

MYKOLO RIOMERIO UNIVERSITETO
TEISĖS FAKULTETO
DARBO TEISĖS IR SOCIALINĖS SAUGOS KATEDRA

MARIJA PANCERYTĖ
TEISĖS IR VALDYMO PROGRAMA

SVEIKATOS TEISINĖ REFORMA LIETUVOJE

Magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovas –
Prof. dr. Juozas Tartilas

Vilnius, 2008

Turinys

1	ĮVADAS	3
2	SVEIKATOS TEISĖ – NAUJA TEISĖS SRITIS LIETUVOJE	6
2.1	Sveikatos teisė, kaip nacionalinės teisės sritis	6
2.2	Sveikatos teisės raidos Lietuvoje istoriniai aspektai	7
2.2.1	Sveikatos apsaugos ministerijos įkūrimas	7
2.2.2	Nacionalinės sveikatos koncepcijos patvirtinimas	8
2.2.3	Įstatymų bazės kūrimas	9
2.2.4	Sveikatos apsaugos reformų biuro veikla	11
2.2.5	Pradinis reformos vertinimas	16
3	SVEIKATINIMO VEIKLOS ĮSTATYMINIAI PAGRINDAI	19
3.1	Sveikatos teisės konstituciniai principai	19
3.2	Paciento teisių reglamentavimas Lietuvos Respublikos teisės aktuose	20
3.2.1	Paciento teisės ir pareigos	20
3.2.2	Gydytojų ir pacientų teisinių santykių civilinė prigimtis	22
3.2.3	Gydytojų ir pacientų teisinių santykių išskirtinumas	23
3.3	Sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės draudimas	26
3.4	Įstatyminė sveikatos draudimo schema	29
3.4.1	Privalomojo sveikatos draudimo aktualumas	29
3.4.2	Pirmo reformų etapo teigiami rezultatai	32
3.4.3	Struktūros reformos būtinybė	33
3.5	Papildomas sveikatos draudimas	34
3.6	Prioritetinis pirminės sveikatos priežiūros įstaigų plėtojimas	37
3.7	Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija	40
3.8	Visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reglamentavimas	43
3.8.1	Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros strategija	43
3.8.2	Tobulinama visuomenės sveikatos sistemos teisinė bazė	45
3.8.3	Visuomenės sveikatos priežiūros reformos įvertinimas	46
3.9	Įstatyminė bazė, reglamentuojančios gydytojų skaičių, apžvalga	47
4	SVEIKATOS SISTEMA D.BRITANIJOJE	51
5	SVEIKATOS TEISĖS REFORMOS LIETUVOJE ĮVERTINIMAS	53
6	IŠVADOS	57
7	LITERATŪROS SĄRAŠAS	58

1 ĮVADAS

Pagrindinės sveikatos priežiūros sistemos ilgalaikės raidos strategijos kryptys – sveikatos sistemos reforma, atitinkanti Europos Sąjungos teisės reikalavimus; visuomenės sveikatos stiprinimo, ugdymo ir informacijos sistemų plėtra; ligų prevencijos ir kontrolės įgyvendinimas; profesinio tobulėjimo skatinimas. Šia strategija siekiama sukurti šiuolaikinę ir modernią sveikatos priežiūros sistemą, pagrįstą strateginiu planavimu, reformos proceso pokyčių analize ir valdymu, užtikrinančią sveikatos priežiūros prieinamumą, veiksmingumą, racionalų lėšų naudojimą, sveikos gyvensenos formavimą. Sveikatos sistemos efektyvų funkcionavimą užtikrina valstybė, įtraukdama šiam tikslui įgyvendinti visas socialines ir ekonomines struktūras ir sudarydama būtinas sąlygas visuomenei bei kiekvienam jos nariui sveikai gyventi. Todėl neabejotina optimalios sveikatos būklės užtikrinimo strateginė prielaida yra visos sveikatos sistemos darnus plėtojimas, apimantis sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą, ligų profilaktiką, ligų nustatymą laiku, gydymą bei ligonių reabilitaciją.

Dėl šios priežasties mums aktuali sveikatos priežiūros reforma, kaip nuolatinis procesas, naujų, pažangesnių metodų taikymas, uždavinių išskėlimas. Ministerija siekia, kad sveikatos priežiūra Lietuvoje būtų lygiavertė kitų Europos Sąjungos šalių sistemoms, jų teikiamai sveikatos priežiūrai. Tačiau tai galima atlikti tik išanalizavus ir įvertinus visą besitęsiančios reformos laikotarpį. Mus domina pagal teisinį kriterijų suformuluotas klausimas kaip aiškiai teisės normomis yra reglamentuojama sveikatos priežiūros sistema. Tad vertinant teisiniu aspektu žvelgiama į tai kaip šios sistemos procedūros sureguliuotos sveikatos teisės normomis.

Šio magistrinio darbo tyrimo objektas yra sveikatos priežiūros reforma, vertinant visų pirma teisiniu aspektu, o darbo tikslas - atskleisti sveikatos priežiūros reformos įgyvendinimo kaip teisinių santykių ypatumus.

Rašant šį darbą bus keliami tokie uždaviniai:

1. Apibrėžti sveikatos priežiūros sistemą teisiniu požiūriu bei pateikti jos struktūrą.
2. Išanalizuoti sveikatos priežiūros sistemos teisinę bazę.
3. Apžvelgti kaip kūrėsi sveikatos priežiūros sistema.
4. Akcentuoti sveikatos priežiūros teisinės reformos teigiamus ir neigiamus aspektus.
5. Išskelti egzistuojančias problemas.
6. Pateikti pasiūlymus.

Atsižvelgus į išskeltus uždavinius formuluojama tokia šio darbo hipotezė – sveikatos sistemą Lietuvoje, kaip teisinių santykių visumą būtina aiškiai teisiškai reglamentuoti.

Siekiant įrodyti šią hipotezę dėmesys kreipiamas į tyrimo dalyką – sveikatos reformą, o būtent į jos struktūrą (viziją, misiją, tikslus, uždavinius, prioritetus, įgyvendinimo principus, etapus ir kt.), reglamentavimą teisės aktuose, pritaikymą Lietuvai. Šiame darbe bus naudojami šie tyrimo metodai:

- sisteminė analizė;
- norminių teisės aktų, mokslinių straipsnių, diskusijų studijos;
- metaanalizės metodas – tiriamojo darbo objektas vertinamas istoriniu, filosofiniu ir sociologiniu aspektais;
- empirinių duomenų rinkimas: analizuojant kokybinius požymius (tai subjektyvūs duomenys, galintys turėti daug interpretacijų); tendencijų tyrimai: gauti duomenys gali būti panaudoti prognozei;
- statistinių dokumentų analizė – tai lentelių, piešinių, atspindinčių įvairių reiškinių požymius, pagal kuriuos galima spręsti apie tyrimo objektą, daryti atranką bei gretinti su kitų tyrimų duomenimis, analizavimas;
- lyginamasis metodas (lyginimas su kitų šalių rodikliais). Tai įvairūs įstatymai, laikraštiniai pranešimai, ataskaitos, aprašymai, asmeniniai pastebėjimai ir kt.

Pateikiant šios temos problematiką reikėtų pažymėti, kad svarbiausias Sveikatos apsaugos ministerijos uždavinys – rūpintis Lietuvos Respublikos gyventojų sveikata, jos išsaugojimu ir stiprinimu. Vykdydama jai pavestą uždavinį, ministerija rengia šios srities teisės aktų projektus, analizuoja gyventojų sveikatinimo veiklos poreikius, sveikatos būklę ir jos prognozę, sveikatos priežiūros išteklius, sveikatos priežiūros priimtinumą, prieinamumą ir tinkamumą, planuoja sveikatinimo veiklą valstybės lygiu, kartu su vietos savivaldos institucijomis nustato pirminės sveikatinimo veiklos plėtros kryptis. Ministerija formuoja ir vykdo Lietuvos Respublikos Vyriausybės politiką Lietuvos gyventojų sveikatinimo srityje, teikia pasiūlymus dėl teisinių, socialinių ir ekonominių priemonių, skatinančių išsaugoti ir stiprinti sveikatą, organizuoja tarpžinybinės sveikatinimo veiklos koordinavimą per Lietuvos Respublikos Vyriausybės sudarytas komisijas Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo nustatyta tvarka ir vykdo kitas jai priklausančias užduotis.

Šios temos aktualumą sąlygoja tai, kad priėmus Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymą, pradėta kryptingai keisti ligų profilaktikos principus, sveikatos priežiūros sistemą bei institucijų, teikiančių visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, struktūrą, rengti Lietuvos Respublikos teisės aktus, reglamentuojančius sveikatos saugą.

Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos pertvarkos laikotarpis atskleidė svarbiausius reformos trūkumus. Nepakankamas dėmesys visuomenės sveikatai susilpnino visuomenės sveikatos priežiūrą, jos vaidmenį ir struktūrą.

Šiuo magistriniu darbu bus siekiama išanalizuoti sveikatos priežiūros reformos laikotarpį, išskiriant teisinius aspektus. Per analizuojamą laikotarpį sveikatos priežiūros sistemoje pakankamai sparčiai ir kokybiškai buvo formuojama reikiama teisinė bazė, sudaranti galimybę politinio vadovavimo bei sprendžiamų problemų nuoseklumui, perimamumui ir tęstinumui užtikrinti.

2 SVEIKATOS TEISĖ – NAUJA TEISĖS SRITIS LIETUVOJE

2.1 Sveikatos teisė, kaip nacionalinės teisės sritis

Sveikatos teisę galime drąsiai vadinti modernia kompleksine teisės šaka. Sveikatos teisė, kaip nacionalinės teisės sritis, Europoje ir visame pasaulyje susiformavo dvidešimtojo amžiaus septintojo dešimtmečio viduryje. Nyderlanduose 1967 metais buvo įsteigta pirmoji sveikatos teisės draugija. Pasaulio sveikatos organizacijos ekspertai 1977 metais pripažino sveikatos teisės svarbą. Šiai sričiai plėtoti buvo kuriama programa. Maždaug devintojo dešimtmečio viduryje sveikatos teisė pradėta dėstyti universitetuose, susikuria ir lyginamoji sveikatos teisė, kurios pagrindinis tikslas – lyginamuoju aspektu analizuoti įvairių šalių teisę.

Taip pat galime kalbėti ir apie Europos sveikatos teisę. Šalys, Europos Sąjungos narės, visos esančios ir Europos Tarybos narės, gali diskutuoti dėl Europos sveikatos teisės, kadangi pagrindinis dokumentas, kuriuo remiasi Europos Tarybos teisė, yra Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija, pripažįstama ir Europos Sąjungos teisės dalimi.

Nors sveikatos teisė – modernus dvidešimtojo amžiaus antrosios pusės reiškiny, kai kurių šios srities įstatymų, daugiausia medicinos teisės buvo ir praėjusiame šimtmetyje. Tarpukario Lietuvoje buvo priimta nemažai teisės aktų, reguliuojančių šias problemas [25,26].

Atkūrus 1990 metais Lietuvos nepriklausomybę gana energingai pradėta kurti naujus įstatymus. Lietuvos sveikatos teisės koncepcija formavosi kartu su naujos sveikatos sistemos ir teisės doktrina. Neginčijama viso šio proceso pradžia – Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos sukūrimas [18] ir jos patvirtinimas Lietuvos Respublikos Aukščiausios Tarybos 1991 m. spalio 30d. nutarimu bei 1992 m. Lietuvos Respublikos Konstitucijos priėmimas [1].

Sveikatos teisės doktrina turėjo orientuotis į koncepcijos nuostatą, kad sveikata yra socialinė vertybė visuomenės ir individo lygiu [18]. Požiūris į sveikatą kaip socialinę vertybę ir individo teisę buvo naujas ir reikšmingas teiginys, grąžinantis mūsų visuomenę į prigimtinių teisių vertybių skalę. Sovietinės okupacijos metu vyravęs teisinis etatizmas nesudarė galimybių taip žvelgti į teisę. Sveikatos teisė turėjo būti sveikatos sistemos reformos pamatas. Naujų įstatymų kūryba buvo ganėtinai sudėtinga.

Sveikatos teisė – nauja teisės sritis Lietuvoje, jos doktrina ir teisinė bazė turi remtis Lietuvos teisės tradicijomis ir demokratinėmis Europos teisės tendencijomis.

2.2 Sveikatos teisės raidos Lietuvoje istoriniai aspektai

2.2.1 Sveikatos apsaugos ministerijos įkūrimas

Lietuvos Respublika nuo pirmųjų gyvavimo dienų rūpinosi savo gyventojų sveikata. 1918 metų balandžio 27d. Lietuvos valstybės taryba sudarė Sveikatos komisiją, kurios nariais tapo Lietuvos patriarchas daktaras Jonas Basanavičius, inžinierius profesorius Steponas Kairys ir kunigas Justinas Staugaitis. Vėliau į jos veiklą įsijungė iš Rusijos sugrįžęs daktaras Jurgis Alekna [20].

1918 m. lapkričio 11d. Augustino Valdemaro sudaryta Vyriausybė Sveikatos komisiją reorganizavo į Vidaus reikalų ministerijos Sveikatos departamentą. Pagrindinis departamento uždavinys buvo parengti naujus įstatymus ir teisinius sveikatos sistemos pamatus, spręsti aktualias organizacines problemas. Paskirtas sveikatos departamento direktorius ir vidaus reikalų viceministras daktaras Jurgis Alekna vieną iš pirmųjų pasirašė įsakymą dėl 20 apskričių gydytojų paskyrimo ir jų pareigų. Stiprėjo Sveikatos departamento struktūra: įsteigti sanitarijos, medicinos ir farmacijos skyriai.

Be Sveikatos departamento, sveikatos reikalų tvarkymu rūpinosi dar keturios ministerijos: Susisiekimo, Krašto apsaugos, Švietimo ir Teisingumo. Šių ministerijų darbui koordinuoti ir principiniams klausimams spręsti buvo sudaryta Medicinos taryba iš šių ministerijų ir Vytauto Didžiojo universiteto Medicinos fakulteto atstovų. Taryba nerengė jokių įstatymų, turėjo patariamąjį balsą, kuris buvo girdimas.

1926 m. Seimui priėmus Ligonijų kasų įstatymą, apsidraudę asmenys galėjo naudotis visapusišku nemokamu gydymu. 1938 m. buvo patvirtinta medicinos pagalbos kaime programa.

Jau per pirmąjį Lietuvos nepriklausomybės dešimtmetį padidėjo medicinos įstaigų bei medikų skaičius, sumažėjo sergamumas užkrečiamosiomis ligomis, padidėjo natūralus gyventojų prieaugis. Paskutiniiais tarpukario metais sveikatos apsauga Lietuvoje žengė koja kojon su kitomis Europos valstybėmis.

Žlugus Sovietų Sąjungai ir palaipsniui atkūrus nepriklausomybę, Lietuvos politikos kūrėjai visą dėmesį sutelkė į struktūrinius ir institucinius pokyčius, rinkos mechanizmus ir sveikatos draudimo sistemos kūrimą, pirminės sveikatos priežiūros reformas bei naują požiūrį į visuomenės sveikatą. Žinoma minėtieji bandymai turėjo ir trūkumų, kurių didžiąją dalį lėmė pirmaisiais reformų metais įvykęs ekonominių sunkumų sąlygotas žymus valstybės pajamų sumažėjimas [39].

1990 m. pradėjus dirbti Sveikatos apsaugos ministerijai, perspektyvios naujosios Lietuvos sveikatos sistemos gairės jau aiškėjo iš Medikų sąjūdžio, Gydytojų sąjungos svarstomų

Nacionalinės sveikatos koncepcijos matmenų, Lietuvos persitvarkymo sąjūdžio programos. Tai buvo įrašyta ir Vyriausybės programoje. Tačiau svarbiausias galvosūkis – kaip pereiti iš vienos sistemos į kitą, nuo ko pradėti, kaip išsaugoti tai, kas buvo gera, neatsižvelgiant į tai, kad tai buvo sovietinė sveikatos sistema.

Norint gauti tikslią pradinę informaciją, buvo įsteigtas savarankiškas Lietuvos sveikatos informacijos centras, kuris tapo vienu su Pasaulinės sveikatos organizacijos Europos regioniniu biuru bendradarbiaujančiu sveikatos informacijos centru.

