos saugos kontrolės) kontroliuojamų sričių sąrašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 145-5855.
 96. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 2 d. įsakymas Nr. V-259 „Dėl Valstybinio visuomenės sveikatos stebėsenos duomenų fondo nuostatų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 41-1512.
 97. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 28 d. įsakymas Nr. V-69 „Dėl Privalomojo pirmosios pagalbos mokymo programos, Privalomojo higienos įgūdžių mokymo programos ir Privalomojo mokymo apie alkoholio ir narkotikų žalą žmogaus sveikatai mokymo programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 14-490.
 98. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 14 d. įsakymas Nr. V-19 „Dėl Užkrečiamųjų ligų ir jų sukėlėjų valstybės informacinės sistemos nuostatų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 10-366.
 99. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 1 d. įsakymas Nr. V-633 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 117:2007 „Grožio paslaugų sveikatos saugos reikalavimai“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr.: 47-2264.
 100. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. liepos 2 d. įsakymas Nr. V-555 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 33:2007 „Akustinis triukšmas. Triukšmo ribiniai dydžiai gyvenamuosiuose ir visuomeninės paskirties pastatuose bei jų aplinkoje“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios* 2007, Nr. 75-2990.

101. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gegužės 10 d. įsakymas Nr. V-362 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 35:2007 „Didžiausia leidžiama cheminių medžiagų (teršalų) koncentracija gyvenamosios aplinkos ore“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 55-2162.
102. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. liepos 1 d. įsakymas Nr. V-565 „Dėl Visuomenės sveikatos ugdymo centro reorganizavimo sąlygų ir reorganizavimo komisijos sudėties patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 77-3016.
103. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. liepos 16 d. įsakymas Nr. V-641 „Dėl triukšmo prevencijos ir mažinimo priemonių įgyvendinimo reikalavimų vykdymo kontrolės tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 82-3285.
104. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugpjūčio 16 d. įsakymas Nr. V-655 „Dėl Apsinuodijimų kontrolės ir informacijos biuro“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 101-3767.
105. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. balandžio 28 d. įsakymas Nr. V-326 „Dėl Lietuvos sveikatos informacijos centro nuostatų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 58-2046.
106. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. balandžio 12 d. įsakymas Nr. V-245 „Dėl Valstybinės alkoholio kontrolės, Valstybinės tabako kontrolės ir Valstybinės sveikatos propagandos programų koordinavimo tarybos sudarymo“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 51-1723.
107. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 28 d. įsakymas Nr. V-397 „Dėl Skubios informacijos apie užkrečiamąsias ligas teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 90-3317; Nr. 72-3669.
108. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gruodžio 24 d. įsakymas Nr. V-951 „Dėl statistinės apskaitos formos Nr. 027-1/a „Vaiko sveikatos pažymėjimas“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 3-38.
109. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 9 d. įsakymas Nr. V-772 „Dėl maisto tvarkymo įmonėse (skyruiuose) kilusių per maistą plintančių ligų protrūkių tyrimo taisyklių patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 166 – 6077.
110. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugpjūčio 19 d. įsakymas Nr. V-586 „Dėl sanitarinių apsaugos zonų ribų nustatymo ir režimo taisyklių“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 134-4878.
111. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 6 d. įsakymas Nr. V-196 „Dėl Sutrumpinto darbo laiko trukmės nustatymo, atsižvelgiant į darbo aplinkos veiksnius, kriterijų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 54-1841.
112. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. vasario 11 d. įsakymas Nr. 377 „Dėl sveikatos ugdymo ir mokymo statistinės ataskaitos formos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 24-775.
113. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. vasario 9 d. įsakymas Nr. V-57 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 125:2004 „Socialinių paslaugų įstaigos: bendrieji saugos sveikatai reikalavimai“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 32-1026.
114. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. gruodžio 24 d. įsakymas Nr. V-770 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 69:2003 „Šiluminis komfortas ir pakankama šiluminė aplinka darbo patalpose. Parametrų norminės vertės ir matavimo reikalavimai“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 45-1485.

115. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. spalio 8 d. įsakymas Nr. V-597 „Dėl informacijos, susijusios su žmonių apsinuodijimais ir jų specifine profilaktika, kaupimo ir teikimo“. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 99-4459.
116. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. rugpjūčio 11 d. įsakymas Nr. V-488 „Dėl Bendrųjų savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos nuostatų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 81-3720.
117. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. liepos 23 d. įsakymas Nr. V-455 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 24:2003 „Geriamojo vandens saugos ir kokybės reikalavimai“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 79-3606.
118. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. gegužės 26 d. įsakymas Nr. V-300 „Dėl Valstybės tarnautojų, kurie privalo įgyti žinių apie visuomenės sveikatos politikos bei strategijų formavimą ir įgyvendinimą, grupių, kategorijų, jų mokymo programų ir tvarkos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 54-2409.
119. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. gruodžio 24 d. įsakymas Nr. 673 „Dėl privalomojo epidemiologinio registravimo, privalomojo informacijos apie epidemiologinio registravimo objektus turinio ir informacijos privalomojo perdavimo tvarkos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 12-444.
120. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. gruodžio 2 d. įsakymas Nr. 595 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 34:2002 „Lietuvos Respublikos valstybės sienos ir teritorijos medicininės-karantininės apsaugos taisyklės“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 1-22.
121. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. 468 „Dėl imunoprofilaktikos atlikimo taisyklių patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 96 – 4229.
122. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. birželio 13 d. įsakymas Nr. 278 „Dėl Pavojingų ir ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų, dėl kurių ligoniai, asmenys, įtariamai, kad serga pavojingomis ar ypač pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis, asmenys, turėję sąlytį, ar šių ligų sukėlėjų nešiotojai turi būti hospitalizuojami, izoliuojami, tiriami ir (ar) gydomi privalomai, sąrašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 62-2527.
123. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. birželio 13 d. įsakymas Nr. 276 „Dėl Riboto karantino režimo kontrolės tvarkos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 62-2525.
124. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. birželio 6 d. įsakymas Nr. 258 „Dėl Ligonų, asmenų, įtariamų, kad serga užkrečiamosiomis ligomis, turėjusių sąlytį, ir sukėlėjų nešiotojų būtinojo hospitalizavimo ir (ar) būtinojo izoliavimo organizavimo tvarkos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 58-2362.
125. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. gegužės 30 d. įsakymas Nr. 250 „Dėl apsinuodijimų nitrtais ir nitrtais diagnostikos ir profilaktikos“. *Valstybės žinios*, 2002, Nr. 58-2361.
126. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. gruodžio 29 d. įsakymas Nr. 683 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 106:2001 „Nauji maisto produktai ir nauji maisto ingredientai“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 26-945.
127. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. 666 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 107:2001 „Specialios paskirties maisto produktai“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 5-199.

128. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 24 d. įsakymas Nr. 277 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 98 : 2000 „Natūralus ir dirbtinis darbo vietų apšvietimas. Apšvietos ribinės vertės ir bendrieji matavimo reikalavimai“. *Valstybės žinios*. 2000, Nr. 44-1278.
129. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. rugsėjo 30 d. įsakymas Nr. 423 „Dėl Tabako ir jo gaminių vartojimo žalos žmonių sveikatai reklamos nuolatinės programos (visuomenės informavimo priemonėse ir kitur) tvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1999, Nr. 84-2504.
130. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1999 m. rugpjūčio 13 d. įsakymas Nr. 377 „Dėl visuomenės sveikatos ugdymo veiklos kryptių 1999 – 2002 metams patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1999, Nr. 70-2211.
131. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1999 m. balandžio 20 d. įsakymas Nr. 184 „Dėl visuomenės sveikatos ugdymo ir informavimo gerinimo“. *Valstybės žinios*. 1999, Nr. 37-1144.
132. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. spalio 23 d. įsakymas Nr. 614 „Dėl užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros organizavimo tvarkos tvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 95 – 2644.
133. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997 m. gruodžio 24 d. įsakymas Nr. 707 „Dėl sveikatos ugdymo ir mokymo apskaitos formos tvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 3-67.
134. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1996 m. rugpjūčio 27 d. įsakymas Nr. 445 „Dėl Sveikatos propagandos per visuomenės informavimo priemones sąlygų ir tvarkos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 83-1997.
135. Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2003 m. sausio 10 d. įsakymas Nr. 3 „Dėl Savanoriškojo visuomenės sveikatos mokymo turinio ir jo organizavimo tvarkos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 9-325.
136. Nacionalinės sveikatos tarybos 2006 m. vasario 21 d. nutarimas Nr. N-1 „Dėl visuomenės sveikatos stebėsenos įgyvendinimo“ [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-06-16]. <http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=698&p_d=51452&p_k=1>.
137. Lietuvos Respublikos vyriausiojo valstybinio darbo inspektoriaus 2010 m. vasario 25 d. įsakymas Nr. V-77 [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-08-12]. Prieiga per internetą: <<http://www.vdi.lt/index.php?1042247467>>.
138. Vilniaus miesto savivaldybės tarybos 2007 m. rugsėjo 12 d. sprendimas Nr. 1-211 „Dėl Triukšmo prevencijos viešosiose vietose taisyklių tvirtinimo“ [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-07-12]. <www.vilnius.lt>.
139. Vilniaus miesto savivaldybės tarybos 2010 m. kovo 31 d. sprendimas Nr. 1-1485 „Dėl mažmeninės prekybos alkoholiniais gėrimais laiko apribojimo UAB „Malsita“ priklausancioje vyninėje „Prie Universiteto“ Dominikonų g. 9“ [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-07-12]. <www.vilnius.lt>.
140. Федеральный закон №52-ФЗ О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-07-25]. <<http://www.rospotrebnadzor.ru/documents/zakon/>>.

141. Федеральный закон №77-ФЗ О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-07-25]. < <http://www.rosпотребнадзор.ru/documents/zakon/>>.
142. Федеральный закон №157-ФЗ Об иммунопрофилактике инфекционных болезней [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-07-25]. < <http://www.rosпотребнадзор.ru/documents/zakon/>>.
143. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека 13.05.2010 письмо № 01/7249-10-32 „Анализ работы по организации и ведению социально-гигиенического мониторинга“ [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-07-25]. < <http://www.rosпотребнадзор.ru/documents/zakon/>>.
144. Act of 9 October 2008, regulating public health matters (Public Health Act) [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-12-22]. <<http://www.ephln.org/images/pdfs/public%20health%20act%202008%20the%20netherlands.pdf>>.
145. Public Health Act of Republic of Estonia [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-02-22]. <<http://faolex.fao.org/docs/texts/est37194.doc>>
146. Ārstniecības likums (Latvijas Republikos medicīnas galimību īstāšanas) [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-02-22]. <<http://www.likumi.lv/doc.php?id=44108>>.

Teismų praktika

147. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2009 m. gruodžio 11 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos valstybės tarnybos įstatymo 23 straipsnio 2 dalies (2002 m. balandžio 23 d., 2007 m. birželio 7 d. redakcijos) atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 148-6632.
148. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2009 m. rugsėjo 2 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos valstybinių socialinio draudimo pensijų įstatymo 30 straipsnio (2005 m. gegužės 19 d. redakcija), 32 straipsnio 4 dalies (2005 m. gegužės 19 d. redakcija) atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 106-4888.
149. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2008 m. rugsėjo 17 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymo 26 straipsnio 5 dalies (2003 m. lapkričio 20 d. redakcija), 17 dalies (2003 m. lapkričio 20 d. redakcija), 33 straipsnio (2003 m. lapkričio 20 d. redakcija) ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004 m. balandžio 7 d. nutarimu Nr. 383 „Dėl Mažmeninės prekybos tabako gaminių licencijavimo taisyklių ir Tabako gaminių pardavimo taisyklių patvirtinimo“ patvirtintų Mažmeninės prekybos tabako gaminių licencijavimo taisyklių 39 punkto (2006 m. gruodžio 18 d. redakcija), 40 punkto (2006 m. gruodžio 18 d. redakcija) atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 108-4136.
150. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004 m. balandžio 7 d. Nutarimu Nr. 383 „Dėl Mažmeninės prekybos tabako gaminių licencijavimo taisyklių ir Tabako gaminių pardavimo taisyklių patvirtinimo“ patvirtintų Mažmeninės prekybos tabako gaminių licencijavimo taisyklių 39 punkto (2006 m. gruodžio 18 d. redakcija), 40 punkto (2006 m. gruodžio 18 d. redakcija) atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 108-4136.
151. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2007 m. gegužės 5 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. liepos 11 d. nutarimo Nr. 899 „Dėl Minimalių kvalifikacinių valstybinių mokslo ir studijų institucijų mokslo darbuotojų, kitų tyrėjų ir dėstytojų pareigybų reikalavimų aprašo, Konkursų valstybinių mokslo ir studijų institucijų mokslo