Sveikatos apsaugos ministerija tuo metu rengė Sveikatos draudimo įstatymo projektą, Valstybinės ligonių kasos įkūrimą, dalies lėšų, kuriomis buvo finansuojamos vadinamosios respublikinio pavaldumo ligoninės, perdavimą savivaldybėms, kad šios atsiskaitytų už šiose ligoninėse besigydančius konkrečių savivaldybių ligonius.

Taip pat Sveikatos apsaugos ministerijoje formavosi sveikatos sistemos reforma. Vienas iš svarbiausių jos darbų buvo gydytojų rengimo pertvarkymas ir universitetinių ligoninių kūrimas.

2.2.2 Nacionalinės sveikatos koncepcijos patvirtinimas

Lietuvos nacionalinės sveikatos politikos formavimas prasidėjo, kai VI Lietuvos gydytojų sąjungos (toliau LGS) atkuriamasis suvažiavimas priėmė rezoliucijas ir medicinos visuomenę įpareigojo parengti naują Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją. Po išsamių diskusijų VII LGS suvažiavimas priėmė Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją, kurią 1991 m. spalio 30 d. patvirtino Lietuvos Respublikos Aukščiausioji Taryba Atkuriamasis Seimas, ir ji tapo pagrindiniu dokumentu, atspindinčiu Lietuvos sveikatos sistemos ateitį [18].

Koncepcijoje numatyti Lietuvos žmonių sveikatos tausojimo bei stiprinimo, ligų profilaktikos, pirminės sveikatos priežiūros plėtos bendroje sveikatos priežiūros sistemoje, sveikatos priežiūros specialistų rengimo pertvarkos pagal Europos Sąjungos standartus, brangios specializuotos medicinos pagalbos koncentravimo universitetiniuose centruose prioritetai, Lietuvą įtraukė į pažangiai mąstančių apie sveikatos priežiūrą ir ją plėtojančių Europos šalių gretas. Pasaulio Sveikatos Organizacija (toliau PSO), aktyviai talkinanti Lietuvai formuojant sveikatos politiką, dažnai minėjo ją sektinu pavyzdžiu kitoms Rytų Europos šalims ne todėl, kad Lietuvos sveikatos sistema funkcionavo racionaliai ir efektyviai (dar taip nebuvo), bet todėl, kad įgyvendinant Nacionalinę sveikatos koncepciją, sveikatos sistemos raida, besiremianti rimtu moksliniu pagrindu bei tarptautine patirtimi ir orientuota į ateitį, tuo sunkiu ieškojimų periodu nebuvo pradėta nuo niekuo nepagrįsto griovimo.

Neatsitiktinai pirmoji nacionalinė sveikatos politikos formavimo konferencija, įvykusi 1993 m. kovo 30-31 d. ir sukvietusi tartis politikus, profesinių ir visuomeninių organizacijų atstovus, medicinos bei kitų profesijų specialistus, galinčius daryti įtaką sveikatos sistemos reformai, dar kartą patvirtino pagrindines Lietuvos sveikatos sistemos raidos kryptis. Ir Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje, ir Nacionalinės sveikatos politikos konferencijos rezoliucijoje yra aiškiai suformuluota būtinybė parengti ir įgyvendinti Lietuvos sveikatos programą.

1993 m. įvykusiai Nacionalinei sveikatos politikos konferencijai buvo parengtas dokumentas, kuriame pakankamai konceptualiai ir detalai apžvelgta Lietuvos gyventojų sveikatos būklė iki 1990 metų. Šiame dokumente pateikti 1991-1993 m. Lietuvos sveikatos duomenys ir, remiantis PSO suformuotais sveikatos tikslais, kuriami Lietuvos sveikatos programos pradmenys atsižvelgiant į prioritetines šalies sveikatos problemas. Specialistų grupė, rengusi šią programą, nutarė Lietuvos gyventojų sveikatos būklės detalesnę analizę teikti kas penkeri metai, tuo išpareigodama reguliariai rengti tokio pobūdžio analitines publikacijas.

Rengiant šią programą ir nustatant prioritetus, svarbus vaidmuo teko 1993 m. įkurtam Sveikatos apsaugos reformų biurui (toliau SARB). Kuriant Lietuvos sveikatos sistemos teisinius pagrindus, didelės reikšmės turėjo 1994 m. liepos 19 d. priimtas Sveikatos sistemos įstatymas [12]. 1995 m. Seimo surengtoje diskusijoje buvo dar kartą akcentuota būtinybė parengti Lietuvos sveikatos programą ir šiuo klausimu priimta Seimo rezoliucija “Dėl nacionalinės sveikatos politikos įgyvendinimo”. 1996 m. birželio mėn. Lietuvos sveikatos programą aprobavo Sveikatos apsaugos ministerijos kolegija, 1996 m. spalio mėn. jai pritarė Vyriausybė. 1997 m. balandžio mėn. įvykusioje II Nacionalinėje sveikatos politikos konferencijoje ši programa aptarta dalyvaujant PSO bei kitiems Europos šalių ekspertams, po to ji pateikta svarstyti Seimui. Svarbus žingsnis įgyvendinant Nacionalinę sveikatos koncepciją, Sveikatos sistemos įstatymo nuostatas ir šią programą būtų Nacionalinės sveikatos tarybos ir Valstybinės sveikatos reikalų komisijos aktyvus darbas.

2.2.3 Įstatymų bazės kūrimas

1991 – ieji buvo įstatymų bazės kūrimo metai. Sveikatos apsaugos ministerijoje buvo sudaryta 19 darbo grupių jiems rengti. Vienu iš aktyvių įstatymų rengėjų tapo V.Silickas. Deja, buvo priimtas tik vienas – Farmacijos įstatymas [4], kiti vos pasiekę Seimą įstrigo politiniuose debatuose. Kai kurių iš jų, pavyzdžiui, Sveikatos draudimo įstatymo, siūlymuose buvo labai originalių minčių, tokių kaip išmokos asmenims už sveikatos išsaugojimą, simbolinis mokestis už vizitą pas gydytoją ar dieną, praleistą ligoninėje.

Įstatymų bazės rengimą tuo metu labai glaudžiai derino su Baltijos kaimynėmis Latvija ir Estija [28]. Ir tuo metu Lietuva buvo aiški šios srities lyderė.

Dar vienas įsimintinas 1991 m. įvykis – Lietuvos įstojimas į Pasaulinės sveikatos organizaciją. Tai buvo viena iš pirmųjų tarptautinių organizacijų, kurios nare tapo Lietuva ir kurios sukaupta patirtimi buvo galima sėkmingai pasinaudoti tobulinant Lietuvos sveikatos apsaugą.

Kartu su kolegomis iš Socialinės ir darbo ministerijos buvo rengiamas Valstybinio socialinio draudimo įstatymas, kuris įteisino sveikatos draudimo sistemos atkūrimo pradžią. Šio įstatymo 3 skyrius reglamentavo išmokas, susijusias su medikamentų ir sanatorinio gydymo paslaugų kompensavimo išlaidomis.

Socialinio draudimo įstatymas numatė visiems apdraustiesiems pagal patvirtintus Sveikatos apsaugos ministerijos sąrašus kompensuoti nuo 50 iki 100 proc. ambulatorinį, stacionarinį ir reabilitacinį gydymą. 1992 m. buvo parengtas Sveikatos draudimo įstatymas, kuris dėl įvairių debatų buvo priimtas lygiai po penkerių metų po to, kai priimtas Valstybinio socialinio draudimo įstatymas [13]. Sveikatos draudimo įstatymas priimtas 1996 m. gegužės 21d [10].

Dar tevykstant debatams ir nelaukiant, kol bus priimtas įstatymas, ministerija ėmėsi iniciatyvos ir sveikatos reformos pokyčiai jau vyko gydymo įstaigose, kurios naudojosi valstybės biudžeto lėšomis per Sveikatos apsaugos ministeriją.

Siekiant paspartinti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir finansuojančių institucijų santykių plėtrą, taip pat pertvarkyti sveikatos sistemos pavaldumo ir sveikatos įstaigų finansavimo klausimus, buvo pateiktas Vyriausybei nutarimo projektas dėl sveikatos apsaugos finansavimo. Pagal šį nutarimą 1992 m. sausio 1 d. Vyriausybės nutarimu buvo įkurta Valstybinė ligonių kasa. Respublikinės įstaigos nuo 1992 m. pradėtos finansuoti valstybės lėšomis per Valstybinę ligonių kasą. Taip pat 1992 m. jai buvo skirtas metodinio vadovavimo ir finansavimo nenumatytais atvejais vaidmuo. Atlikti finansavimo mechanizmo pakeitimai leido pagerinti sveikatos sistemos finansinę būklę.

1993 m. restruktūrizuojant Sveikatos apsaugos ministeriją, buvo įsteigtas Farmacijos departamentas, vėliau – Medicinos pagalbos departamentas, Sveikatos apsaugos ministerijos vyriausiųjų specialistų skyrius. Ilgas darbas reformuojant šią sistemą buvo užbaigtas 1994 m. rugsėjį, kai įsakymu Nr.309 buvo įsteigta Valstybinė visuomenės sveikatos tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos su šešiais padaliniais – respublikiniais centrais: Higienos, Imunoprofilaktikos, Mitybos, Sveikatos mokymo, Specializuotos higienos ir Lietuvos AIDS centru.

2.2.4 Sveikatos apsaugos reformų biuro veikla

Pagrindiniu Sveikatos apsaugos ministerijos uždaviniu buvo laikomas sveikatos apsaugos reformos politikos ir teisinių pagrindų formavimas. Deja, nebuvo ministerijoje tam skirtų padalinių, trūko specialistų, kurie galėtų formuoti teisiškai pagrįstas sveikatos apsaugos strategijas, rengti valdymo programas, norminius aktus, standartus, nuostatus ir įstatymus. Tam reikėjo steigti sveikatos politikos valdymo sektorių su ekonomikos, planavimo ir informacijos poskyriais. Nors įstatymus priima Seimas, tačiau jis nespėdavo parengti Vyriausybėje planuotų įstatymų. Ministerijoms teko pačioms rengti įstatymus[39].

Kai kuriuos sveikatos apsaugos pertvarkymus galima buvo įgyvendinti Sveikatos apsaugos ministerijos potvarkiais ir įsakymais, tačiau daugeliui reformų reikėjo didelio parengiamojo darbo ir projektų. Buvo aišku, kad sveikatos apsaugos reformų klausimams nepakanka ministerijos darbuotojų. Taip gimė Sveikatos apsaugos reformų biuras. 1993 m. spalio 14 d. buvo pasirašytas įsakymas Nr.382 „Dėl Sveikatos apsaugos reformos biuro“. Reikėjo ne tik susipažinti su kitų šalių sveikatos apsauga, bet ir išsiaiškinti jų trūkumus, nutarti, ką galima pritaikyti mūsų sąlygomis, reformuojant pasenusius sveikatos apsaugos padalinius ir jų funkcijas.

Viena Sveikatos apsaugos reformų biuro veiklos dalis buvo rasti ir pritraukti užsienio šalių paramą, pasinaudoti jų ekspertų ir konsultantų pagalba. Svarbus uždavinys buvo atskirų darbo grupių veiklos koordinavimas ir reformai įgyvendinti reikalingų projektų rengimas. Viena aktualiausių ir galbūt sudėtingiausių problemų buvo draudos medicinos kūrimas.

1993 m. buvo parengtas išsamus dokumentas Seimui „Dėl Sveikatos sistemos reformos pagrindinių kryptių 1994 – 1995 metais“. Jame, be atitinkamų įstatymų pateikimo, aiškiai nurodyti reformos tikslai, strategijos, detalai apibrėžiama įvairių lygių sveikatos sistemos valdymo reforma, sveikatos rėmimo įgyvendinimas, privalomojo sveikatos draudimo įgyvendinimas, visuomenės sveikatos priežiūros tvarkos nustatymas, asmens sveikatos priežiūros tvarkymas.

Kas trukdė įgyvendinti reformas? Trūko patirties ir specialistų, ypač medicinos vadybos, ekonomikos ir teisės sričių, buvo sudėtinga socialinė ir ekonominė situacija šalyje, nepakako valdžios dėmesio ir paramos: menkas gydymo įstaigų ir medikų darbo finansavimas, medicinos visuomenės rezistencija ir inertiškumas, nepakankamas būtinos sveikatos apsaugos pertvarkos supratimas ir dalyvavimas joje, taip pat ir žiniasklaidos daroma neigiama įtaka visuomenei, dažni ministrų ir jų komandos pasikeitimai.

1994 m. liepos 12d. Nr.I-534 Lietuvos Respublikos Vyriausybės programoje vadovaudamasi Pasaulinės Sveikatos Organizacijos doktrina "Sveikata visiems iki 2000", Lietuvos nacionaline sveikatos koncepcija [17], Nacionalinės sveikatos politikos konferencijos

(1993 m.) rezoliucija ir siekdama formuoti sveikatai palankią valstybinę politiką ir ją įgyvendinti, Vyriausybė numatė Sveikatos sistemos veiklos teisinių pagrindų kūrimo srityje:

- tęsti sveikatos įstatymų, kitų teisės aktų rengimą, parengti ir patvirtinti sveikatos sistemos teisinės reformos programą;
- reglamentuoti Sveikatos apsaugos ministerijos kompetenciją sveikatos priežiūros ir farmacinės veiklos kontrolės srityse, taip pat kitų ministerijų bei valstybinių institucijų bendrąją ir specialiąją kompetenciją sveikatos politikos srityje;
- parengti ir patvirtinti fizinių ir juridinių asmenų akreditavimo sveikatos priežiūrai ir farmacinei veiklai nuostatus;
- parengti sveikatos programų valdymo, finansavimo ir kontrolės nuostatus, suteikiant prioritetą ligų profilaktikos, motinos ir vaiko, sveikatos priežiūros programų rengimui ir jų įgyvendinimui;
- bendradarbiaujant su Šiaurės šalių valstybių komitetu (NOMESKO) ir Pasauline Sveikatos Organizacija pertvarkyti sveikatos statistikos sistemą.

1994 m. liepos 19d. priimtas Sveikatos sistemos įstatymas [12], sudaręs teisinį pagrindą sveikatos priežiūros politikai ir apibrėžęs valstybinių valdymo subjektų vaidmenį.

1995 m. spalio 10d. surengta sveikatos priežiūros valdymo decentralizacijos klausimams skirta nacionalinė konferencija „Ar valstybinio valdymo decentralizacija pagerins sveikatos priežiūrą Lietuvoje?“

Ši konferencija siekė:

- inicijuoti plačią diskusiją tarp įvairių socialinių ir politinių grupių atstovų dėl sveikatos priežiūros decentralizacijos uždavinių, mastų ir terminų;
- aptarti Lietuvoje jau egzistuojančias iniciatyvas sveikatos priežiūros valdymo reformos srityje ir vertinant jas Europos Sąjungos valdymo praktikos kontekste, rengti racionalų sistemos valdymo modelį;
- akcentuoti koordinacijos tarp įvairių visuomenės valdymo lygių reikšmę ir nurodant šios sąveikos formas, kurti decentralizuotai valdomos, bet integruotos fundamentalių sveikatos priežiūros principų (prieinamumas, lygybė, universalumas) požiūriu, sistemos įgyvendinimo prielaidas.

1996 metų gegužės 21 dieną Seimas priėmė Sveikatos draudimo įstatymą [10]. Pagal šį įstatymą nuo 1997 metų sausio 1 dienos pradėta įgyvendinti įstatymine sveikatos draudimo schema. Atsakomybė už sveikatos priežiūros įstaigų paprastąsias išlaidas, kuri iki tol gulė ant Sveikatos apsaugos ministerijos ir vietos savivaldybių, perėjo naujai institucinei struktūrai, kaip ir Sodros funkcijos, susijusios su sveikatos draudimu (išskyrus nedarbingumo išmokas).

1996 metais buvo suformuota Lietuvos Respublikos Vyriausybės veiklos programa 1997-2000 metams.

Formuodama ir vykdydama sveikatos politiką, Vyriausybė vadovavosi Lietuvos nacionaline koncepcija (1991 metai), Seimo rezoliucija dėl Nacionalinės sveikatos politikos įgyvendinimo (1995 metai) ir Pasaulinės Sveikatos Organizacijos doktrina „Sveikata visiems iki 2000 metų“. Vyriausybė numatė [39]:

sveikatos priežiūros valdymo srityje:

- decentralizuoti sveikatos priežiūros įstaigų valdymą, perduodant savivaldybėms visuomenės sveikatos centrus, kuriems metodiškai vadovautų Valstybinis visuomenės sveikatos centras; sujungti ambulatorijas ir jų kuruojamoje teritorijoje esančius medicinos punktus į vieną sveikatos priežiūros įstaigą, turinčią juridinio asmens teises;
- toliau reorganizuoti pirminio, antrinio ir tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigas, siekiant kuo geriau patenkinti Lietuvos gyventojų poreikius, susijusius su slauga ir globa.

finansavimo srityje:

- finansuoti pirminio sveikatinimo lygio medicinos paslaugas (medicinos punktuose, ambulatorijose ir poliklinikose) pagal paslaugas teikiančios institucijos sutartis, be to, numatyti papildomą gydytojų ir kitų medikų, dirbančių kaimo vietovėje, materialinį skatinimą;
- finansuoti antrinio sveikatinimo lygio medicinos paslaugas, vadovaujantis sveikatos draudimo ir kitų įstatymų nuostatomis, kad asmuo, mokantis įmokas ligonių kasai, gautų tam tikras (arba visas) prieinamas medicinos paslaugas, o įstaiga, teikianti šias medicinos paslaugas, veiktų kaip juridinis asmuo, sudarantis sutartis su ligonių kasa;
- finansuoti tretinio sveikatinimo lygio medicinos paslaugas, remiantis sveikatos draudimo ir kitų įstatymų principais, šias įstaigas papildomai finansuojant per valstybines programas ir investicijų projektus;
- teikti prioritetą pirminei sveikatos priežiūrai, ypač rūpintis kaimo gyventojams teikiamų medicinos paslaugų kokybe;
- siekti pagerinti politinių kalinių ir tremtinių aptarnavimą sveikatos priežiūros įstaigose, taip pat lengvatų ir kompensacijų už vaistus ir protezus sistemą;
- įgyvendinant draudos mediciną, numatyti didesnius bendrus sveikatos apsaugos finansavimo išteklius, ne vėliau kaip 1998 m. sausio 1 d. (kai bus mažinamas pajamų mokestis) įvesti papildomą individualų draudos mokestį.

farmacinės veiklos srityje:

- iki 2000 metų pasiekti, kad Lietuvoje pagaminti vaistai sudarytų ne mažiau kaip 10% Lietuvoje naudojamų vaistų;
- išlaidas vaistams, kai ligonis gydomi namie, kompensuoti atsižvelgiant į ligonio socialinę padėtį;
- reguliariai (kartą per metus) tikslinti sąrašą vaistų, kurių išlaidas visiškai ar iš dalies dengia privalomasis sveikatos draudimas ar biudžetas.

Visuomenės sveikatos priežiūros srityje:

- toliau vykdyti pradėtas valstybines programas, ypač daug dėmesio skirti narkomanijos ir lytiniu būdu plintančių ligų profilaktikai bei gydymui.

Reformos etapai:

I ETAPAS (1996m. gruodžio 6d. – 1996 m. gruodžio 31 d.). Šiame etape buvo iškelti du uždaviniai:

1. patikrinti, kaip pasirengta privalomojo sveikatos draudimo įgyvendinimui nuo 1997 m. sausio 1d.;
2. susipažinti su Sveikatos apsaugos ministerijos darbuotojais, jų funkcijomis, planais ir einamaisiais darbais.

II ETAPAS (1997 m. sausio 1 d. – 1997 m. kovo 31 d.). Šiame etape buvo sprendžiami tokie uždaviniai:

1. reorganizuoti Sveikatos apsaugos ministerijos padalinius ir parengti darbo planus pagal Vyriausybės programą ir prioritetus;
2. suburti tarpžinybinę specialistų grupę reformos koncepcijos įgyvendinimui parengti. Patvirtinti darbo grupes įstatymams ir teisės aktams rengti;
3. parengti būtinas įstatymų ir teisės aktų pataisas;
4. suformuoti Sveikatos apsaugos ministerijos kolegiją ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybą.

III ETAPAS (1997 m. balandžio 1d. – 1997 m. birželio 30 d.):

1. aktyviai veikti Seime ir Vyriausybėje, kad pateikti įstatymai ir kiti teisės aktai būtų priimti be žymių pataisų, nes nėra nieko blogiau, kai iškreipiama pati reformos esmė įvairiomis išlygomis ir išimtimis (draugams, pažįstamiems ir pan.);
2. parengti būtinus poįstatyminius aktus, kad po 1997 m. liepos 1 d. būtų galima pradėti sveikatos draudimo įgyvendinimą;
3. parengti naują kompensuojamųjų vaistų kainų skaičiavimo metodiką, naują vaistų ir ligų sąrašą, atsižvelgiant į Vyriausybės programą;
4. įvertinti reabilitacijos ir sanatorinių įstaigų pasirengimą teikti kokybiškas medicinos paslaugas.

IV ETAPAS (1997 m. liepos 1 d. – 1997 m. spalio 31 d.). Šiame etape buvo planuojama įgyvendinti sveikatos sistemos valdymo, finansavimo ir medicinos pagalbos reformas.

V ETAPAS (1997 m. lapkričio 1 d. – 1997 m. gruodžio 31 d.). Šiame etape buvo keliami tokie uždaviniai:

1. Valstybinei ligonių kasai pasirašyti sutartis su sveikatos priežiūros įstaigomis kitiems kalendoriniams metams pagal nustatytus įkainius ir parengtą tvarką;
2. parengti antrąjį įstatymų ir teisės aktų pakeitimo, vadovaujantis vyriausybės programa etapą;
3. pateikti 1998 m. biudžetą;
4. parengti šeimos gydytojų kabinetų aprūpinimo medicinos įranga investicinę programą ir pasiekti, kad ji būtų patvirtinta Vyriausybėje ir Seime.

VI ETAPAS (1998 m. sausio 1 d. – 1998 m. birželio 31 d.). Įteisinti antrąjį reformos etapą Seime priimant įstatymus, o Vyriausybėje ir ministerijoje – poįstatyminius teisės aktus.

VII ETAPAS (1998 m. liepos 1 d. – 1998 m. gruodžio 31 d.). Parengti reformos trečiojo etapo įstatymų ir kitų teisės aktų projektus, įteisinti juos Seime, Vyriausybėje ir ministerijoje.

VIII ETAPAS (1999 m. sausio 1 d. – 1999 m. gruodžio 31 d.) Parengti visuomenės sveikatos priežiūros reformos gaires ir įgyvendinimo strategiją.

IX ETAPAS (2000 m. sausio 1 d. – 2000 m. gruodžio 1 d.). Parengti visuomenės sveikatos priežiūros reformos teisinę bazę ir įteisinti Seime pagrindinius šios reformos įstatymus.

Pacientų teisių srityje pirmoji ir netikėta reikšmė buvo teisė ir pareiga 1997 m. balandžio – gegužės mėnesiais kiekvienam Lietuvos gyventojui, turinčiam pasą, neatsižvelgiant į registracijos vietą, pasirinkti apylinkės terapeutą ar šeimos gydytoją (bendrosios praktikos gydytoją), o savo nepilnamečiams vaikams – pediatrą. Galima buvo paprasčiausiai pasirinkti polikliniką ir palikti administracijai nuspręsti, kokį gydytoją kam priskirti.

Dar viena naujovė, įtariai sutikta vyriausiųjų gydytojų, buvo Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymu įtvirtinta teisė sveikatos priežiūros įstaigai vadovauti ne tik gydytojo profesiją turinčiam asmeniui. Nuo 1997 m. juo galėjo tapti ir teisininkas, ir ekonomistas, ir vadybininkas.

1996-1998 metais Lietuvos sveikatos priežiūros sektoriaus reformų srityje buvo padaryta žymi pažanga. Po 1991-1996 metais vykusių diskusijų, Lietuvos Respublikos Seimas priėmė pagrindinius teisės aktus (Sveikatos draudimo įstatymą, Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą), kurie, kartu su Sveikatos priežiūros sistemos įstatymu sudarė tvirtą teisinį pagrindą reformoms įgyvendinti. Prasidėjo minėtųjų įstatymų įgyvendinimas nacionaliniu lygmeniu. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų veiklos finansavimas buvo susietas su jų teikiamomis paslaugomis, o valstybinėms sveikatos priežiūros įstaigoms buvo suteikta daugiau veiklos laisvės ir

atsakomybės. Po minėtųjų veiksmų teisės aktų priėmimo ir reformų institucinės sąrangos srityse sekė radikalūs pokyčiai sveikatos priežiūros finansavimo sistemoje.

Tačiau sveikatos priežiūros sistemos valdyme problemų kėlė ne tik ekonominė krizė Rusijoje bet ir iš anksčiau paveldėta nepakankamai finansuojama ir struktūriškai nesubalansuota sveikatos priežiūros sistema. Toliau vykdant reformas pažymėtini šie tikslai:

- Pakeisti sveikatos priežiūros sistemos orientaciją, kad dėmesio centru vietoj gydymo taptų prevencija.
- Restruktūrizuoti sveikatos priežiūros sistemą ir racionalizuoti teikiamas paslaugas.
- Gerinti teikiamų paslaugų kokybę.
- Gerinti sistemos teisinę bazę ir sveikatos sistemos valdymą.

2.2.5 Pradinis reformos vertinimas

Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos reforma yra tęstinis procesas, todėl 1998 rugsėjo 8 d. ES Delegacija Lietuvoje konsorciui Health Framework pateikė užsakymą išanalizuoti privalomojo sveikatos draudimo srityje susidariusią situaciją ir nedelsiant suorganizuoti mokymo kursus finansų valdymo ir planavimo srityse, kurie būtų skirti tiek vykdomajam, tiek ir strateginiam lygmeniui. Minėtasis užsakymas taip pat apėmė ir prašymą išanalizuoti Lietuvos sveikatos priežiūros politiką, pagrindinį dėmesį skiriant apskaitos procedūroms ir atskaitomybės klausimams.

Ataskaitoje apie vykdomą sveikatos priežiūros politiką stojimo į Europos Sąjungą kontekste analizuojamos dvi sveikatos priežiūros sritys, t.y. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemą sudarančių institucijų tinklas ir galimybė taikyti Europos Sąjungos teisės aktus.

Valstybės kontrolė įvertino sveikatos apsaugos reformą 1998-2001 metais ir pateikė Seimui bei Vyriausybei audito ataskaitą. Valstybiniai auditoriai konstatavo, kad lėšų poreikis sveikatos apsaugai nuolat augo, tačiau valstybės lėšos, skirtos vieno gyventojų sveikatinimui, nuo 1998 m. mažėjo. Tik 2001 m. jos vėl beveik pasiekė 1998 m. lygį. Dėl šios ir kitų priežasčių sumažėjo gyventojų galimybės laiku gauti kokybišką medicininę pagalbą.

Nacionalinė sveikatos taryba, siekdama sveikatos sistemos reformos tikslų ir principų tęstinumo, 2001 m. gruodžio 20 d. išplėstiniam posėdyje „Lietuvos sveikatos reforma: dabartis ir ateitis“ išklausiusi Seimo Sveikatos reikalų komiteto, Sveikatos apsaugos ministerijos ir Valstybinės ligonių kasos atstovų pasisakymus, įvertinusi sveikatos reformos eigą ir 2000 m. lapkričio 22 d. Nacionalinės sveikatos tarybos posėdžio „Lietuvos sveikatos reforma: dabartis ir ateitis“ rezoliucijos nuostatų įgyvendinimą, konstatavo, kad:

1. sveikatos reformos strateginės kryptys atitinka Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir Lietuvos sveikatos programos pagrindines nuostatas,
2. sveikatos politiką formuojančiuose dokumentuose (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 – 2004 metų programoje, Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 – 2004 metų programos įgyvendinimo priemonėse, Sveikatos apsaugos ministerijos kolegijos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nutarimuose bei kituose dokumentuose) numatytas pagrindinių sveikatos sistemos reformos principų tęstinumas.

Nepaisant teigiamų poslinkių ir racionalių Seimo Sveikatos reikalų komiteto, Sveikatos apsaugos ministerijos ir Valstybinės ligonių kasos iniciatyvų, buvo problemų į kurias reikėjo atkreipti dėmesį:

1. Pirminės asmens sveikatos priežiūros srityje:
 - 1.1. nenustatyti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų tinklo pertvarkymo principai;
 - 1.2. pasigesta priemonių, kurios stiprintų bendrosios praktikos gydytojo instituciją. Nepakankamai panaudojamos privačios iniciatyvos teikiamos galimybės. Kėlė susirūpinimą, kaip privačių bendrosios praktikos gydytojų (nepriklausomų rangovų) veiklos plėtrą įtakos 2001 m. priimtas Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 17 straipsnio papildymas;
 - 1.3. nedecentralizuojama pirminės sveikatos priežiūros sistema, t.y. palaipsniui nebuvo nepereinama nuo pirminės sveikatos priežiūros centrų modelio prie savarankiškų bendrosios praktikos gydytojo (nepriklausomo rangovo) institucijų ar jų grupinės praktikos;
 - 1.4. neskatinama bendrosios praktikos gydytojų motyvacija vystyti bendruomenėje aktyvią sveikatos politiką, nukreiptą į ligų prevenciją, sveikos gyvensenos formavimą, sveikatos ugdymą ir išsaugojimą, t.y. nebuvo įteisinamas apmokėjimas bendrosios praktikos gydytojams už profilaktines paslaugas, sveikatos mokymą ir ugdymą;
 - 1.5. nepakankamas tarpžinybinis bendradarbiavimas, siekiant optimizuoti slaugos ir socialinės globos paslaugų teikimą bei apmokėjimą už šias paslaugas.
2. Specializuotos (antrinės ir tretinės) asmens sveikatos priežiūros srityje:
 - 2.1. pasigesta informacijos dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros nuostatų, kurios garantuotų visiems pacientams prieinamą kokybišką būtinąją medicinos pagalbą;
 - 2.2. nesudarytas asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo reformos planas, paremtas įstaigų funkcionavimo efektyvumo įvertinimu, “perspektyvių” ir “neperspektyvių” asmens sveikatos priežiūros įstaigų įvardinimu. Neaiški specializuotą pagalbą teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų integracijos su daugiaprofilinėmis išvystytos infrastruktūros

- įstaigomis ateitis, kas leistų išvengti funkcijų dubliavimo, sutaupyti sveikatos priežiūros resursus bei pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę;
- 2.3. nevienodas antrinio lygio stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų pavaldumas trukdė sveikatos priežiūros išteklių panaudojimo strateginiam planavimui, naujų technologijų plėtrai.
3. Sveikatos priežiūros kokybės srityje:
- 3.1. patvirtinti, tačiau iki šiol neveikiantys tam tikrus sveikatos priežiūros kokybės reikalavimus nustatantys Sveikatos apsaugos ministro įsakymai (dėl detalizuotų specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų), kurie padėtų įdiegti bendrą atitikties vertinimo sistemą; neatsižvelgta į specialistų pastabas ir pasiūlymus dėl kai kurių detalizuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą reglamentuojančių įsakymų.
4. Mokėjimo už sveikatos priežiūros paslaugas ir sveikatos draudimo srityje:
- 4.1. tinkamai nepasirengta asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo sistemai pagal 2000 m. sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtintus detalizuotų stacionariųjų paslaugų reikalavimus;
- 4.2. neparengti teisės aktai, leidžiantys pacientams sumokėti už paslaugas, kurios nepriskirtos būtinosios medicinos pagalbos kategorijai, kai minėtų paslaugų kaštai yra didesni nei už jas mokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto.
- 4.3. Įvertinus šias problemoms galima buvo teikti pasiūlymus joms spręsti:
- 4.4. numatyti racionalaus pirminės sveikatos priežiūros sistemos pertvarkymo principus, privačios iniciatyvos teikiamų galimybių panaudojimą bei optimizuoto savivaldybių ir valstybinių ligoninių tinklo plėtrą, kuri paspartintų sveikatos sistemos restruktūrizacijos procesą;
- 4.5. užsakyti įrodymais pagrįstų mokslo tiriamųjų darbų asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklai vertinti .
- 4.6. stiprinti perspektyvių sveikatos priežiūros įstaigų savivaldą, panaudos sutartimi valdomą valstybės ar savivaldybių turtą perduodant valstybės ir savivaldybių viešosioms sveikatos priežiūros įstaigoms;
- 4.7. racionaliai skirstyti investicijas sveikatos priežiūrai, atsižvelgiant į sveikatos sistemos reformos principus;
- 4.8. įvertinti norminius dokumentus, nustatančius sveikatos priežiūros sistemos veiklą, dėl atitikimo sveikatos reformos tikslams įvertinimo, siekiant sudaryti palankesnes sąlygas sveikatos reformos procesui.
- 4.9. sudaryti palankias teisinės sąlygas savanoriškajam papildomam sveikatos draudimui.