- darbuotojų, kitų tyrėjų ir dėstytojų pareigas eiti organizavimo, mokslo darbuotojų, kitų tyrėjų ir dėstytojų atestavimo tvarkos aprašo ir Pedagoginių vardų suteikimo universitetuose tvarkos aprašo patvirtinimo“ (2005 m. rugpjūčio 18 d. redakcija) 2.3.1 punkto, šiuo Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu (2005 m. rugpjūčio 18 d. redakcija) patvirtinto Minimalių kvalifikacinių valstybinių mokslo ir studijų institucijų mokslo darbuotojų, kitų tyrėjų ir dėstytojų, dirbančių humanitarinių ir socialinių mokslų srityse, pareigybių reikalavimų aprašo (2005 m. rugpjūčio 18 d. redakcija) 2.2, 2.5, 3.1.2, 3.1.3, 3.1.4 punktų ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. liepos 18 d. nutarimu Nr. 962 „Dėl Habilitacijos tvarkos patvirtinimo“ patvirtintos habilitacijos tvarkos 3.1 punkto atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai. *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 52-2025.
152. Konstitucinio Teismo 2006 m. gruodžio 21 d. nutarimas Nr. „Dėl Lietuvos Respublikos Lietuvos nacionalinio radijo ir televizijos įstatymo 5 straipsnio (2000 m. birželio 29 d. redakcija) 5 dalies, 6 straipsnio 1, 3, 4 dalių (2000 m. birželio 29 d. redakcija), 10 straipsnio (2000 m. birželio 29 d. redakcija) 1 dalies, 15 straipsnio (2000 m. birželio 29 d. redakcija) 1, 2 dalių, Lietuvos Respublikos visuomenės informavimo įstatymo 31 straipsnio (2000 m. rugpjūčio 29 d. redakcija) 4 dalies atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 141-5430.
153. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2005 m. lapkričio 3 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymo 21 straipsnio 2 dalies (2000 m. kovo 16 d. redakcija), 3 dalies (2002 m. birželio 11 d. redakcija), 4 dalies (1999 m. gegužės 11 d. redakcija), 7 dalies (2002 m. birželio 11 d. redakcija) ir dėl šio įstatymo (2003 m. lapkričio 20 d. redakcija) 26 straipsnio 5, 7, 14 dalių atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 131-4743.
154. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2005 m. rugsėjo 29 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos farmacinės veiklos įstatymo 17 straipsnio (2002 m. birželio 4 d. redakcija) 4 dalies atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 117-4239.
155. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2005 m. vasario 7 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2000 m. gegužės 8 d. Nutarimu Nr. 506 „Dėl Nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų socialinio draudimo išmokų nuostatų patvirtinimo“ patvirtintų Nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų socialinio draudimo išmokų nuostatų 37 punkto (2000 m. gegužės 8 d. redakcija) atitikties Lietuvos Respublikos nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų socialinio draudimo įstatymo 29 straipsnio 1 daliai (1999 m. gruodžio 23 d., 2001 m. liepos 5 d. redakcijos. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 19-623.
156. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2004 m. sausio 26 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymo 1 straipsnio 4 dalies (1997 m. liepos 2 d. redakcija), 2 straipsnio 1 dalies (1995 m. balandžio 18 d. redakcija), 3 straipsnio 1 dalies 2 punkto (1995 m. balandžio 18 d. redakcija), 4 straipsnio 2 dalies (1998 m. gruodžio 10 d. redakcija), 13 straipsnio (2000 m. liepos 18 d. redakcija), 30 straipsnio 1 dalies (1997 m. liepos 2 d. redakcija) bei 44 straipsnio 4 dalies (2002 m. birželio 20 d. redakcija) ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. sausio 22 d. nutarimu Nr. 67 „Dėl Alkoholio produktų gamybos licencijavimo taisyklių patvirtinimo“ patvirtintų Alkoholio produktų gamybos licencijavimo taisyklių 7 bei 9 punktų (2001 m. sausio 22 d. redakcija) atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 15-465.
157. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2002 m. spalio 23 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos visuomenės informavimo įstatymo 8 straipsnio ir 14 straipsnio 3 dalies atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 104-4675.

158. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2002 m. kovo 14 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos farmacinės veiklos įstatymo 11 straipsnio 2 dalies atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 28-1003.
159. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2002 m. sausio 14 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos 2001 metų valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymo (2000 m. gruodžio 19 d. redakcija), Lietuvos Respublikos savivaldybių biudžetų pajamų dydį ir išlyginimą lemiančių rodiklių tvirtinimo 2001, 2002 ir 2003 metams įstatymo ir Lietuvos Respublikos žemės ūkio ekonominių santykių valstybinio reguliavimo įstatymo 16 straipsnio atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 5-186.
160. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2000 m. birželio 13 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos švietimo įstatymo 1 straipsnio 5 punkto, 10 straipsnio 3 ir 4 dalių, 15 straipsnio 1 dalies, 20 straipsnio, 21 straipsnio 2 punkto, 32 straipsnio 2 dalies, 34 straipsnio 2, 3 ir 4 dalių, 35 straipsnio 2 ir 5 punktų, 37 straipsnio 2 punkto ir 38 straipsnio 2 ir 3 punktų atitikimo Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*. 2000, Nr. 49-1424.
161. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2000 m. gegužės 8 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos operatyvinės veiklos įstatymo 2 straipsnio 12 dalies, 7 straipsnio 2 dalies 3 punkto, 11 straipsnio 1 dalies ir Lietuvos Respublikos baudžiamojo proceso kodekso 198-1 straipsnio 1 bei 2 dalių atitikimo Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*. 2000, Nr. 39-1105.
162. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 1997 m. vasario 13 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymo 1 ir 30 straipsnių, Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymo 1, 3 ir 11 straipsnių, taip pat Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1996 m. vasario 2 d. Nutarimo Nr. 179 „Dėl alkoholio reklamos kontrolės“ atitikimo Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*. 1997, Nr. 15-314.
163. *Price v. UK*, no. 33394/96, ECHR 2001-VII.
164. *Lopez Ostra v. Spain*, no. 16798/90, Series A no. 303.
165. *Powell and Rayner v. The United Kingdom*, no. 3/1989/163/219, series A No. 172.
166. Kolegijos sprendimas iš esmės: *Case Verein Gegen Tierfabriken Schweiz (VGT) v. Switzerland (No. 2)*, no. 32772/02.
167. Kolegijos sprendimas iš esmės: *Case Hertel v. Switzerland*, no. 59/1997/843/1049.
168. Kolegijos sprendimas iš esmės: *Enhorn v. Sweden*, no. 56529/00.
169. Kolegijos sprendimas iš esmės: *Hilda Hafsteinsdóttir v. Iceland*, no. 40905/98
170. Kolegijos sprendimas iš esmės: *Witold Litwa v. Poland*, no. 26629/95
171. *Case C-570/07 & C-571/07, José Manuel Blanco Pérez, María del Pilar Chao Gómez v. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios (C-570/07), Principado de Asturias (C-571/07)* [2010] ECR I-6325.
172. *Case C-405/98, Konsumentombudsmannen (KO) v. Gourmet International Products AB (GIP)* [2001] ECR I-01795.
173. *Case C-446/05, Tribunal de première instance de Bruxelles v. Ioannis Doulamis* [2008] OL C 116.
174. *Case C-157/99, B. M. S. Smits-Geraets v. Stichting Ziekenfonds VGZ, H. T. M. Peerbooms v. Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen* [2001] ECR I-05473

175. Generalinio Advokato Yves Bot išvada, pateikta 2007 m. lapkričio 22 d. Europos Teisingumo Teismo byla Nr. C-446/05 „Procureur du Roi prieš Ioannis Doulamiš“ [interaktyvi]. <<http://eur-lex.europa.eu/>>.
176. Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2009 m. kovo 24 d. aprobuotos Lietuvos Aukščiausiojo Teismo nutarčių, priimtų nagrinėjant bylas, kylančias iš darbo teisinių santykių, santraukos. *Teismų praktika*. 2009, Nr. 30.
177. Lietuvos Aukščiausiojo Teismo senato 2004 m. birželio mėn. 18 d. nutarimas Nr. 45 „Lietuvos Respublikos teismų praktikos, taikant Darbo kodekso normas, reglamentuojančias darbo sutarties nutraukimą pagal Darbo kodekso 136 straipsnio 3 dalies 1 ir 2 punktus, apibendrinimo apžvalga“. *Teismų praktika*. 2004, Nr. 21.
178. Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus 2010 m. balandžio mėn. 13 d. nutartis civilinėje byloje M. K., D. K., P. K. v. UAB „Romtransa“, UAB „Cargo Via“, Vilniaus teritorinė muitinė (bylos Nr. 3K-3-174/2010).
179. Lietuvos apeliacinio teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2010 m. gegužės mėn. 14 d. nutartis civilinėje byloje Valstybinių ir privačių įmonių profesinė sąjunga v. UAB „Yazaki Wiring Technologies Lietuva“ (bylos Nr. 2A-148/2010).
180. Lietuvos apeliacinio teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2009 m. sausio 27 d. nutartis civilinėje byloje V. P. ir M. P. v. UAB „Jaugidė“ ir Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos Vilniaus skyrius (bylos Nr. 2A-118/2009).
181. Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo teisėjų kolegijos 2010 m. spalio 4 d. nutartis administracinėje byloje S. Š. v. Lietuvos Respublikos valstybinės darbo inspekcijos Šiaulių skyrius (bylos Nr. N-575-2263/2010).
182. Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo teisėjų kolegijos 2010 m. liepos 23 d. nutartis administracinėje byloje UAB „Kristiana“ v. Valstybinė tabako ir alkoholio kontrolės tarnyba prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės (bylos Nr. AS-143-459/2010).
183. Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2010 m. vasario mėn. 24 d. aprobuotas Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo praktikos, taikant statybos teisinius santykius reglamentuojančias teisės normas, apibendrinimas. *Administracinė jurisprudencija*. 2010, Nr. 18.
184. Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo teisėjų kolegijos 2010 m. birželio 7 d. nutartis administracinėje byloje UAB „Kristiana“ v. Valstybinė tabako ir alkoholio kontrolės tarnyba prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės (bylos Nr. AS-143-108/2010).
185. Lietuvos Vyriausiojo Administracinio Teismo teisėjų kolegijos 2010 m. gegužės mėn. 31 d. nutartis administracinėje byloje AB „Alita“ v. Valstybinė tabako ir alkoholio kontrolės tarnyba prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės (bylos Nr. A-444-663/2010).
186. Lietuvos Vyriausiojo Administracinio Teismo 2009 m. birželio mėn. 30 d. aprobuotas Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo praktikos, taikant teritorijų planavimą reglamentuojančias teisės normas, apibendrinimas. *Administracinė jurisprudencija*. 2009, Nr. 17.

Kita literatūra

187. Allin, S., et al. *Making decisions on public health: a review of eight countries*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies [interaktyvus]. [Žiūrėta 2009 10 30]. <<http://www.euro.who.int/document/e84884.pdf>>.

188. Ambrozaitis, A. *Infekcinių ligų vadovas*. Vilnius: Vaistų žinios, 2010.
189. Andriulionis, G. *Asmens biologinės būties autonomiškumas kaip teisinė kategorija*. Daktaro disertacija. Socialiniai mokslai (teisė). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2006.
190. Ašmenskas, J., et al. *Aplinkos medicina*. Vilnius: Avicena, 1997.
191. Bajorienė, A. *Metodinė medžiaga „Kaip taikyti administracinę atsakomybę“*. Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Vilnius, 2010.
192. Beauchamp, D. E. Community: The neglected tradition of public health. *Hastings Center Rep.* 1985;15(6).
193. Beauchamp, T.L., Faden, R.R. The right to health and the right to health care. *The journal of medicine and philosophy*. 1979, 4(2):118-131.
194. Benenson, A. S., et al. *Control of Communicable Diseases Manual, Sixteenth Edition*. Washington, DC: American Public Health Association, 1995.
195. Beliūnienė, L. *The Right to Health Protection*. Human rights in Lithuania. Vilnius: Naujos sistemos, 2005.
196. Birmontienė, T. The influence of the rulings of the Constitutional Court on the development of Health law in Lithuania. *European Journal of Health Law*. 2007, 14:321-333.
197. Birmontienė, T. Health legislation in Eastern European Countries: the Baltic States. *European Journal of Health Law*. 2004, 11:77-86.
198. Birmontienė, T., et al. *Lietuvos konstitucinė teisė: Vadovėlis*. Vilnius: Lietuvos teisės universiteto Leidybos centras, 2001.
199. Byrnes, A. C. The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women and the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women: Reflections on Their Role in the Development of International Human Rights Law and as a Catalyst for National Legislative and Policy Reform. *UNSW Law Research Paper*. 2010.
200. Blendon, R. J., et al., Attitudes toward the use of quarantine in a public health emergency in four countries. *Health Affairs*, 2006, 25(2):15-20.
201. Buivydas, R., et al. *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*. Vilnius: Elfrata, 2010.
202. Burris, S. The Invisibility of Public Health: Population-Level Measures in a Politics of Market Individualism. *American journal of public health*. 1997, 87.
203. Butler, J. A. Prevention may be more expensive than cure. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1993, (86):341-344.
204. Bužinskas, G., et al. *Lietuvos Respublikos darbo kodekso komentaras III dalis Individualūs darbo santykiai*. Vilnius: Justitia, 2004.
205. Case William Arthur Greene v. Hugh S. Edwards, M.D. [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-08-14]. <<http://www.publichealthlaw.net/Reader/docs/Greene.pdf>>.
206. Case Washington v. Harper [interaktyvi]. [žiūrėta 2010-08-12]. <<http://supreme.justia.com/us/494/210/>>.
207. Cetron, M., et al. Quarantine: Voluntary or Not? *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 2004, 32.
208. Craven, M.C.R. *The International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights: a perspective on its development*. New York: Clarendon paperbacks, 2001.
209. Čelkis, P. Visuomenės teisės į sveikatą būklė Lietuvoje. *Visuomenės sveikata*, 2007; 3(38)