Svarbus Sveikatos apsaugos ministerijos ir Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų darbo įvertinimas buvo 2002 m. Vyriausybės rūmuose įvykusi Europos valstybių sveikatos apsaugos ministrų konferencija, kurioje dalyvavo 42 valstybių ir Pasaulinės sveikatos apsaugos organizacijos delegacijos. Pažymėtina, kad Lietuvos valstybėje daugelyje sričių atlikti darbai ir sveikatos priežiūros pakitimai buvo įvertinti teigiamai. Ši konferencija buvo paskutinis svarbus renginys Lietuvai integruojantis į Europos Sąjungą, jis parodė, kad Lietuvos valstybė gali būti lygiavertė daugumos Europos valstybių partnerė.

3 SVEIKATINIMO VEIKLOS ĮSTATYMINIAI PAGRINDAI

3.1 Sveikatos teisės konstituciniai principai

Sveikatos teisės raidos kryptį lemia ir Lietuvos Konstitucijos nuostatos, jos 18, 19, 20, 21, 22, 25, 29, 30 straipsniai ir ypatingai žinomas 53 straipsnis [1]. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką. Kiti minėti straipsniai nurodo, kad žmogaus teisės ir laisvės yra prigimtinės, žmogaus teisę į gyvybę saugo įstatymas, žmogaus laisvė neliečiama, žmogaus asmuo, jo orumas neliečiami, su žmogumi be jo žinios ir laisvo sutikimo negali būti atliekami moksliniai ar medicinos bandymai, privatus žmogaus gyvenimas neliečiamas, informacija apie privatų žmogaus gyvenimą gali būti renkama tik pagal įstatymą, žmogus turi teisę įstatymo nustatyta tvarka gauti valstybės įstaigų turimą informaciją apie jį ir kt [24].

Lietuvos sveikatos teisės doktriną veikia ne tik Lietuvos, visų pirma Konstitucijos, teisės nuostatos, bet ir Europos Tarybos teisė bei kiti tarptautiniai žmogaus teisių standartai ir procesai. Sveikatos teisė iš socialinio ir ekonominio konteksto pereina į daug platesnį, humanistinį kontekstą, t.y. daugiau nebesuprantama tik siaurąja prasme, kaip sveikatos, taip pat medicinos paslaugų teikimas ir su juo susijusios techninės sąlygos. Į visą sveikatos sistemą jau žvelgiama žmogaus, paciento, teisių aspektu [22, 23].

Neabejotina, kad dabar pagrindinė sveikatos teisės problema Europoje – pacientas ir jo teisių apsauga. Šiuo požiūriu džiugu, kad Lietuva eina tuo pačiu keliu. Tai rodo tokie įstatymai: Psichikos sveikatos priežiūros [9], Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo [8], Žmogaus audinių, ląstelių ir organų donorystės ir transplantacijos [15], Kraujo donorystės [5], Žmogaus mirties registravimo ir kritinių būklių [16], Narkologinės priežiūros [7], Žmonių užkrečiamų ligų profilaktikos ir kontrolės [17] bei kiti.

Tačiau minėtų įstatymų nevertėtų idealizuoti, juose nemažai straipsnių reikėtų taisyti. Pavyzdžiui, sunku suprasti, kaip be teisininkų ir medikų diskusijos Žmogaus mirties registravimo

ir kritinių būklių įstatymo 11 straipsnyje „Teisė nutraukti gaivinimą“ galėjo atsirasti nuostata, įteisinanti tam tikrą (pasyviają) eutanazijos rūšį – leidžiama nepradėti gaivinti, jog pacientas įstatymų nustatyta tvarka yra pareiškęs nesutikimą, kad būtų gaivinamas, ir yra gydytojų konsiliumo pritarimas... Ši nuostata ne tik kad labai „revoliucinė“ kitų valstybių teisės požiūriu, bet ir prieštarauja Lietuvoje galiojančioms pacientų teisių nuostatoms ir kitiems įstatymams, įpareigojantiems medicinos darbuotojus teikti neatidėliotiną medicinos pagalbą [16].

Neetiškai reglamentuota Kraujo donorystės įstatymo 8 straipsnio nuostata, kurioje nurodoma donoro pareiga kraujo donorystės įstaigai pateikti raštišką sutikimą duoti kraujo ar sudedamųjų jo dalių. Sutikimas būti donoru ir raštiškas tokio sprendimo patvirtinimas yra donoro teisė, bet ne pareiga [5]. Tinkamai teisiškai vis dar nereguliuotos ne tik kai kurios svarbios problemos, pavyzdžiui biomedicinos tyrimų, šeimos planavimo ir kt., bet nepasiekiamą svajonę yra ir tinkamas įstatymų įgyvendinimas [2].

Poįstatyminių aktų stygius paralyžiuoja įstatymų įgyvendinimą, kai kurie jų neatitinka įstatymų nuostatų. Kai kurios įstatymų nuostatos yra aiškiai nevykdomos, pavyzdžiui, akivaizdžiai ignoruojama griežta Žmogaus audinių, ląstelių ir organų donorystės ir transplantacijos įstatymo nuostata dėl donoro ir recipiento anonimiškumo [15].

3.2 Paciento teisių reglamentavimas Lietuvos Respublikos teisės aktuose

3.2.1 Paciento teisės ir pareigos

Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnyje įtvirtinta, jog valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus [1]. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką. Šie teisės principai įtvirtinti Konstitucijoje [37]. Konstitucijoje numatytas garantijas įgyvendina sveikatos srities įstatymai ir lydimieji teisės aktai. Atskiras sveikatos priežiūros santykių grupes reglamentuoja specialūs teisės aktai: Žmogaus audinių, ląstelių ir organų donorystės ir transplantacijos įstatymas [15], Biomedicininis tyrimų etikos įstatymas [2], Narkologinės priežiūros įstatymas [7], Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas [9] bei kiti įstatymai ir teisės aktai.

Bendras pacientų teises visai asmens sveikatos priežiūrai reglamentuoja Sveikatos sistemos įstatymas [12], Sveikatos draudimo įstatymas [10], Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas [11], Civilinis kodeksas[3]. Civilinis kodeksas papildomai reglamentuoja asmens sveikatos priežiūros paslaugų sutarties turiniui ir šių paslaugų teikimui keliamus reikalavimus, kai išlaidas už asmens

sveikatos priežiūros paslaugas apmoka pacientas. Šis teisės aktas konkuruoja su Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu [8].

Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, įsigaliojęs nuo 2005 m. sausio 1 d., yra specialus teisės aktas bendrųjų teisės aktų atžvilgiu, kuris reglamentuoja paciento teises ir jų įgyvendinimo tvarką. Įstatymas taikomas tiek asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, kurių išlaidas pagal įstatymus yra apmokamos (kompensuojamos) iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, valstybės ar savivaldybių biudžetų lėšų, tiek asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, kurių išlaidos pagal asmens sveikatos priežiūros įstaigos nustatytą tvarką yra apmokamos paciento lėšomis.

Paciento pareigų reglamentavimas Lietuvos Respublikos teisės sistemoje nėra toks gausus ir susistemintas kaip paciento teisių. Detalesnis paciento pareigų įtvirtinimas numatomas naujai rengiamoje Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo redakcijoje. Šiuo metu paciento pareigas asmens sveikatos priežiūros įstaigos įtvirtina savo vidaus teisės aktuose.

Visos paciento teisės ir pareigos turi būti aiškinamos ir taikomos sistemiškai, atsižvelgiant į paciento interesus.

Pasikeitusi visuomenės santvarka, teisinės valstybės siekis, įtvirtintas Lietuvos Respublikos Konstitucijos preambulėje [1], teisės viršenybės principo įgyvendinimas, žmogaus teisių ir laisvių apsauga ir pagarba joms, žmogaus sveikatos, kaip didžiausios visuomenės socialinės ir ekonominės vertybės, svarba, sudėtinga ir atsakinga gydytojo profesinė veikla, susijusi su pagrindinėmis konstitucinėmis žmogaus teisėmis ir laisvėmis: teise į gyvybę (Konstitucijos 19 straipsnis), teise į asmens neliečiamybę ir žmogaus orumo apsaugą (Konstitucijos 21 straipsnis), teise į žmogaus privataus gyvenimo neliečiamumą (Konstitucijos 22 straipsnis) ir kt. lemia būtinybę analizuoti gydytojų ir pacientų teisinius santykius.

Kas žmonių sąmonėje formavosi šimtmečius, negali būti ištrinta vos priėmus modernius teisės aktus, todėl būtina gydytojų ir pacientų teisinių santykių doktrininė analizė, plati ir nuolatinė diskusija visais medicinos teisės klausimais. Kita priežastis, lemianti šių santykių analizę, yra pačių šių santykių sudėtingumas, nes jie yra susiję su daugeliu etinių, moralinių, filosofinių ir net religinių dilemų, kurios visos ne tik sprendžiamos, bet ir įtvirtinamos teisės normose [35].

Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje numatyta, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus: įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką. Konstitucinė valstybės pareiga rūpintis žmonių sveikata reiškia ne tik valstybės pareigą sudaryti nemokamos sveikatos priežiūros gavimo garantijas, bet ir apsaugoti sveikatos priežiūros sistemoje veikiančių žmonių, visų pirma – gydytojų ir pacientų teises. Tik aiškus gydytojų ir

pacientų teisinių santykių nustatymas sudarys šių santykių tinkamo plėtojimosi sąlygas, nes tik teisiškai aiškioje terpėje galima pasiekti šių dviejų socialinių partnerių tinkamo bendradarbiavimo, be kurio neįmanomas ir tinkamas sveikatos priežiūros paslaugos teikimas, atitinkantis hipokratiškosios tradicijos principus¹. Siekiant tinkamai reglamentuoti visuomeninius santykius, reikiamai pritaikyti teisės normas tiems santykiams reguliuoti, būtina juos pažinti ir analizuoti, nustatyti jų prigimtį, išskirti specifinius šių santykių atskyrimo nuo kitų panašių santykių ir nurodančius siektinus reglamentavimo tikslus bruožus.

Šiandieninė situacija Lietuvoje, kai visuomenėje plačiai diskutuojami nauji įstatymai, visų pirma 2005 m. sausio 1 d. įsigaliojusio Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo nuostatų reikalavimai ir jų vykdymo tvarką, kai ginčijamasi, ar apskritai tokie reikalavimai atitinka socialinį poreikį ir susiklosčiusius visuomeninius santykius, yra geras pavyzdys, kad teisė žengia į priekį, siekdama pakreipti gydytojų ir pacientų visuomeninius santykius tam tikra linkme. Ši kryptis yra nulemta ne tik įstatymų leidėjo valios – pati tauta, 1992 m. spalio 25d. priimdama Lietuvos Respublikos Konstituciją, padėjo pagrindinius principus žmogaus teisių ir laisvių srityje, o priimtuose įstatymuose tik įgyvendinamos Konstitucijos nuostatos. Viena, tai asmens autonomijos doktrinos, nulemiančios pacientų teisių ir laisvių įtvirtinimą teisės aktuose, įdiegimas Lietuvos teisės sistemoje, ir antra, jų įgyvendinimą užtikrinančių gydytojų pareigų nustatymas.

3.2.2 Gydytojų ir pacientų teisinių santykių civilinė prigimtis

Gydytojų ir pacientų tarpusavio subordinacijos nebuvimas, nors ir labiau formalus nei faktinis jų lygiateisiškumas, paciento autonomija, santykių atsiradimas ir pasibaigimas priklausomai nuo paciento valios, t. y. jų dispozityvumas su tam tikromis išimtimis, kai medicinos pagalba suteikiama be sąmonės esančiam asmeniui ir kitais būtiniais atvejais, lemia gydytojų ir pacientų teisinių santykių civilinę prigimtį. Konstatavus, kad tarp gydytojų ir pacientų atsiranda civiliniai teisiniai santykiai, būtina išsiaiškinti, koks šių santykių atsiradimo pagrindas: sutartis, pats įstatymas, deliktas ar koks kitas. Šiuo atveju būtina atsižvelgti į Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau CK) 1.136 straipsnį, nustatantį civilinių teisių ir pareigų atsiradimo pagrindus [3]. Šio straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad civilinės teisės ir pareigos atsiranda šio kodekso ir kitų įstatymų numatytais pagrindais, taip pat iš fizinių asmenų ir organizacijų veiksmų, kurie nors ir nėra įstatymų numatyti, bet pagal civilinių įstatymų bendruosius pradmenis bei prasmę sukuria civilines teises ir pareigas. Šio straipsnio 2 dalyje detalizuojami juridiniai faktai, kurių pagrindu atsiranda civilinės teisės ir pareigos. Gydytojų ir

¹ <http://www.lmb.lt/Priesaika.htm>

pacientų teisiniams santykiams reikšmingi šios straipsnio dalies 1, 5 ir 6 punktai, kuriuose numatyta, kad civilinės teisės ir pareigos atsiranda iš šio kodekso ir kitų įstatymų numatytų sutarčių ir kitokių sandorių, taip pat, nors ir įstatymų nenumatytų, bet jiems neprieštarujančių sandorių, dėl žalos padarymo bei dėl įvykių ar veiksmų (veikimo, neveikimo), su kuriais įstatymai sieja civilinius teisinius padarinius.

Teisės literatūroje gydytojų ir pacientų civilinių santykių atsiradimas skirstomas į kelias rūšis: į atsirandančius paciento valia ir be jo valios, atsirandančius sutarties pagrindu ir nesutartinius, kylančius iš įstatymų nustatytų asmenų teisių ir pareigų, kita. Sveikatos priežiūros paslaugų įvairovė ir jų platus taikymas lemia, kad gydytojų ir pacientų teisiniai santykiai gali atsirasti įvairiais civilinių teisių ir pareigų atsiradimo pagrindais. Visų pirma tai priklauso nuo to, kokia sveikatos priežiūros įstaiga, t. y. valstybinė (savivaldybės) ar privati suteikia asmens sveikatos priežiūros paslaugą, ir kokioje dirba gydytojas. Pagal Medicinos praktikos įstatymo 4 straipsnio, nustatančio gydytojo teisės verstis medicinos praktika įgijimą ir įgyvendinimą, 1-2 dalis verstis medicinos praktika Lietuvos Respublikoje turi teisę gydytojas, ne vien turintis šio įstatymo nustatyta tvarka išduotą ir galiojančią licenciją, bet ir tik sveikatos priežiūros įstaigoje, turinčioje licenciją teikti atitinkamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas [6]. Taigi vertimasis medicinos praktika, t. y. nuolatinis ir sistemingas jos teikimas, negalimas ne sveikatos priežiūros įstaigoje. Lietuvoje sveikatos priežiūros paslaugas teikia valstybinės (savivaldybių) sveikatos priežiūros ir privačios sveikatos priežiūros įstaigos. Sveikatos priežiūros paslaugą teikiant valstybinei (savivaldybės) įstaigai tarp gydytojo ir paciento sutartiniai santykiai dažniausiai neatsiranda, jie atsiranda remiantis įstatymu asmeniui pasinaudojus nemokama sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistema. Kai kurių autorių nuomone, ir tuo atveju, kai sveikatos priežiūros paslaugas teikia valstybinė (savivaldybės) įstaiga, tarp šalių atsiranda sutartiniai teisiniai santykiai, kadangi pacientas kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigą, išreiškia savo valią dėl jam reikalingos paslaugos, kuri fiksuojama pacientui išduodamoje asmens kortelėje ar ligos istorijoje ir tai yra prilyginama sutarties sudarymui [30]. Su tokia nuomone negalima sutikti, kadangi asmens kortelės ar ligos istorijos paskirtis yra visiškai kitokia: nenustatyti šalių teisių ir pareigų, o fiksuoti tam tikras aplinkybes, gydytojo atliktus veiksmus, paciento būseną ir kt. Dažnai asmens sveikatos priežiūra suteikiama dar nepradėjus asmens kortelės ar ligos istorijos.