210. Čelkis, P. Visuomenės sveikatos priežiūra, kaip asmens teisės į sveikatą įgyvendinimo priemonė. *Visuomenės sveikata*, 2010; 1(48).
211. Čelkis, P. Asmens teisės į sveikatos priežiūrą realizavimas visuomenės sveikatos priežiūros vadyboje. *Sveikatos politika ir valdymas*. Mykolo Riomerio Universitetas, Vilnius. 2010 1(2).
212. Čelkis, P., Venckienė, E. Concept of the right to health care. *Jurisprudencija*. 2011, 18(1).
213. CNN: Evening Buzz: Autism & Vaccines, Rising Uproar [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-02-01]. <<http://ac360.blogs.cnn.com/2011/01/06/evening-buzz-autism-vaccines-rising-uproar/>>.
214. CNN: Retracted autism study an 'elaborate fraud,' British journal finds [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-02-01]. <<http://edition.cnn.com/2011/HEALTH/01/05/autism.vaccines/index.html?hpt=T1&iref=BN1>>.
215. Commission on Human Rights resolution 2002/31 *The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. Prieiga per internetą adresu: <<http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/5f07e25ce34edd01c1256ba60056deff?Opendocument>>.
216. Conquering suffering, enriching humanity. World Health Report 1997 [interaktyvus]. [žiūrėta 2003-12-04]. <<http://www.who.int/whr2001/2001/archives/1997/index.htm>>.
217. *Constitution of the World Health Organization* [interaktyvi]. [žiūrėta 2010-02-03]. <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>.
218. Dabartinės lietuvių kalbos žodynas [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-11-11]. <<http://www.lki.lt/dlkz/>>.
219. Declaration of Alma-Ata. *International Conference on Primary Health Care*. Alma-Ata, USSR [interaktyvi]. [žiūrėta 2007-12-27]. <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf>.
220. Declich, S., Carter, A. O. Public health surveillance: historical origins, methods and evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 1994, 72 (2).
221. Dute, J. *The leading principles of the convention on human rights and biomedicine. Health law, human rights and the biomedicine convention (Essays in Honour of Henriette Roscam Abbing)*. Leiden: Koninklijke Brill NV, 2005.
222. Dute, J. Communicable diseases and human rights. *European Journal of Health Law*. 2004, 11.
223. Dunt, D. R., Crowley, S., Day, N. A. Is prevention really better than cure? Parameters of the debate and implications for program evaluation design. *Health promotion international*. 1995, 10(4): 325-334.
224. Eylesbosch, W. J., Noah, N. D. *Surveillance in health and disease*. Oxford: Oxford University Press, 1988.
225. Evans, R. G., Stoddart, G. L. *Producing Health, Consuming Health Care*. London: Pergamon Press plc., 1990.
226. Elzbergas, T. Paciento teisė į sveikatos priežiūros paslaugas kitose ES valstybėse narėse. *Socialinių mokslų studijos*. 2010, 1(5):337-364.
227. Europos Parlamento 2009 m. kovo 24 d. rezoliucija dėl kovos su moterų lyties organų žalojimu ES [interaktyvi]. [žiūrėta 2011-02-23]. <<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:117E:0052:0059:LT:PDF>>.
228. Fidler, F. P. A globalized theory of public health law. *The journal of law, medicine & ethics*. 2002, 30.

229. Finnis, J. *Natural Law and natural Rights*. Oxford: Oxford University Press, 1986.
230. Fluss, S. S. The development of national health legislation in Europe: the contribution of international organizations. *European journal of health law*. 1995, 2:193-237.
231. Gaidys, G. Žmogaus teisės į sveiką aplinką statuso identifikavimo problemos. *Socialinių mokslų studijos*. 2009, 1(1).
232. Garcia-Abreu, A., Halperin, W., Danel, I. *Public health surveillance: Toolkit*. Washington: World bank, 2002.
233. Gefenas, E. *Šiuolaikinės medicininės etikos problemos: asmens autonomija ir paternalizmas*. Daktaro disertacija. Filosofija. Vilnius: Filosofijos, sociologijos ir teisės institutas ir Vytauto Didžiojo universitetas.
234. General Comment No. 06: The right to life (art. 6):1982.04.30.CCPR General Comment No. 6. (General Comments) [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-11-02]. <<http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/84ab9690ccd81fc7c12563ed0046fae3>>.
235. General comment No. 14 (2000) *Substantive issues arising in the implementation of the international Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: The right to the highest standart of health*. United Nations Economic and Social council [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-07-21]. <<http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm>>.
236. General Comment No.06: The right to life (art. 6):1982.04.30.CCPR General Comment No. 6. (General Comments). Prieiga per internetą adresu: <<http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/84ab9690ccd81fc7c12563ed0046fae3>>.
237. General comment No. 4 (2003): Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child. The Committee on the Rights of the Child [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-12-21]. <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G03/427/24/PDF/G0342724.pdf?OpenElement>>.
238. General comment No. 5 (2003): General measures of implementation of the Convention on the Rights of the Child (arts. 4, 42 and 44, para. 6). The Committee on the Rights of the Child [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-12-21]. <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G03/455/14/PDF/G0345514.pdf?OpenElement>>.
239. General Recommendation No. 24 (20th session, 1999) (article 12 : Women and health). Committee on the Elimination of Discrimination against Women [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-01-12]. <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom24>>.
240. Gevers, S. The right to Health Care. *European Journal of Health Law*. 2004, 11: 29-34.
241. Gevers, S. Health Law in Europe: From the Present to the Future. *European Journal of Health Law*. 2008, 15: 261-272.
242. Grabauskas, V., et al. *Suaugusiųjų Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimas*. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2003.
243. Grad, F. P. *Public health law: its form, function, future and ethical parameters*. International Digest of Health Legislation, 1998, 49 (1).
244. Groot, R. D., *Right to health care and scarcity of resources*. Health law, human rights and the biomedicine convention (Essays in Honour of Henriette Roscam Abbing). – Leiden: Koninklijke Brill NV, 2005.

245. Gomien, D., Harris, D. J.; Zwaak L. *Council of Europe. Law and practice of the European Convention on Human Rights and the European Social Charter*. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 1996.
246. Gostin, L. O. *Public health law. Power, Duty, Restraint*. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press, 2008.
247. Gostin, L. O. *Public health law. Power, Duty, Restraint*. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press, 2000.
248. Gostin, L. O. Public health theory and practice in the constitutional design. *Health matrix*. 2001, 11(2):265-326.
249. Gostin, L. O., Hodge, J. G., Valdiserri, R. O. Informational privacy and the public's health: the Model State Public Health Privacy Act. *American journal of public health*. 2001, 91(9):1388-92.
250. Gostin, L. O. Public health law reform. *American journal of public health*. 2001, 91(9):1365-8.
251. Gostin, L. O., Erickson, D. L., Street, J., Mills, S. P. The power to act: two model state statutes. *The Journal of law, medicine & ethics*. 2002, 30.
252. Gostin, L. O., Bayer, R., Fairchild, A. L. Ethical and legal challenges posed by severe acute respiratory syndrome: implications for the control of severe infectious disease threats. *The journal of the American Medical Association*. 2004, 290(24):3229-37.
253. Gostin, L. O., Hodge, J. G., Gebbie, K., Erickson, D. L. Transforming public health law: the Turning Point Model State Public Health Act. *The Journal of law, medicine & ethics*. 2006, 34(1):77-84.
254. Goodman, T. Is there a right to health? *Journal of Medicine and Philosophy* [interaktyvus]. 2005, 30:644 [žiūrėta 2011-03-14]. <<http://jmp.oxfordjournals.org/content/30/6/643.full.pdf+html>>.
255. Hendriks, A. The right to Health in National and International Jurisprudence. *European Journal of Health Law*. 1998, 5:389-408.
256. Hodge, J. G., et al. Transforming public health law: The Turning Point Model State Public Health Act. *The journal of Law, Medicine, and Ethics*. 2006, 34(1):77-84.
257. Hollander, A. E., et al. An aggregate public health indicator to represent the impact of multiple environmental exposure. *Epidemiology*. 1999, 10(5):606-617.
258. Howard-Hassmann, R., Donnelly, J. Assessing National Human Rights Performance: a Theoretical Framework. *Human Rights Quarterly*. 1988, 10(2).
259. Jamar, S. D. The international human right to health. *Southern University Law Review*. 1994, 22.
260. James, L. S. The Conceptualization of Health. *Medical Care Research and Review*. 1999, 56(2).
261. Javtokas, Z. *Sveikatos stiprinimo konspektas* [Elektroninis leidinys]. Vilnius, 2009.
262. Jočienė, D., Čilinskas, K. *Žmogaus teisių apsaugos problemos tarptautinėje ir Lietuvos Respublikos teisėje* [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-03-03]. <<http://www3.lrs.lt/owa-bin/owarepl/inter/owa/U0120826.pdf>>.
263. Jungtinių Tautų vystymo programos 1990 m. pranešimas apie žmogaus socialinę raidą [interaktyvus]. <<http://hdr.undp.org/2006>>.

264. Jurgelėnas, A., Juozulynas, A. Kai kurie Lietuvos žmonių socialinės sveikatos bruožai. *Sveikatos mokslai*. 2001, 3–4:41.
265. Juškevičius, J. Teisės principų taikymas norminant sveikatos priežiūros sritį. *Jurisprudencija*. 2008, 12(114):7-18.
266. Juškevičius, J., Balsienė, J. Human rights in health care: some remarks on the limits of the right to healthcare. *Jurisprudencija*. 2010, 4(122).
267. Kalėdienė, R., Petrauskienė, J., Rimpelä, A., *Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika*. Kaunas: Šviesa, 1999.
268. Kauno diena. *Keliuose – beveik trečdaliu mažiau žuvusių* [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-11-02]. <<http://kauno.diena.lt/naujienos/transportas/keliuose-beveik-trecdaliu-maziau-zuvusiu-287829>>.
269. Kauno diena. *Vaikų darželyje paskelbtas karantinas*. [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-11-23]. <<http://kauno.diena.lt/dienrastis/miestas/vaiku-darzelyje-paskelbtas-karantinas-222385>>.
270. Kauno medicinos universiteto Profilaktinės medicinos katedra ir Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos. *Valstybės tabako kontrolės veiksmingumo įvertinimas*. Kaunas: Kauno medicinos universiteto Profilaktinės medicinos katedra ir Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos, 2006.
271. Kinney, E. D. The international human right to health: what does this mean for our nation and world? *Indiana law review* [interaktyvus]. 2001, 34:1458. [žiūrėta 2010-08-22]. <http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=296394>.
272. Komisijos komunikatas Tarybai, Europos Parlamentui, Europos Ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui „Europos aplinkos ir sveikatos veiksmų planas 2004-2010 metams“ /KOM/2004/0416 galutinis/.
273. Lapinskas, K. *Asmens socialinių teisių apsaugos klausimai Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo jurisprudencijoje* [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-01-22]. <www.lrkt.lt/PKonferencijose/08.pdf>.
274. Langmuir, A. D. The surveillance of communicable diseases of national importance. *The New England journal of medicine*. 1963, 268:182-192.
275. Leenen, H. J. J. Health law and health legislation: possibilities and limits. *International Digest of Health Legislation*. 1998, 49(1):77–87.
276. Leonard, E. W. The public's right to health: when patient rights threaten the commons. *Washington university law review*. 2009, 86(6).
277. Lietuvių kalbos žodynas [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-02-03]. <www.lkz.lt/>.
278. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo oficialiosios konstitucinės doktrinos nuostatos 1993-2009. Vilnius: Baltijos kopija, 2010.
279. Lietuvos gydytojų vadovų sąjungos informacija. *Kaip vykdysime savivaldybių visuomenės sveikatos stebėseną?*. Gydomo menas. 2004 m. Nr.1.
280. Lietuvos automobilių kelių direkcijos prie Susisiekimo ministerijos interneto svetainės „Saugaus eismo klipai“ „Bendra informacija“ [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-11-02]. <www.lra.lt>.
281. Lietuvos Respublikos valstybinės darbo inspekcijos ataskaita apie darbuotojų saugos ir sveikatos būklę bei darbo įstatymų vykdymą Lietuvos Respublikos įmonėse, įstaigose ir

- organizacijose 2009 metais. 2010 m. gegužės 31 d. Nr. NSD – 5. Vilnius [interaktyvi]. [žiūrėta 2010-08-12]. <<http://www.vdi.lt/index.php?1716170122>>.
282. Lietuvos Respublikos valstybinės darbo inspekcijos veiklos plano 2010 metų tikslams, kryptims bei uždaviniams, atsižvelgiant į rizikas, įgyvendinimo priemonės, patvirtintos Lietuvos Respublikos vyriausiojo valstybinio darbo inspektoriaus 2010 m. vasario 25 d. įsakymu Nr. V-77 [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-08-12]. <<http://www.vdi.lt/index.php?1042247467>>.
283. Lietuvos viešojo administravimo institutas. Mokymo programų ir modulių sąrašas [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-02-02]. <www.livadis.lt>.
284. McDowell, I., Newell, C. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press, 1987.
285. Marcijonas, A.; Sudavičius, B. *Ekologinė teisė*. Vilnius: Eugrimas, 1996.
286. Martin, R., et al. Pandemic influenza control in Europe and the constraints resulting from incoherent public health laws. *Biomed Central Public Health*. 2010, 10:532.
287. Martin, R., The exercise of public health powers in cases of infectious disease: human rights implications. *Medical law review*. 2006:14.
288. Miliauskaitė, K. *Žmogaus teisių sistema civilizacijų sambūryje*. Daktaro disertacija. Socialiniai mokslai (teisė). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2004.
289. Molinari, P. A. The right to health: from the solemnity of declarations to the challenges of practice. *International Digest of Health Legislation*, 1998, 49(1):41-60.
290. Mowbray, A. Compulsory detention to prevent the spreading of infectious diseases. *Human rights law review*. 2005, 5:2:388-391.
291. Naidoo, J., Wills, J., *Health promotion – foundations for practice*. London: Elsevier Health Sciences, 2000.
292. Ncayiyana, D., et al. *New Public Health and the WHO's Ninth General Program of Work: A Discussion Paper*. Geneva, World Health Organization, 1995.
293. Nys, H. The Biomedicine Convention as an Object and a Stimulus for Comparative Research in the European Journal of Health Law. *European Journal of Health Law*. 2008, 15:273-283.
294. Nys, H., Wijmen, F. V. Maastricht 2002: Health law in an Era of Globalization. *European Journal of Health Law*. 2002, 9:1-4.
295. Novick, L. F., et al. *Public health administration – principles for population-based management*. Ontario: Jones and Bartlett, 2008.
296. Nutbeam, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into 21st century. *Health promotion international*. 2000, 15(3).
297. Obrist, B., et al. Access to Health Care in Contexts of Livelihood Insecurity: A Framework for Analysis and Action. *PLoS Medicine*. 2007, 4(10):308.
298. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-02-23]. <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf>.
299. Parma Declaration on Environment and Health [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-02-23]. <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/78608/E93618.pdf>.