3.2.3 Gydytojų ir pacientų teisinių santykių išskirtinumas

Gydytojo atliekamos paslaugos specifika, kylančių prievolinių teisinių santykių turinys, pačių pacientų ir gydytojų santykių pobūdis šių paslaugų atlikimo metu, galimi jų padariniai ir gydytojo atsakomybė bei kiti išskirtiniai bruožai atskleidžia gydytojo ir paciento teisinių

santykių išskirtinumą visų kitų civilinių teisinių santykių atžvilgiu. Glausta šių santykių specifinių bruožų analizė leidžia susidaryti bendrą teisinės aplinkos, kurioje analizuotini tam tikri teisės institutai, reglamentuojantys visuomeninius santykius, susiklostančius teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, vaizdą. Tai reikšminga aiškinant ir taikant teisės normas, įtvirtinančias gydytojų ir pacientų teises ir pareigas, reglamentuojančias gydytojų profesinę teisinę atsakomybę ir kita. Aptariami gydytojų ir pacientų teisinių santykių specifiniai bruožai nėra vieninteliai, yra ir kitų, tačiau pateikti bruožai labiausiai rodo šių ypatingų teisinių santykių specifiką [36].

Visų pirma tai gydytojo teikiamos paslaugos specifika. Gydytojo paslauga vienaip ar kitaip yra skiriama paciento sveikatai, o ji pripažįstama didžiausia visuomenės socialine ir ekonomine verte. Žmogaus teisė turėti kuo geresnę sveikatą, taip pat teisė gauti priimtina, prieinamą ir tinkamą sveikatos priežiūrą pripažįstama prigimtine žmogaus teise [12]. Tiek tarptautinės, tiek nacionalinės teisės aktuose pripažįstama žmogaus teisė į savo sveikatos visapusišką gerovę. Pagal CK 6.725 straipsnio 2 dalį asmens sveikatos priežiūros paslaugos yra veikla, įskaitant tyrimus ir su asmeniu tiesiogiai susijusius patarimus, kuria stengiamasi asmenį išgydyti, apsaugoti nuo susirgimo ar įvertinti jo sveikatos būklę [3]. Ši sąvoka taip pat apima paciento slaugą ir su ja susijusią priežiūrą bei tiesioginį paciento materialinį aprūpinimą, kuris yra reikalingas asmens sveikatos priežiūros veiklai vykdyti, išskyrus farmacinę veiklą.

Gydytojo veikos rezultatas, viena vertus, dažnai priklauso nuo paties paciento tinkamo elgesio, gydytojo nurodymų vykdymo, visapusiškos ir tikslios informacijos apie save ir savo sveikatą suteikimo. Kita vertus, sveikatos priežiūros paslauga nėra vien klinikinis gydymas, todėl labai svarbus paciento autonomijos principo įgyvendinimas. Pacientas turi teisę rinktis, gydytis ar ne, taip pat diagnostikos ir gydymo metodikas, tačiau prieš tai pacientui jam suprantamu būdu išaiškinami intervencijos į jo sveikatą tikslas, pobūdis, padariniai ir pavojai [8].

Gydytoją ir pacientą sieja prievolė užtikrinti, kad gydytojo pareiga būtų vykdoma dedant didžiausias pastangas. Gydytojas neįsipareigoja pasiekti tam tikrą rezultatą (pavyzdžiui, išgydyti pacientą), tačiau turi garantuoti, kad atlikdamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir tuo vykdydamas prievolę užtikrins didžiausią atidumą, rūpestingumą, atsargumą ir kvalifikuotumą. Dažnai gydytojo veikla objektyviai susijusi su žalos darymu, pavyzdžiui, kiekvienos operacijos metu daroma žala žmogaus sveikatai siekiant išvengti blogesnių padarinių, tačiau žalos atsiradimas savaime nereiškia, kad prievolė vykdoma netinkamai. Šiuo atveju turi būti vertinama gydytojo veikos atitiktis gydytojo profesinės veiklos standartui [38]. CK 6.732 straipsnyje nustatomas rūpestingumo laipsnis, nurodoma, kad vykdydamas savo veiklą, asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas turi užtikrinti tokį rūpestingumo laipsnį, kokio tikimasi iš sąžiningo asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo. Jo veikla turi būti grindžiama atsakomybe, kurią nustato įstatymai, kiti teisės aktai ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų profesijos standartai.

Gydytojo paslauga remiasi išskirtinėmis paties gydytojo medicinos mokslo žiniomis, profesine kvalifikacija, kurią jis įgyja aukštojoje mokykloje ir nuolatinio profesinės kvalifikacijos tobulinimosi metu, o pacientas, paprastai nebūdamas medikas, negali nustatyti jam reikiamos paslaugos, juolab vertinti jos atlikimo kokybės. Esant kitiems paslaugų civiliniams teisiniams santykiams klientas konkrečiai žino, kokios paslaugos jam reikia savo poreikiams patenkinti, o sveikatos priežiūros paslaugos pacientas dažniausiai pats neidentifikuoja, o tik siekia bendro tikslo (pagyti, panaikinti skausmą ir kt.).

Pacientas yra priklausomas nuo gydytojo, nes, siekdamas sau gerovės ir įgyvendinti savo prigimtine teisę į sveikatą, pats sau negali suteikti šios paslaugos ir visus minėtos teisės įgyvendinimo aktyvius veiksmus suteikia atlikti gydytojui. Paciento priklausymas nuo gydytojo yra objektyvus psichologinis veiksnys. Į šį bruožą turi būti atsižvelgiama ypač kai vertinama, ar pacientui buvo suteikta visapusiška galimybė įgyvendinti įstatymuose įtvirtintas teises. Teisingai teigiama, kad pacientas prieš gydytoją stoja tiek fiziškai, tiek emociškai nuogas [27]. Tai iš esmės riboja racionalų paciento pasirinkimą, kadangi dažniausiai tuo metu jam nėra galimybių objektyviai įvertinti situaciją ir priimti jo interesus geriausiai atitinkantį sprendimą. Šiuo atveju pacientui lieka pasikliauti mūsų sveikatos priežiūros sistemoje išivyravusiu požiūriu, kad „gydytojas žino geriausiai“.

Dažnai pacientui gydytojo suteikiama sveikatos priežiūros paslauga yra būtinai reikalinga. Pacientas negali rinktis, reikia jam šios paslaugos ar ne, tačiau visais atvejais pripažįstama paciento teisė pasirinkti gydytoją, gydymo būdą (Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 5 str. 1 d.).

Gydytojo ir paciento santykiai pagrįsti pasitikėjimu (fiduciarinis santykių pobūdis). Jei nebus pasitikėjimo tarp šių asmenų, pacientas gali nesutikti tam tikrų gydymo priemonių ar metodų taikymu arba apskritai nesikreipti į sveikatos priežiūros įstaigą ar gydytoją. Šiuo atžvilgiu paciento autonomijos doktrina gali prieštarauti paties paciento interesams.

Gydytojo ir paciento santykiai pagrįsti konfidencialumu, kuris yra reikšmingas santykių požymis, nes paciento sveikata yra jo privataus (asmeninio) gyvenimo dalis, taip pat teisės saugomas objektas. Kita vertus, reikšmingas visuomeninio (viešojo) intereso tenkinimas, nes gydytojas yra asmuo, kuris dėl savo atliekamos paslaugos specifikos gauna informaciją, kurią turi teisę žinoti visuomenė (dėl pavojingų užkrečiamų ar psichikos ligų, nusikalstamos veikos požymių ir kt.) [17]. Svarbu yra rasti tinkamą viešo intereso ir asmens privataus gyvenimo neliečiamumo pusiausvyrą [36]. Pažymėtina, kad Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 10 straipsnio 6 dalyje nustatyta, jog, užtikrinant paciento teisę į privataus gyvenimo neliečiamumą, turi būti vadovaujamas nuostata, kad paciento interesai ir gerovė yra svarbesni už visuomenės interesus.

Apibendrinant apžvelgtą teisinių santykių sritį pažymėtina, kad gydytojų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų bei pacientų civiliniai teisiniai santykiai atsiranda skirtingais pagrindais. Gydytojų su pacientais nesieja sutartinai civiliniai teisiniai santykiai, o asmens sveikatos priežiūros įstaigos civiliniai teisiniai santykiai gali atsirasti remiantis tiek sutartimi, tiek įstatymu. Gydytojų ir pacientų civilinių teisinių santykių specifiniai bruožai ir kiti teisiniai klausimai susiję su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, sudaro pagrindą teisės normas, reglamentuojančias šiuos santykius, išskirti į atskirą civilinės teisės institutą ar net į teisės šaką, kuri pasaulyje plačiai žinoma kaip sveikatos teisė, sveikatos priežiūros teisė ar medicinos teisė. Lietuvoje šios teisės šakos yra labai mažai plėtojamos, tai sudaro prielaidas įvairiai interpretuoti įstatymuose įtvirtintą gydytojų, sveikatos priežiūros įstaigų ir pacientų teisių bei pareigų turinį, kartu sudaro nepalankias sąlygas gydytojų profesinei veiklai.

3.3 Sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės draudimas

Lietuvos Respublikos Konstitucijoje įtvirtinta sveikatos, kaip vienos iš pagrindinių žmogaus vertybių, apsauga lemia valstybės konstitucinę pareigą rūpintis žmonių sveikata, sudarant nemokamas sveikatos priežiūros gavimo garantijas, užtikrinant tinkamą teisinį sveikatos priežiūros sistemos reguliavimą ir funkcionavimą [1]. Šie tikslai pirmiausia pasiekiami aiškiu sveikatos priežiūros srityje dirbančių gydytojų ir pacientų teisių ir pareigų įtvirtinimu bei efektyvios gydytojų pacientams padarytos žalos atlyginimo sistemos užtikrinimu. Viena iš priemonių, užtikrinančių efektyvų ir greitą žalos paciento sveikatai atlyginimą, kartu sušvelninančių gydytojų ir pacientų santykius žalos atlyginimo atveju, yra privalomojo sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės draudimo įtvirtinimas Lietuvoje.

Sveikatos priežiūros įstaigų privalomąjį civilinės atsakomybės draudimą reglamentuoja Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas (2005 m. sausio 1 d. įsigaliojusi redakcija)², Draudimo įstatymas³, Civilinis kodeksas [3], Civilinės atsakomybės privalomojo draudimo tvarka⁴.

Analizuojant civilinės atsakomybės draudimo teisinio reguliavimo ypatumus teisiniu požiūriu svarbus sisteminis šių nuostatų aiškinimas, tarpusavio konkurencijos ir teisės aktų hierarchijos nustatymas. Svarbus konceptualus, ne formalus ir ne dogminis aiškinimas, atsižvelgiant į gydytojų veiklos teisinio reguliavimo principus. Tokio požiūrio būtinumą lemia

² Valstybės žinios. 2004, Nr. 115-4284.

³ Valstybės žinios. 2003, Nr. 94-4246.

⁴ Valstybės žinios. 2005, Nr. 1.

siekis išvengti gydytojų, sveikatos priežiūros įstaigų ir draudimo bendrovių nepagrįsto teisinės atsakomybės išplėtimo ar susiaurinimo, subjektyvaus dogminio teisės normų aiškinimo.

2005 m. sausio 1 d. įsigaliojusios naujos Pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymo redakcijos 16 straipsnyje numatyta, kad sveikatos priežiūros įstaigos privalo drausti savo civilinę atsakomybę už pacientams padarytą žalą.

Pagal minėtą įstatymą drausti savo civilinę atsakomybę turi visos sveikatos priežiūros įstaigos, t. y. tiek valstybės ir savivaldybės asmens sveikatos priežiūros viešosios ir biudžetinės įstaigos, tiek kitos įmonės ir įstaigos, turinčios licencijas teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir sudariusios sutartis su Valstybine ligonių kasa ar teritorinėmis ligonių kasomis.

Gydytojų civilinės atsakomybės draudimas nėra naujiena Lietuvoje. Sveikatos sistemos įstatymo⁵ 89 straipsnyje numatytas sveikatos priežiūros įstaigų privalomas civilinės atsakomybės draudimas, kurį pagal 1996 m. Pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymo [8] 16 straipsnį turėjo vykdyti Valstybinė ligonių kasa, tačiau šios įstatymo nuostatos nebuvo įgyvendintos.

Gydytojai ir sveikatos priežiūros įstaigos draudžiamos daugelyje Vakarų Europos šalių. Civilinės atsakomybės draudimu draudžiami arba patys gydytojai, arba sveikatos priežiūros įstaigos. Lietuvoje draudžiamos sveikatos priežiūros įstaigos. Tai natūralus ir pagrįstas sprendimas, susijęs su bendrais žalos atlyginimo pagrindais ir pačia sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje, pagal kurią gydytojams remiantis Medicinos praktikos įstatymo⁶ 4 straipsniu leidžiama verstis medicinos praktika tik sveikatos priežiūros įstaigoje ir dauguma iš jų jose praktikuoja pagal darbo sutartis. Sutarties šalys – draudėjas (sveikatos priežiūros įstaiga) ir draudikas (draudimo bendrovė).

Taigi esant privalomam civilinės atsakomybės draudimui nukentėjęs asmuo turi teisę reikšti reikalavimus tiesiogiai draudikui, jeigu žala viršija draudimo sumą – žalą padariusiam asmeniui. Šiuo atveju žalą padariusio asmens ir nukentėjusio asmens ginčą sprendžia Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija, kuri yra privaloma ikiteisminė tokių ginčų sprendimo institucija pagal Pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymo 17 straipsnį. Jos sudėtis patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gruodžio 8 d. įsakymu⁷.

Nagrinėjant ginčus, kylančius iš gydytojų pacientui padarytos žalos atlyginimo santykių, dažnai keliamas klausimas, kas pacientui pagal įstatymą turi atlyginti žalą. Vadovaujantis civiliniame kodekse įtvirtintais bendrais žalos atlyginimo pagrindais [3], civilinėje teisėje galioja taisyklė, kad žalą atlygina ją padaręs asmuo. Tačiau esti ir netiesioginė atsakomybė, kai žalą turi atlyginti už žalą padariusį asmenį atsakingas asmuo. Vienas iš tų atvejų, apie kurį kalbama, nagrinėjant sveikatos priežiūros įstaigų ir gydytojų tarpusavio santykius, yra samdančio

⁵ Valstybės žinios. 1998, Nr. 112.

⁶ Valstybės žinios. 2004, Nr. 68.

⁷ Valstybės žinios. 2004, Nr. 178.

darbuotojus asmens atsakomybė už žalą, atsiradusią dėl jo darbuotojų kaltės, kurią numato CK 6.264 straipsnis. Todėl esant tokiems žalos atlyginimo santykiams, įskaitant ir gydytojų pacientams padarytos žalos atvejus, žalos atlyginimo subjektu yra ne gydytojas, o sveikatos priežiūros įstaiga. Tokia pozicija įtvirtinta ir Pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymo 13 straipsnyje, kuriame numatyta, kad žalą, padarytą pacientams dėl šios įstaigos ar jos darbuotojų kaltės teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, privalo atlyginti sveikatos priežiūros įstaiga.

Taigi tai, kad Lietuvoje privalomu civilinės atsakomybės draudimu draudžiamos sveikatos priežiūros įstaigos, yra pagrįsta, nes toks sprendimas susijęs su bendrais žalos atlyginimo pagrindais ir pačia sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje, kuria remiantis gydytojams pagal Medicinos praktikos įstatymo 4 straipsnį leidžiama verstis medicinos praktika tik sveikatos priežiūros įstaigoje, ir dauguma iš jų jose praktikuoja pagal darbo sutartis.

Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. sausio 6 d. įsakymu Nr. V-6 patvirtintoje sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo tvarkoje draudiminis įvykis apibrėžiamas kaip draudimo sutarties galiojimo metu padaryti draudėjo ir draudėjo darbuotojų neteisėti veiksmai, susiję su asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, dėl kurio atsirado žala. O pats draudimo objektas – draudėjo civilinė atsakomybė už žalą, padarytą nukentėjusiam trečiajam asmeniui, kuri atsirado draudimo sutarties galiojimo metu ir per vienerius metus nuo draudimo sutarties galiojimo pabaigos dėl draudimo sutarties galiojimo metu padarytų neteisėtų draudėjo ir/ ar draudėjo darbuotojų veiksmų, teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

Sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės atveju draudiminis įvykis – tai sveikatos priežiūros įstaigos civilinė atsakomybė už pacientams padarytą žalą.