300. Parmet, E., Robbins, A. Public health literacy for lawyers. *The journal of law, medicine & ethics*. 2003, 31(4).
301. *Pasaulio sveikatos organizacijos Tabako kontrolės pagrindų konvencija* [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-02-01]. <<http://koalicija.org/serveris/failai/konvencija.doc>>.
302. Patterson, D., London, L. International law, human rights and HIV/AIDS. *Bulletin of the World Health Organization*. 2002, 80(12):964-969.
303. Pellegrino, E. D. Aristotle and the Right to Health Care: A Cautionary Tale Appendix to Scope Note 20, 2008. At the National Reference Center for Bioethics Literature [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-06-06]. <http://bioethics.georgetown.edu/publications/scopenotes/sn20_appendix.pdf>.
304. Petkuvienė, R. *Žmogaus teisių įgyvendinimo galimybės ir ribos Lietuvoje*. Daktaro disertacija. Socialiniai mokslai (teisė). Vilnius: Mykolo Riomerio Universitetas, 2009, P. 23.
305. Project Bioshield Act [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-12-28]. <http://biotech.law.lsu.edu/cases/vaccines/Jacobson_v_Massachusetts.htm>
306. Pumputis, A. *Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija ir jos įgyvendinimo mechanizmas*. Vilnius: Lietuvos teisės universiteto Leidybos centras, 2000.
307. Purpose and practise of Public health. *Ten essential services*. American Association of Public Health essential public health services work group [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-01-12] <<http://www.nnpd.org/content/downloads/Ten-Essential-Public-Health-Services.pdf>>.
308. Ragulskytė-Markovienė, R., Marcijonas, A. Poveikio visuomenės sveikatai ir aplinkai vertinimo santykio problema. *Sveikatos mokslai*. 2006, 1-2:112-115.
309. Rapolevičiūtė, A. Sveikatos priežiūros reforma: visuomenės lūkesčiai, vykdytojų ir ekspertų vertinimai. *Lietuvos medicinos kronika*, 2006, 07-08(130-131):4.
310. Resolution 2002/31 *The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. Commission on Human Rights [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-08-27]. <<http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/5f07e25ce34edd01c1256ba60056deff?Opendocument>>.
311. Registrų sąrašo duomenų bazė [interaktyvi]. [žiūrėta 2010-11-10]. <<http://www.registrai.lt>>.
312. Robert, J. B. et al., Attitudes toward the use of quarantine in a public health emergency in four countries. *Health Affairs (web exclusive)*, 2006.
313. Roemer, R. The right to health care-gains and gaps. *American Journal of public health*, 1988, 78(3):241-247.
314. Roemer, R. Health legislation as a tool for public health and health policy. *International Digest of Health Legislation*. 1998, 49(1):89-100.
315. Roscam Abbing, H. D. C. The Right to Care for Health: The Contribution of the European Social Charter. *European Journal of Health Law*. 2005,12:183-191.
316. Roscam Abbing, H. D. C. "The Convention on Human Rights and Biomedicine. An appraisal of the Council of Europe Convention". *European Journal for Health Law*. 1998, 377-387.
317. Roscam Abbing, H. D. C. Responsibility for quality of health care. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*. 1994; 138.
318. Roscam Abbing, H. D. C. Rights of patients in the European context, ten years and after. *European journal of health law*. 2004; 11(1):7-15.
319. Roscam Abbing, H. D. C. Problem doctors and patients' right to good quality care in the European Union. *European journal of health law*. 2009; 16(4):301-8.

320. Roscam Abbing, H. D. C. Patients' rights in a technology and market driven-Europe. *European journal of health law*. 2010; 7(1):11-22.
321. Roscam Abbing, H. D. C. The consent principle and diagnostic studies for HIV infection. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*. 01/09/1987; 131(33):1420-2.
322. Roscam Abbing, H. D. C. Sexually transmissible diseases and contact tracing: various legal observations. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*. 1989; 133(16):838-40.
323. Roscam Abbing, H. D. C. The future impact of AIDS on society. *Antibiotics and chemotherapy*. 1991; 43:264-71.
324. Roscam Abbing, H. D. C. Health, human rights, and health law: the move towards internationalization, with special emphasis on Europe. *International Digest of Health Legislation*. 1998, 49 (1):101-112.
325. Shelton, D. Human Rights and the Environment: Jurisprudence of Human Rights Bodies [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-022]. <http://www2.ohchr.org/english/issues/environment/environ/bp2.htm#_ftnref34>.
326. Saltman, R. B., et al. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham: Open University Press, 1998.
327. Sick building syndrome, World Health Organization Regional Office for Europe. 1995.
328. Supulveda, M. M. *The nature of the obligations under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Mortsel: Intersentia, 2003.
329. Spruogis, E. *Šiuolaikinės demokratinės valstybės socialinė paskirtis ir funkcijos*. Daktaro disertacija. Socialiniai mokslai (teisė). Vilnius: Mykolo Riomerio universitetas, 2002.
330. Šlapkauskas, V. Pasitikėjimas – teisės socialinio veiksmingumo veiksnys. *Jurisprudencija*. 2002, 24(16).
331. Šlapkauskas, V. *Teisės sociologijos pagrindai*. Vilnius: Mykolo Riomerio universitetas, 2004.
332. Steponavičienė, G. *Sveikatos apsaugos reforma turi paisyti ekonomikos dėsnių* [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-03-28]. <http://www.lrinka.lt/index.php?act=main&item_id=3309>.
333. Stoškus, K. *Sveikata ir liga* [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-02-23]. <<http://bioetika.sam.lt/index.php?1870889932>>.
334. *Susirgimų salmonelioze nemažėja, daugėja protrūkių* [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-12-05]. <<http://kaunas.vvspt.lt/naujienos/susirgimu-salmonelioze-nemazeja-daugeja-protrukiu/>>.
335. *Sveikatos apsaugos reforma truks trejus metus* [Interaktyvus]. [žiūrėta 2011-03-22]. <<http://www.lrytas.lt/-12466176191246093123-sveikatos-apsaugos-reforma-truks-trejus-metus-video.htm>>.
336. *Sveikata 21: pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione* (vertimas iš anglų kalbos). Vilnius: Era, 1998.
337. The future of Public Health. *Committee for the study of future for public health, Institute of medicine*. Washington: National Academy Press [interaktyvus]. <http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=1091&page=1>.
338. Tobey, J. A. Public Health Law: A Manual for Sanitarians. *American Journal of the Medical Sciences*. 1926, 172(5).
339. Tulchinsky, T. H., Varavikova, E. A. *The new public health. An introduction for the 21st century*. San Diego: Academic press, 2000.
340. Usonis, V. *Vakcinų ir skiepėjimas*. Vilnius: Homo liber, 2010

341. Vadapalas, V. *Tarptautinė teisė*. Vilnius: Eugrimas, 2006.
342. Vaišvila, A. *Teisės teorija*. Vilnius: Justitia, 2004.
343. Vaišvila, A. *Teisės teorija*. Vilnius: Justitia, 2009.
344. Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos Metinis leidinys 2009 [interaktyvus]. [žiūrėta 2010-11-24]. <www.vvspt.lt>.
345. Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Bendrojo lavinimo mokyklų visuomenės sveikatos saugos kontrolės 2010 m. pažyma [interaktyvi]. [žiūrėta 2010-11-23]. <www.vvspt.lt>.
346. Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir Higienos institutas. *Nacionalinė aplinkos sveikatinimo veiksmų 2003-2006 metų programos įgyvendinimo įvertinimo ataskaita*. Vilnius: Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos, 2007.
347. Valstybės kontrolė. 2006 m. gegužės 31 d. Valstybinio audito Nr. VA-2010-6-7 ataskaita visuomenės sveikatos priežiūros stiprinimas [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-02-03]. <www.vkontrolė.lt>.
348. Van der Geest, S. The definition of health: W. Wright, *The Social Logic of Health*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1982 Review article. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1985, 9.
349. Wright, W. *The Social Logic of Health*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1982.
350. Федорова, М. Ю. *Медицинское право: учеб пособие вузов*. М. Гуманит Издательский центр Владос.

Autoriaus skelbtų mokslinių publikacijų disertacijos tema sąrašas

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

Pranešimai konferencijose

1. Čelkis, P. Rizikos poveikio vertinimas Europos Sąjungos teisėkūroje. Mokslinė konferencija–diskusija. „Teisės socialinis veikimas“. 2003 m. balandžio 29 d., Mykolo Romerio universitetas.
2. Čelkis, P. Visuomenės sveikatos plėtra Europos Sąjungos teisėje. Tarptautinė mokslinė–praktinė konferencija. „Lietuvos sveikatos sistemos plėtra vieningoje Europoje“. 2003 m. gegužės 16-17 d., Sveikatos apsaugos ministerija ir Lietuvos sveikatos apsaugos vadybos draugija.

Čelkis, Paulius

VISUOMENĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS TEISINIS REGULIAVIMAS ĮGYVENDINANT TEISĘ Į SVEIKATOS APSAUGĄ: daktaro disertacija. – Vilnius: Mykolo Romerio universiteto leidyba, 2011. – 216 p.

Bibliogr. 194–215 p.

ISBN 978-9955-19-371-5

Disertacinio darbo tyrimo objektas yra visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas ir jo įvertinimas teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo požiūriu. Darbe nagrinėjama visuomenės sveikatos priežiūros samprata, išskiriami visuomenės sveikatos priežiūrai keliami tikslai ir aptariamos sritys (priemonės), kuriomis tikslai įgyvendinami. Taip pat atskleidžiama teisės į sveikatos apsaugą samprata, kas leidžia apibrėžti pastarosios turinį, kuris lems sveikatos priežiūros teisinio reglamentavimo apimtį. Nacionalinis visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas vertinamas teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo aspektu: ar esamas teisinis reguliavimas sudaro prielaidas įgyvendinti teisės į sveikatos apsaugą kiekybinius ir kokybinius turinio parametrus ir ar tai lemia, kad asmeniui sudaromos saugios gyvenimo, darbo ir laisvalaikio sąlygos, ar valstybėje funkcionuoja sveikatos stiprinimo ir stebėsenos sistemos, ar valstybės sukurti mechanizmai apsaugo sveikatą esant ligų protrūkiams. Šie ir kiti klausimai analizuojami sistemškai, siekiant ne tik atskleisti nacionalinio visuomenės sveikatos priežiūros teisinio reglamentavimo ypatumus, bet ir pateikti siūlymus, kaip jį tobulinti. Įvertintas visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo požiūriu leido apibrėžti pastarojo galimybes ir ribas, nustatyti teisinio reguliavimo tobulinimo gaires.

The dissertation research object is public health legal regulation and its evaluation in regards to the implementing the right to health care. Paper explores the understanding of public health, separating the goals and discussed spheres (methods) of public health, with which the goals are realized. It also reveals the understanding of the right to health care, allowing definition of the latter's content, which determines the extent of health care legal regulation. National public health legal regulation is evaluated in the aspect of the right to health care implementation: does the present legal regulation create preconditions to implement the right to health care content's quantity and quality parameters and whether this determines if safe life, work and leisure conditions are provided for the individual, if the nation has functioning systems of health promotion and monitoring, if the nation-created mechanisms protect health in the case of a disease outbreak. These and other questions are analyzed systematically, aiming not only to reveal national public health legal regulation singularities, but also to provide proposals on how to improve it. Evaluated public health legal regulation right's to health care implementation outlook, allowed to define the latter's possibilities and limits, to ascertain the legal regulation improvement guidelines.

Paulius Čelkis

VISUOMENĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS TEISINIS REGULIAVIMAS
ĮGYVENDINANT TEISĘ Į SVEIKATOS APSAUGĄ

Doctoral Dissertation

Maketavo Daiva Šepetauskaitė

SL 585. 2011 10 20. 9,95 leidyb. apsk. l.

Tiražas 20 egz. Užsakymas 14 398

Išleido Mykolo Romerio universitetas

Ateities g. 20, Vilnius

Puslapis internete www.mruni.eu

El. paštas leidyba@mruni.eu

Parengė spaudai UAB „Baltijos kopija“

Kareivių g. 13B, Vilnius

Puslapis internete www.kopija.lt

El. paštas info@kopija.lt

Spausdino UAB „Vitae Litera“

Kurpių g. 5–3, Kaunas

Puslapis internete www.bpg.lt

El. paštas info@bpg.lt