Lietuvos siekis tapti teisine valstybe, kurti pilietinę visuomenę kreipia teisinį reglamentavimą žmogaus teisių apsaugos ir realaus jų įgyvendinimo užtikrinimo linkme. Vienas iš valstybės uždavinių užtikrinant tinkamą sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimą yra suderinti visuomeninius santykius, kuriuose dalyvauja pacientai, gydytojai ir sveikatos priežiūros įstaigos, taip, kad pacientams būtų sudarytos kuo greitesnio žalos atlyginimo ir aiškesnės sąlygos ir kad patys gydytojai, atlikdami savo profesinę veiklą, galėtų tinkamai ir netrukdomai atlikti savo pareigas.

Privalomojo gydytojų (sveikatos priežiūros įstaigų) civilinės atsakomybės draudimo įtvirtinimas Lietuvoje yra pažangus dalykas ir viena iš priemonių, padėsiančių užtikrinti minėtų uždavinių įgyvendinimą. Kol kas besąlygiškai vertinti įstatymines sveikatos priežiūros įstaigų privalomąjį civilinės atsakomybės draudimą reglamentuojančias nuostatas per anksti, kadangi sveikatos priežiūros įstaigų draudimas – naujas dalykas. Be to, Lietuvoje dar nesusiformavusi mokslinė doktrina, negausi, nesusistovėjusi teismų praktika gydytojų pacientams padarytos žalos

atlyginimo bylose. Todėl svarbu, kad įstatymų nuostatos būtų aiškinamos pagal jų paskirtį, taip pat vadovaujantis pacientų interesų prioriteto principu, kad civilinės atsakomybės draudimu būtų pasiektas tikslas – atlyginti pacientams padarytą žalą. Šių nuostatų taikymą lems pačių sveikatos priežiūros įstaigų pozicija, jų susitarimas su draudimo kompanijomis ir tai, kokias sąlygas sveikatos priežiūros įstaigos išsiderės. Svarbiausia turėtų būti pacientų teisių užtikrinimas ir realus žalos atlyginimas.

3.4 Įstatyminė sveikatos draudimo schema

3.4.1 Privalomojo sveikatos draudimo aktualumas

Privalomąjį sveikatos draudimą vykdo šios institucijos [10]:

1. Privalomojo sveikatos draudimo taryba prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės;
2. Valstybinė ligonių kasa;
3. Teritorinės ligonių kasos.

Valstybinė ligonių kasa (VLK) ir 10 jos filialų (po vieną kiekvienoje iš 10 apskričių), arba teritorinių ligonių kasų (TLK), administruoja privalomojo sveikatos draudimo sistemą. Valstybinę ligonių kasą prižiūri (kontroliuoja) Privalomojo sveikatos draudimo taryba (PSDT). Tarybos pirmininku, kaip taisyklė renkamas Sveikatos apsaugos ministras, o tarybos nariais – kitų ministerijų, profsąjungų, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, savivaldybių ir ligonių kasų atstovai. Valstybinė ligonių kasa atsako už visos sveikatos draudimo sistemos veiklą, vykdo privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą, ji rengia metodikas, paskirsto pinigus ir kontroliuoja Teritorines ligonių kasas, vykdo užpirkimus ir sprendžia dėl rezervo fondo nenumatytiems atvejams panaudojimo. Taip pat kontroliuoja sveikatos priežiūra ar farmacine veikla besiverčiančių įmonių, įstaigų ir organizacijų paslaugų, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo biudžeto, kiekį ir kokybę, atlieka finansinę privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų naudojimo analizę. Teritorinės ligonių kasos sudaro sutartis (pasirašo) su paslaugų teikėjais atitinkamoje apskrityje, apmoka už suteiktas paslaugas, kompensuoja draudžiamiesiems galūnių, sąnarių ir organų protezų įsigijimo ir protezavimo, vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo bei sanatorinio-kurortinio gydymo išlaidas bei kontroliuoja paslaugų teikėjų darbą. TLK stebėtojų tarybos, į kurių sudėtį įeina VLK atstovas, apskrities gydytojas ir savivaldybių atstovai (dažnai savivaldybių gydytojai), suteikia galimybę koordinuoti vietinės savivaldos ir apskrities administracijos iš vienos pusės ir trečiosios pusės mokėtojų iš kitos pusės, veiklą (taip pat renka TLK medicinos audito komisiją ir TLK taikinimo

komisiją, tvirtina TLK ir sveikatos priežiūros įstaigų sudarytas sutartis ir prižiūri, kaip jos vykdomos).

Diskusijos dėl sveikatos finansavimo reformos Lietuvoje prasidėjo 1988 metais [39]. Tuometinė Sveikatos apsaugos ministerijos vadovybė pradėjo finansuoti darbo grupę, sudarytą iš Lietuvos mokslų akademijos Ekonomikos instituto darbuotojų ir medikų atstovų. Grupė (vadovas doc. A. Dobravolskas) 1989 metais parengė siūlymus, kuriuose buvo parodytas poreikis išskirti sveikatos apsaugos valdymą ir finansavimą iš tuometinės SSRS kompetencijos, atsisakyti sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo pagal turimus išteklius, diegti sveikatos išteklių skirstymą rajonams pagal rajonų gyventojų skaičių, pamažu didinti sveikatos įstaigų ekonominį savarankiškumą, atitinkamai mažinant Lietuvos sveikatos apsaugos ministerijos vaidmenį priimant sprendimus dėl centralizuoto medicinos aparatūros pirkimo. 1989 metų pabaigoje darbo grupė parengė rekomendaciją sveikatos draudimo sistemos įgyvendinimą laikyti pagrindine sveikatos finansavimo reformos kryptimi bei priemonių, garantuojančių Lietuvos ekonominį savarankiškumą, kontekste parengė pirmąjį sveikatos draudimo įstatymo projektą (pagrindiniai autoriai A. Dobravolskas ir L. Pečiulienė). 1990 metais atkūrus Lietuvos nepriklausomybę pirmaeilio sveikatos priežiūros uždaviniu tapo bazinių medicinos paslaugų (imunizacija, vaikų sveikatos priežiūra, gyventojų aprūpinimas gyvybiškai būtinais medikamentais) garantavimas. Siekdama įgyvendinti šiuos tikslus bei atsižvelgdama į teorines ir praktines kompleksiško sveikatos draudimo diegimo problemas Lietuvos Respublikos Vyriausybė nusprendė 1990 – 1991 metais prioritetiniu savo uždaviniu laikyti bendrųjų socialinio draudimo įstatymų pagrindų parengimą. 1990 10 23 Lietuvos Respublikos Aukščiausioji Taryba priėmė Valstybinio socialinio aprūpinimo sistemos pagrindų įstatymą, kuris, apibrėždamas socialinio aprūpinimo pagrindus, nustatė, jog:

- valstybinio socialinio aprūpinimo sistema yra visuomenės socialinio aprūpinimo pagrindas;
- valstybinio socialinio aprūpinimo sistema apima visus šalies gyventojus.

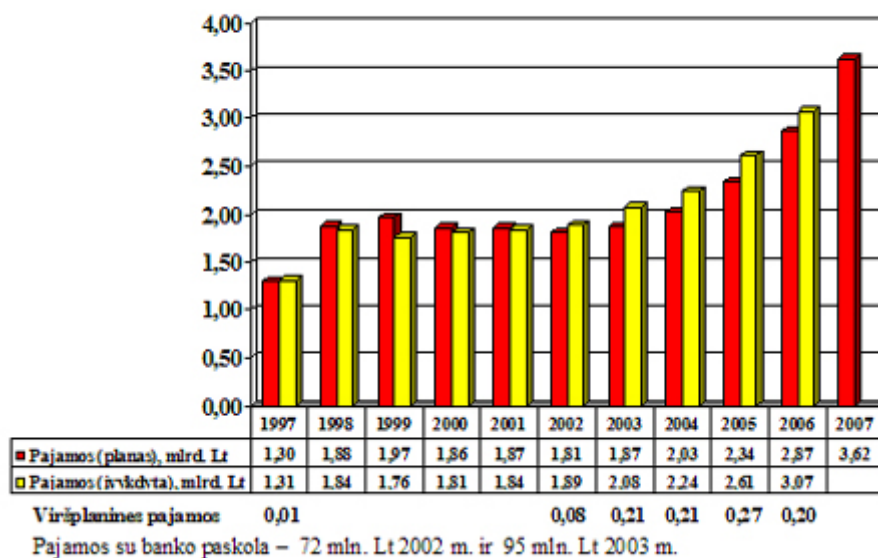
Šios bazinės nuostatos vėliau buvo išplėtos Valstybinio socialinio draudimo įstatyme, įteisinusiame sveikatos draudimo sistemos atkūrimo Lietuvoje pradžią. Jau rengiant Valstybinio socialinio draudimo įstatymą buvo pasiektas įvairių politinių jėgų sutarimas, jog, parengus savarankišką sveikatos draudimo įstatymą, sveikatos draudimo elementus reglamentuojanti Valstybinio socialinio draudimo įstatymo dalis bus perkelta į naująjį įstatymą. Įstatymas fiksuoja minimalią pajamų mokesčio, skiriamo sveikatos draudimo įmokoms, dalį, ir atitinkamai situaciją, jog konkreti dalis bus nustatyta Seimui tvirtinant metų biudžetą. Nuostata, jog “Seimas, kiekvienais metais priimdamas valstybės biudžetą <...> tvirtina į privalomojo sveikatos draudimo biudžetą pervedamas įmokas vienam apdraustajam, draudžiamam valstybės lėšomis,

dydį” [10]7, ryšį su biudžetu dar labiau sutvirtina. Pažymėtina, kad tarp draudžiamųjų valstybės lėšomis yra daugiau nei pusė šalies gyventojų. Įstatymo 32 straipsnis numato, jog “TLK steigia ir jos nuostatus tvirtina VLK”. Ši juridinė nuostata reiškia, kad teritorinės ligonių kasos yra VLK filialai, o visa draudimo institucijų sistema yra nacionalinė ir griežtai subordinuota. Įstatymas numato centralizuotą medicinos paslaugų kainodaros bei kontrolės sistemą.

Ligonių kasų veikla pirmiausia grindžiama atstovavimu pacientų, apdraustųjų interesams. Ne tik dirbančiųjų, bet pensininkų, neįgaliųjų, vaikų iki 18 metų, nėščiųjų ir kitų asmenų, kuriuos draudžia valstybė. Kartu norėtusi pridurti, jog ne visuomet lengva žvelgiant iš šalies suprasti sudėtingą ligonių kasų darbą. Juk svarbus ne tik biudžeto dydis, bet ir teisingesnių bei tikslesnių finansavimo mechanizmų diegimas. Pinigų niekada nebus pakankamai, tai patvirtina ir kur kas turtingesnių šalių patirtis: išlaidos sveikatos apsaugai didėja sparčiau nei šalies bendrasis vidaus produktas. Vadinasi, visuomet bus aktualus vienas svarbiausių draudimo principų: už tas pačias lėšas nupirkti kuo daugiau ir kuo kokybiškesnių paslaugų.

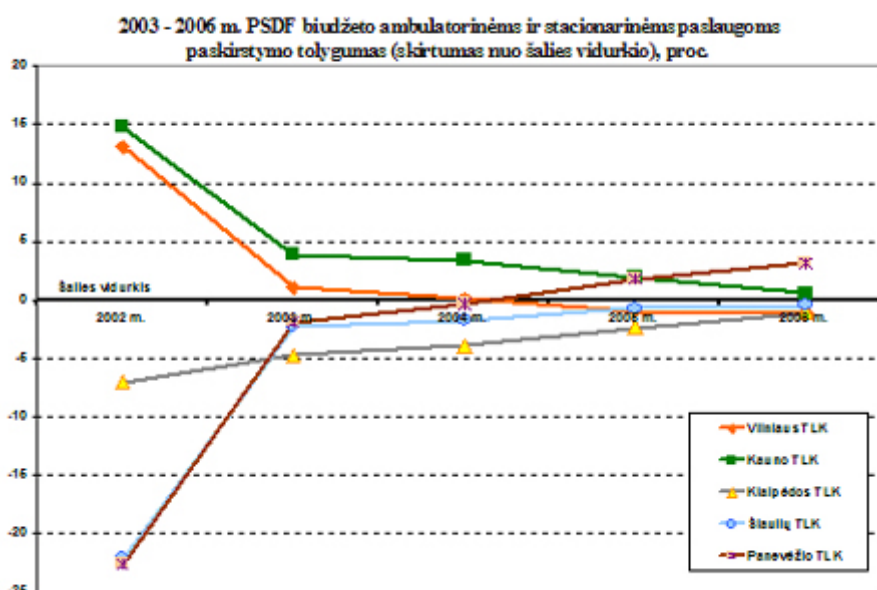
Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžetas pirmą kartą buvo patvirtintas 1997-aisiais, įsigaliojus Sveikatos draudimo įstatymui. Tais metais jį sudarė 1,31 mlrd. litų. Toliau pateikiamoje lentelėje matyti, kaip per dešimt metų laipsniškai didėjo PSDF biudžetas [40]:

1997 – 2007 m. PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO PAJAMOS (be lešų likucio metu pradžiai mlrd. litu)



Didėjantis biudžetas reiškia ir didesnes mūsų galimybes tenkinti gyventojų sveikatos priežiūros poreikius, gerinti paslaugų prieinamumą ir kokybę. Vis dėlto tinkamą sveikatos apsaugos sistemos finansavimą lemia ne tik didesnis biudžetas, bet ir teisingas lėšų administravimas. Dar vienas svarbus privalomojo sveikatos draudimo principas – tolygus visų šalies gyventojų sveikatos priežiūros finansavimas, užtikrinantis visiems žmonėms vienodai

prieinamą medicinos pagalbą. Todėl jau nuo 1999-ųjų PSDF biudžeto lėšos buvo pradėtos skirstyti TLK pagal gyventojų skaičių, amžių ir lytį. Šis principas buvo taikomas skiriant lėšas pirminei sveikatos priežiūrai, slaugai ir palaikomajam gydymui bei medicininei reabilitacijai. Nuo 2003-ųjų lėšų paskirstymo pagal gyventojų skaičių, amžių ir lytį principas pradedamas taikyti ir mokant už stacionarines bei ambulatorines paslaugas. Toliau pateikiamame grafike parodyta [40], kad iki 2003 metų Kauno TLK ar Vilniaus TLK veiklos zonos gyventojų gydymui tekdavo kur kas daugiau lėšų nei Panevėžio, Šiaulių ar Klaipėdos TLK. Tik 2003 m. pradėjus taikyti šį lėšų paskirstymo principą, padėtis akivaizdžiai pasikeitė.



Tais pačiais metais TLK sudarė tiesiogines gydymo paslaugų apmokėjimo sutartis ne tik su savo, bet ir su kitų TLK aptarnaujamų zonų gydymo įstaigomis. Kai už kito regiono gydymo įstaigos paslaugas moka ligonių kasa, kurios aptarnaujamoje teritorijoje pacientas nuolat gyvena, ne tik realizuojama paciento teisė pasirinkti, bet gydymo įstaigos skatinamos konkuruoti bei siekti paciento dėmesio geresnėmis paslaugomis. 2006 m. lėšų paskirstymo pagal gyventojų skaičių, amžių ir lytį formulė buvo pradėta taikyti ir mokant už vaistus bei medicinos pagalbos priemones.

3.4.2 Pirmo reformų etapo teigiami rezultatai

1991 metais socialinio draudimo sistema garantavo būtinų vaistų prieinamumą socialiai pažeidžiamiausiems gyventojams (senatvės pensininkams, invalidams, vaikams bei sergantiems sunkiomis ligomis asmenims). Jau sukurta apdraustųjų socialiniu draudimu registravimo sistema bei suformuoti sveikatos išlaidų kontrolės pradmenys. Dauguma sanatorinių gydymo įstaigų įgijo ne pelno įmonių statusą ir sukaupė darbo kontraktų su SODRA pagrindu patirtį. VLK bei per šią

instituciją finansuojamų respublikinių gydymo įstaigų darbo patirtis yra pakankama, kad galima būtų išplėsti šių institucijų sutartinių santykių turinį bei plėtoti sutartinių santykių taikymą įtraukiant savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigas. Didžiosios ligoninės pradėjo konkuruoti dėl pacientų, ir todėl sumažėjo kliūčių pacientams patekti į ligoninę (ypač chirurginio profilio skyrius). 1990–1995 metais sumažėjo 3,2 dienu, arba 18 %. Palyginti su 1985 metais ligoninėse aiškiai sumažėjo lovų užimtumas ir atsirado galimybė mažinti lovų ligoninėse skaičių bei uždaryti nereikalingas ligonines [39]. Norint konkretizuoti išvadas, reikėtų įvertinti gydymo technologijų plėtrą, stacionarizavimo struktūros pagal ligas kitimą, gydymo trumpinimą, siekiant išvengti ekonominės blokados 1990 metais ir biudžeto deficito 1994–1995 metais finansinių padarinių.

3.4.3 Struktūros reformos būtinybė

Užuot kopijavus kitų šalių struktūras, pertvarkos keliu einančioms šalims geriau išsistudijuoti tai, ko jų vakarietiški kaimynai atsikratė, t.y. tinkamai pasinaudoti patirtimi. Sveikatos priežiūra – didelis verslas Vakarų šalyse ir greitai toks taps visur. Nesukūrus sveikatos draudimo infrastruktūros, gydymo įstaigos bus neapsaugotos nuo trūkumų dėl neefektyvaus kaštų panaudojimo. Naujai kuriamos teisinės struktūros turės kovoti už savo būvį infliacijos kamuojamoje ekonomikoje. Socialinei apsaugai nuolat grės pavojus, įskaitant ir per didelius pajėgumus, ir beviltiškas biurokratinės struktūras, kurios tarsi deda visas pastangas, kad dramatiškos aplinkybės nebūtų visur jaučiamos. Įstatymas, reguliuojantis atsakomybę ir aiškiai parodantis, ko iš finansavimo vertėtų tikėtis sveikatos priežiūros įstaigoms, yra daug svarbesnis nei anksčiau minėtų apskaitos sistemos koregavimai ir kontrolė, bet tiems, kurie dalyvauja ir kartu nori išvengti trinties, visiškai nuostolinga ir brangi yra institucijų konkurencija, kai nuolat stengiamasi atsikratyti atsakomybės. Valstybinis sveikatos draudimas yra tarsi sistema, skirianti aiškų vaidmenį tiek asmeniui, tiek įstaigai. Tai yra ne tiek veiklos be sunkumų prielaida, kiek priemonė vengti pažeisti daugiasluoksne įstatymais apibrėžtą atsakomybę ir kompetenciją. Kiekvienas sistemos veikėjas turi žinoti, ką šiuo klausimu gali daryti ir ko negali daryti. Tuo būdu administracinės procedūros turi būti tokios permatomos ir aiškios, kad būtų įmanoma lengviau suvokti kiekvieno pareigą ir lengviau kontroliuoti, ar kiekvienas atliko savo užduotį. Dabar Lietuvos pasirinktas – labiau į valstybinį orientuotas sveikatos draudimas – būtų priimtinas, jei visi valdžios lygiai veiksmingai dalyvautų šiame procese.

Pastaraisiais metais, palyginti su nepriklausomybės laikotarpio pradžia, pacientui gydymasis (tiek stacionarinis, tiek ambulatorinis) atsieina daug mažiau (jie turi mažiau atsinešti

vaistų, ar kitų priemonių, kurios reikalingos gydymuisi). Tą galimybę suteikia įvestas privalomas sveikatos draudimas. Sveikatos draudimas sveikatos sistemą padarė labiau prognozuojamą. Nepriklausomybės pradžioje ligoninės buvo įklampusios skolose. Biudžetas sistemingai neatsiskaitydavo su gydymo įstaigomis. Apskritai sveikatos sistemai lėšų buvo skiriama gerokai mažiau nei dabar. Nepertraukiamas finansavimas pastaraisiais metais leido gydymo įstaigoms lengviau atsikvėpti, nes jos gali planuoti savo darbus. Kai įstaigos dirba stabiliai, pacientams sumažėja rūpesčių, pacientai jaučiasi saugesni, todėl padidėja gydymo veiksmingumas.

3.5 Papildomas sveikatos draudimas

Privatų sveikatos draudimą (draudimą ligos atveju) reguliuoja 1990 metais priimamas Draudimo įstatymas. Jame sakoma, kad apsidrausti gali bet kas, kas sutinka mokėti draudimo įmokas, o drausti gali Valstybinė draudimo įstaiga, akcinės bendrovės, draudimo organizacijos ar savidraudos draugijos. Licencijas draudimo veiklai išduoda Draudimo taryba, prižiūrima Finansų ministerijos. Sutartinės savanoriško draudimo sąlygos turi būti nustatytos draudėjų nuostatuose ar polisuose, suderintuose Draudimo taryboje. Pagal Sveikatos draudimo įstatymą, šalia privalomojo sveikatos draudimo, yra leidžiamas ir papildomasis (savanoriškasis) sveikatos draudimas – “papildomojo sveikatos draudimo sutartyse nustatytos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, atlyginamos pagal šias sutartis po papildomojo sveikatos draudimo draudiminio įvykio” [10]. Papildomasis sveikatos draudimas vykdomas Sveikatos draudimo, Draudimo įstatymo ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka. Sveikatos draudimo įstatymas įteisina papildomąjį sveikatos draudimą, o Draudimo įstatymas aprašo, kaip veikia privataus draudimo rinka, įskaitant ir mokesčių paskatas. Pačios svarbiausios mokesčių paskatos išdėstytos Draudimo įstatymo 58 straipsnyje.

Nors privatus sveikatos draudimas ir leidžiamas, tačiau savanoriškojo sveikatos draudimo licencijas turi nedaug kompanijų. Daugiausiai privačios draudimo bendrovės draudžia keliaujančių į užsienį asmenų sveikatą [29]. Todėl šiuo metu patys svarbiausi klausimai spartinant papildomojo sveikatos draudimo plėtrą bus klausimai, susiję su aiškiu sveikatos rizikos, kuria padengia privalomasis sveikatos draudimas, apibrėžimu. Privačių draudimo kompanijų pajėgumas leidžia joms didinti privačiai apdraustųjų skaičių, tačiau norėdamos apibrėžti savo produktą šios kompanijos turi žinoti aiškius bent jau vidurinio laikotarpio paslaugų, kurias teikia pagrindinė (valstybinė) sistema, planus. Labai sunku įtikinti gyventojus mokėti privačias sveikatos draudimo įmokas, kai neapibrėžta, kokias paslaugas padengs privatus draudimas. Tarp kitų, privatų sveikatos draudimą ribojančių faktorių galima paminėti ir tokius,

kaip šiuo metu privačiai apmokamų paslaugų (vaistai, stomatologinės paslaugos) nepatrauklumą draudimo bendrovėms, bei šių bendrovių esamų finansinių pajėgumų ir patirties sveikatos draudimo srityje trūkumą. Galima daug norėti, linkėti ir samprotauti apie tai, kaip valstybė privalo pasirūpinti mūsų sveikata: tai numato Lietuvos Konstitucija, tai yra bendras gėris, tai ekonomiškai naudinga jai pačiai ir pan. Paliekant nuošalyje daug rimtesnę diskusiją apie tai, ar valstybė privalo pasirūpinti mūsų sveikata, turime pripažinti, kad to padaryti ji tiesiog nepajėgia, tam yra daug subjektyvių ir objektyvių priežasčių. Viešieji finansai skiriami sveikatos sektoriui – net ir smarkiai padidinti, palyginti su kitomis biudžeto finansuojamomis sritimis, pakankami nebus. Mat paklausa gėrybėms yra neribota, kai už tas gėrybes nereikia asmeniškai mokėti. Be to, asmens sveikatos sąvoka nuolat plečiasi, o gydymo technologijos nuolat tobulėja, todėl žmonių norimų gauti gydymo paslaugų kaina turi tendenciją augti. Taigi valstybinės sveikatos sistemos galimybes riboja finansai.

Apie 30 procentų sveikatos priežiūros išlaidų (maždaug 1,4 milijardai litų) Lietuvoje yra finansuojamos tiesiogiai gyventojų. Šių išlaidų struktūroje vyrauja išlaidos vaistams ir medicininėms prekėms įsigyti, odontologinėms ir sanatorinėms paslaugoms, privačių sveikatos įstaigų teikiamoms paslaugoms. Įvardintos išlaidos bei daliniai gyventojų mokėjimai už medicininės paslaugas, teikiamas valstybinėse įstaigose, gali būti papildomojo sveikatos draudimo objektu. Lietuvos įstatymai numato savanoriško draudimo galimybę, bet draudimo rinka savaimė beveik nesiformuoja. Draudiminių įmokų metinė apimtis nesiekia 40 milijonų litų, o šios įmokos pagrindinai garantuoja apsaugą kelionių į užsienį metu [40]. Nuo devintojo dešimtmečio vidurio daugumos LR vyriausybės programose buvo numatoma papildomojo sveikatos draudimo plėtra, bet jokio akivaizdaus progreso pasiekta nebuvo. Lietuvoje susiklostė situacija kuomet arba medicininės paslaugos ir prekės apmokamos valstybės pilnai, arba jos visai neapmokamos. Finansiniai mechanizmai, užtikrinantys dalinę valstybės paramą finansinės rizikos susirgus ir naudojant valstybės nefinansuojamas prekes ir paslaugas, neveikia. Papildomojo draudimo nuostata yra ir dabartinės Vyriausybės programoje (LRV 2006-2008 metų programos įgyvendinimo 283 ir 284 priemonės), patvirtinant Valstybės siekį sukurti tarpinių socialinių garantijų lygmenį tarp pilno valstybės finansavimo ir finansavimo išimtinai sergančiojo šeimos lėšomis. Papildomojo sveikatos draudimo modelis nesiformuoja ne tik Lietuvoje, bet ir kitose Vidurio ir Rytų Europos valstybėse kas rodo rinkos mechanizmų nesugebėjimą šį modelį sukurti be valstybės dalyvavimo. Ekonominė teorija įvardija šias rinkos negalios sukurti papildomąjį draudimą priežastis:

- Menkas patrauklumas gyventojams dėl mokamų paslaugų krepšelio neapibrėžtumo bei aukštų įmokų tarifų. Pastarieji atspindi ne tik gydymo kaštus, bet ir labai ženkliai 30

procentų nuo įmokų kartais viršijančias modelio, pagrįsto išimtinai privačia iniciatyva ir tradiciniais einamųjų mokėjimų principais, administravimo sąnaudas;

- Menkas patrauklumas draudimo kompanijoms dėl aukštos rizikos, jog pacientai perteklinai vartos vaistus ir dantų gydytojų paslaugas

Lietuvos gyventojai tiesiogiai finansuoja maždaug 30 procentų sveikatos priežiūros išlaidų. Privalomasis sveikatos draudimas pagal savo prigimtį negali efektyviai kompensuoti šių išlaidų, kurios koncentruojasi odontologinių ir sanatorinių bei privačių sveikatos įstaigų teikiamoms paslaugų ir vaistų segmentuose. Galiojančių teisės aktų rėmuose papildomasis sveikatos draudimas negali užtikrinti ženklaus su šiomis išlaidomis susijusios rizikos sumažinimo.

Kuriamo papildomojo sveikatos draudimo modelio tikslas - sukurti efektyviai veikiančią sistemą, kuri daugeliui šalies gyventojų nepriklausomai nuo jų pajamų lygio leistų sukaupti pinigines lėšas, reikalingas sveikatos priežiūros prekėms ir paslaugoms virš privalomojo sveikatos draudimo kompensuojamo lygio. Įgyvendindama principą „pinigai seka paskui ligonį“ padidintų gyventojų teises sprendžiant kokias medicinines prekes ir paslaugas vartoti. Sukurtų palankias socialines prielaidas dalinių mokėjimų už sveikatos priežiūros paslaugas įvedimui.

Žmonių sveikata priklauso pirmiausia nuo jų gyvenimo būdo ir aplinkos, tada nuo genų ir tik tada nuo sveikatinimo sistemos. Taigi bet kokios sveikatos apsaugos sistemos galimybės yra ribotos gydant žmones. Todėl paties paciento požiūris į savo sveikatą yra labai svarbus. Tas požiūris apima rūpinimąsi sveikata, kol dar nesergi, ir sąmoningą dalyvavimą gydymo procese susirgus, tame tarpe ir pinigais.

Papildomas sveikatos draudimas yra tas finansinis įrankis, kuris realizuoja paciento atsakomybę, galimybę rinktis, asmeninį domėjimąsi gydymo būdais ir kokybe, rūpestį profilaktika. Šiandien Lietuvoje jau yra sveikatos draudimo paslaugas teikiančių bendrovių, tiesa, kol kas jos draudžia ne pavienius asmenis, o darbo kolektyvus (nesant galimybės išdalyti riziką, draudimas būtų labai brangus). Tai yra, šiandien yra galimybė darbdaviams drausti darbuotojus sveikatos draudimu. Ankščiau šia paslauga domėjosi praktiškai tik užsienio kapitalo bendrovės, tačiau šiandien esant didžiuliam specialistų trūkumui vis daugiau darbuotojų gali tikėtis, kad darbdavys apdraus juos papildomu sveikatos draudimu ir sutaupys jiems pinigų ir nervų susirgus. Tačiau darbdaviai negali išleisti pinigų daugiau, nei uždirba. Kadangi kai kuriuose sektoriuose atlyginimų augimas jau lenkia darbuotojų produktyvumą, darbdaviai ieško pigesnių skatinimo variantų. Vienas tokių galėtų būti papildomas sveikatos draudimas. Galėtų, jei už jį nereikėtų mokėti socialinio draudimo mokesčio taip, kaip nuo algos. Kaip žinia, sveikatos draudimas smarkiai skiriasi nuo tiesiog atlyginimo padidinimo ir darbuotojo, ir valstybės ekonominės bei sveikatos politikos požiūriu.

Darbuotojo požiūriu sveikatos draudimo vertė skirsis priklausomai nuo jo sveikatos ir rizikos susirgti suvokimo, tačiau jei ir nebus vertinama geriau nei priedas prie atlyginimo, bet kuriuo atveju bus naudingas. Ekonominės politikos prasme privatus draudimas yra būtinas siekiant sveikatos sistemos finansų stabilumo. Jis sumažintų ir dabartines eiles, nes dalis draudimą turinčių pacientų, pasirinktų privačias gydymo įstaigas ir taip sumažintų pacientų skaičių viešosiose gydymo įstaigose. Pačios sveikatos apsaugos sistemos prasme, jis yra reikalingas kaip papildomas finansavimo šaltinis, būtinas specialistams ir paslaugų kokybei išlaikyti.

Situacija gana paradoksali – žmonės ir taip moka už sveikatos paslaugas (daugiausia neoficialiai), vis daugiau darbdavių pribrešta nupirkti darbuotojams legalią galimybę sumokėti už gydymo paslaugas, jau yra bendrovių, teikiančių šias paslaugas. Iš valstybės laukiama smulkmenos – mokesčio lengvatos. Lengvatos ne mėsai, ne naujiems automobiliams, ne bilietams į koncertą. Lengvatos, kuri neiškraipo konkurencijos ir nesukuria padidintos paklausos sveikatos paslaugoms, kuri nesudaro apčiuopiamų nuostolių biudžetui. Bet kuri stringa ir tiek.

3.6 *Prioritetinis pirminės sveikatos priežiūros įstaigų plėtojimas*

1996 metais priimtas Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas [11]. Valstybinėms sveikatos priežiūros įstaigoms šis įstatymas suteikė daug daugiau teisių ir atsakomybės. Pagrindinis įstatymo tikslas - reglamentuoti sveikatos priežiūros įstaigų rūšis, jų steigimo, reorganizavimo, likvidavimo, veiklos, jų akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai, jos valstybinio reguliavimo pagrindus, kontrolės priemones, valdymo ir finansavimo ypatumus, Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (LNSS) įstaigų nomenklatūrą, asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir patarnavimų bei mokamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo LNSS įstaigose tvarką, santykius tarp sveikatos priežiūros įstaigų ir pacientų, nustatyti atsakomybės už šį įstatymą pažeidimus pagrindus.

Įstatyme pateiktų klausimų teisinio reguliavimo būklė tuo metu atspindėjo, Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje [18], priimtoje Lietuvos Respublikos Aukščiausios Tarybos 1991 m. spalio 30 dieną nutarimu Nr. I-1939, situaciją. Buvo apibendrintai įvertintas tarybinės sistemos sveikatos apsaugos modelis kaip "ekstensyvus sveikatos apsaugos modelis - daugiau medicinos personalo, daugiau ligoninių". Pagal šį modelį sveikatos priežiūros įstaigų tinklas buvo vystomas centralizuojant stambias ligonines ir poliklinikas, įvedant sveikatos priežiūros specialistų siaurą specializaciją, nekreipiant dėmesio į darbo

vietų atitikimą specialybės reikalavimams ir t. t. Sveikatos priežiūros įstaigos buvo finansuojamos centralizuotu būdu, naudojant sąmatinį įstaigų finansavimą.

Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija įteisino sveikatos priežiūros įstaigų reformos kryptį - prioritetinį pirminės sveikatos priežiūros įstaigų plėtojimą. Šių įstaigų steigimas tampriai susietas ir su savivaldos reforma bei administracine - teritorine reforma šalyje. Būtent, pirminės sveikatos priežiūros įstaigų tinklas turi būti vystomas kiekvienoje savivaldybėje, kad gyventojams būtų patogu kreiptis į netoli esančius pirminės grandies bendrosios praktikos gydytojų kabinetus bei ambulatorijas [33].

Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija apibrėžė sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo strategiją - per valstybės ar savivaldybių biudžetus, per privalomąjį ir savanoriškąjį sveikatos draudimą. Todėl turi keistis ir sveikatos priežiūros įstaigų ekonominės veiklos sąlygos.

Įstatyme numatytos naujos teisinio reguliavimo nuostatos. Iki šiol buvo aišku, kad sveikatos priežiūros įstaigos - tai valstybinės biudžetinės įstaigos su aiškiai nustatytu finansavimu pagal sąmatą. Tačiau norint įdiegti mišrų finansavimo modelį, grindžiamą biudžetiniu-sąmatiniu finansavimu už būtinąją medicinos pagalbą ir pagal naują principą - "pinigai seka paskui ligonį" draudos medicinoje, reikia keisti ir ekonominius sveikatos priežiūros įstaigų veiklos pagrindus. Darbo grupės nuomone, sveikatos priežiūros įstaigos ekonomine prasme gali būti vertinamos kaip įmonės (pelno siekiančios ir ne pelno) ir biudžetinės įstaigos. Ypač aktualus sveikatos priežiūros ne pelno siekiančių įmonių kūrimas. Tokių įmonių esminis bruožas - įstatymu nustatytas įsipareigojimas gautą pajamų perteklių naudoti teikiamų paslaugų plėtrai arba jų kokybės gerinimui. Gautų pajamų perteklius negali būti padalytas steigėjams (savininkams) arba investuotas į kitą komercinės-ūkinės veiklos sferą.

Pelno siekiančias įmones šiuo metu reglamentuoja Įmonių, Akcinių bendrovių, Valstybės ir savivaldybės įmonių, Įmonių rejestro įstatymai ir kiti įstatymai, reglamentuojantys kitų rūšių įmones. Tuo tarpu ne pelno įmonių veiklą reglamentuoja tik Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr.393 "Dėl ne pelno organizacijų (įmonių) įstatų pagrindinių nuostatų patvirtinimo", priimtas 1992 m. gegužės 26 dieną. 1990 metais buvo numatyta parengti bendrąjį ne pelno įmonių įstatymą, turėjusį reglamentuoti ekonominę įvairių tokio tipo įstaigų veiklą švietimo, sveikatos, kultūros, socialinėje ir kitose srityse, tačiau toks projektas nebuvo parengtas. Darbo grupė susipažino su šiuo projektu, kurio dalis nuostatų įteisinta Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo projekte. Tačiau aišku, kad Viešųjų įstaigų įstatymo projektas negali išspręsti daugelio sveikatos priežiūros įstaigų sudėtingo valdymo problemų. Todėl buvo nutarta pasiūlyti Ekonomikos ministerijai minėtame projekte

atsisakyti sveikatos priežiūros įstaigų veiklos reglamentavimo. Lietuvos Respublikos Seimo priimto Biudžetinių įstaigų ir organizacijų įstatymo pagrindinės nuostatos taip pat perkeltos į Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo projektą. Reglamentuojant pelno siekiančių įstaigų veiklą, atsižvelgta į jau veikiančius įstatymus, reglamentuojančius įvairių rūšių įmones.

Kitas esminis įstatymo aspektas - sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo, įstaigų sveikatos priežiūros registro sudarymo ir sveikatos priežiūros veiklos valstybinio reguliavimo reglamentavimas.

Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo pirmoji dalis skirta tiems bendriesiems reikalavimams, kurie bus privalomi visoms sveikatos priežiūros įstaigoms, nepriklausomai nuo jų nuosavybės formos ir ekonominės veiklos pobūdžio. Svarbiausiu svertu šiuo požiūriu tampa Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Ši tarnyba privalo užsiimti visų sveikatos priežiūros įstaigų veiklos akreditavimu, o įstaigas, priklausančias LNSS, akredituoja dar ir LNSS sveikatinimo veiklos organizavimo lygiams bei tuose lygiuose teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų mastams pagal įstaigų turimas technologijas. Tad teisinis šios tarnybos veiklos reglamentavimas yra būtinas, nurodant jos veiklos ribas bei atsakomybę.

Lietuvos Respublikos Seimui 1994 metais liepos 19d. priėmus Sveikatos sistemos įstatymą, įstatymiškai įtvirtinta Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos struktūra, jos vykdomieji subjektai, valdymo subjektai, ištekliai, veiklos organizavimo lygiai, nemokamos asmens sveikatos, sveikatos priežiūros struktūra, sveikatos santykių valstybinio reguliavimo pagrindai. Tai sudaro teisinius pagrindus, kuriais vadovaujantis jau galima apibrėžti sveikatos priežiūros įstaigų teisinį statusą, jų vykdomos sveikatos priežiūros akreditavimą, Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (LNSS) įstaigų ekonominės veiklos tipus, jų nomenklatūrą, valdymą, reorganizavimą ir t. t.

Darbo grupė, ruošdama Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo projektą, išstudijavo Skandinavijos šalių, Vokietijos bei Kanados sveikatos priežiūros teisės aktus bei Pasaulinės Sveikatos Organizacijos ir Europos Tarybos rezoliucijas, rekomendacijas, medžiagą apie Europos valstybėse esančias sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo sistemas. Buvo nutarta Lietuvos Respublikos Seime įregistruoto ir Seimui pateikto "Medicinos pagalbos įstaigų" įstatymo projekto pagrindu padaryti naują įstatymo projekto variantą, atsižvelgiant į Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnį bei Sveikatos sistemos įstatyme numatytus naujus sveikatos priežiūros įstaigų mišraus finansavimo principus, naujus įstaigų administravimo, akreditavimo, sveikatinimo veiklos registravimo, kontrolės, atsakomybės už teikimas paslaugas būdus.

3.7 Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija

2001 – 2002 m. buvo daug dirbama rengiant sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją, kurią 2003 m. pradžioje patvirtino Lietuvos Respublikos Vyriausybė. Pagrindinis restruktūrizacijos tikslas – pertvarkyti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, siekiant efektyviau naudoti išteklius, suteikti geresnę paslaugų kokybę ir padaryti jas prieinamas. Tuo metu veikiančią sveikatos sistemą buvo būtina keisti, nes sveikatos priežiūros įstaigų tinklas ir turto valdymo sistema neleido racionaliai naudoti lėšas, netolygiai paskirstytos įstaigos ir specialistai, per daug stacionariųjų paslaugų, o mokėjimo už ambulatorines paslaugas sistema neskatino plėsti šių paslaugų ir medicinos pagalbos kaimo vietovėse.

Sveikatos sistemos restruktūrizaciją numatyta vykdyti dviem etapais : pirmasis – 2003 -2005 m., antrasis – 2006 – 2008 m. Restruktūrizuojama keičiant teisinę bazę, pertvarkant turto valdymo sistemą, amortizacinius atsiskaitymus, įskaitant į paslaugų įkainius, tobulinant sveikatos priežiūros įstaigų veiklos licencijavimo tvarką ir diegiant papildomą savanoriškąjį draudimą.

Vadovaujantis 2003 metais LRV patvirtinta Sveikatos priežiūros įstaigų 2003–2008 metų restruktūrizavimo strategija, restruktūrizuojamos sveikatos priežiūros įstaigos. Kad pacientai gautų kokybiškas paslaugas, o medikai turėtų tinkamas darbo sąlygas, renovuojami sveikatos priežiūros įstaigų pastatai, įgyvendinami energijos taupymo projektai, pradėta racionali gydymo įstaigų pertvarka. Siekiant racionaliau ir efektyviau panaudoti turimus išteklius, realizuoti sveikatos priežiūros paslaugų poreikį ir kokybės reikalavimus, optimizuojama asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo apimtis, struktūra ir išdėstymas. Plečiamos ambulatorinės paslaugos, mažinamas stacionarų lovų skaičius. Patvirtinti 10 apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planai – apjungta dalis Vilniaus, Klaipėdos, Kauno ir Panevėžio miestų bei rajonų ligoninių, uždaryti nerentabiliai dirbę akušerijos skyriai, akušerinės paslaugos sutelktos didesnę patirtį turinčiose gydymo įstaigose.

Nenutrūkstamai vyksta sveikatos priežiūros specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimas, ypatingas dėmesys skiriamas slaugos specialistų rengimui, kvalifikacijos kėlimui ir perkvalifikavimui. Plėtojamos socialinės garantijos medikams, didinamas medikų darbo užmokestis kiekvienoje sveikatos apsaugos grandyje taikant specifines darbuotojų darbo užmokesčio didinimo priemones. Pirminės asmens sveikatos priežiūros gydytojų skatinimui už gerus darbo rezultatus 2003 m. skirta 2,4 mln. litų. Įgyvendintas vienas iš 2004 metų prioritetų – vidutiniškai 10 proc. padidintas medicinos darbuotojų darbo užmokestis (šiam tikslui Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžete papildomai skirta 64 mln. litų) [40].

Plėtojant vaistų prieinamumo Lietuvos gyventojams sistemą, skatinant racionalų valstybės lėšų, skirtų vaistams kompensuoti, naudojimą, vaistų kompensavimo sistemos skaidrumą bei farmacinių paslaugų kokybę buvo tobulinami teisės aktai, reglamentuojantys vaistų įtraukimą į ligų ir kompensuojamųjų vaistų sąrašus, bazinės kainos apskaičiavimą ir kt. Sėkmingos derybos su farmacininkais leido subalansuoti neribotą išlaidų vaistams augimą. 2003–2004 metais vaistų kainoms sumažėjus maždaug 20 procentų, atsirado galimybė, išrašyti gyventojams kur kas daugiau vaistų (vien per šių metų birželio mėnesį receptų vaistams išrašyta 15 proc. daugiau negu per 2003 metų birželio mėnesį), papildyti kompensuojamųjų vaistų sąrašą naujais, ligoniams reikalingais preparatais [40].

2003 m. pirmą kartą subalansuotas PSDF biudžetas, pajamų planas įvykdytas 105%. Sumažėjo kreditorinis išsiskolinimas asmens sveikatos priežiūros įstaigoms (20 mln.Lt) ir vaistinėms (95 mln.Lt) [40].

Vertinant pastarojo laikotarpio sveikatos politikos rezultatus, būtina išryškinti ir apibūdinti kokybiškai naują reformos etapą, skirtą sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ir paslaugų struktūros restruktūrizavimui, kuriame dalyvauja visos sistemos valdymo grandys ir kuriame siekiama pacientų poreikius atitinkančio ir ekonomišką lėšų panaudojimą užtikrinančio sistemos funkcionavimo. Ši reforma vykdoma pagal Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją, patvirtintą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimu Nr. 335 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“⁸. Reformos kryptys, tikslai ir uždaviniai suplanuoti 2005–2008 metų laikotarpiui. Ji vykdoma dviem etapais. Pirmasis apima 2005–2008 metų, antrasis – 2006–2008 metų laikotarpį.

Pasiektus pirmojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo rezultatus būtina vertinti Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijoje nurodytų pagrindinių plėtros kryptių ir prioritetų kontekste. Todėl, prieš apibūdinant pasiektus rezultatus, konstatuojama, kad kaip pagrindinės restruktūrizavimo kryptys buvo numatyta ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų plėtra, stacionarinių paslaugų optimizavimas ir slaugos bei ilgalaikio palaikomojo gydymo plėtojimas.

Šalies mastu per pirmąjį restruktūrizavimo etapą pasiekti šie sveikatos apsaugos sistemos rodikliai [34]:

- Hospitalizacija sumažėjo nuo 23,2 iki 20,3. Tai reiškia, kad iki restruktūrizavimo pradžios kasmet daugiau kaip 23 gyventojai iš 100 buvo gydomi ligoninėse. Po pirmojo restruktūrizavimo etapo šis skaičius sumažėjo beveik 3.
- Vidutinį gydymosi ligoninėje laiką pavyko sutrumpinti 2 dienomis, t.y. nuo 10 iki 8 dienų.

⁸ Žin., 2003, Nr.28-1147; Nr. 114-5132.

- Lovos užimtumas padidėjo nuo 284 iki 308 dienų per metus.
- Lovos apyvarta išaugo nuo 28 iki 35 pacientų per metus.

Efektyvesnė tapo sveikatos priežiūros paslaugų struktūra:

- Vienu penktadaliu, arba 5000, sumažintas lovų skaičius bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse.
- Stacionariųjų paslaugų sumažėjo 8 procentais.
- Ambulatorinių paslaugų padaugėjo 6 procentais.
- Slaugos apimtys išaugo 15 procentų.
- Įsteigta 600 dienos stacionaro vietų.

Didžiųjų Lietuvos miestų sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo problemos papildomai nagrinėjamos Lietuvos Respublikos Vyriausybės Strateginio planavimo komiteto posėdžiuose, ypatingą dėmesį skiriant ligoninių jungimui į stambesnius juridinius vienetus ir atsisakant perteklinių ligoninėms priklausančių patalpų plotų. Minėtuose posėdžiuose platus visų šalių interesų atstovavimas ir siūlomų alternatyvų teigiamų bei neigiamų padarinių vertinimas leidžia priimti racionaliausią sprendimą.

Pirmojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo rezultatai jau davė 154 mln. litų ekonominę naudą:

- dviem dienomis trumpesnis vieno ligonio gydymas ligoninėje leido sutaupyti 40 mln. litų;
- dalies ligonių gydymo ligoninėje pakeitimas gydymu ambulatoriniu būdu sutaupė 61 mln. litų;
- intensyvaus gydymo pakeitimas gydymu slaugos ligoninėje davė 14 mln. litų ekonominę naudą;
- gydymo ligoninėje pakeitimas gydymu dienos stacionare sutaupė 39 mln. litų.

Pirmojo restruktūrizavimo etapo įgyvendinimo reikmėms buvo skirta 55 mln. litų. Šių lėšų šaltiniai: privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas – 45,4 mln. litų; Europos Sąjungos struktūriniai fondai – 9,6 mln. litų.

Pagrindiniai antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo 2006–2008 metų prioritetai:

- užbaigti Lietuvos Respublikos Vyriausybės patvirtintos Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos nuostatų įgyvendinimą;
- toliau plėtoti ir artinti prie gyventojų pirminę sveikatos priežiūrą, įgyvendinant priemones, skatinančias pagrindinės šių paslaugų dalies perdavimą privatiems paslaugų teikėjams;

- tobulinti stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą, parengti diferencijuotus ligoninių modelių, reglamentuojančius ligoninių teikiamas paslaugas, specialistų poreikį ir jų kvalifikaciją, reikalavimus patalpoms ir įrangai;
- pasiekti, kad iki antrojo restruktūrizavimo etapo pabaigos greitosios medicinos pagalbos teikiamos paslaugos atitiktų Europos Sąjungos šalių kokybės reikalavimus;
- siekiant gerinti pagyvenusių ir lėtinėmis ligomis sergančių žmonių sveikatos priežiūrą ir užtikrinti efektyvesnį lėšų panaudojimą, plėtoti slaugos ir ilgalaikio gydymo paslaugų sistemą, didinant slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo lovų skaičių, tenkanti santykiniam gyventojų skaičiui, ir paslaugų apimtį, tobulinant jų teikimo formas;
- plėtoti ambulatorinės reabilitacijos mastą ir formas, optimizuojant stacionarinę reabilitaciją;
- tobulinti turto valdymo formas ir metodus, siekti efektyvesnio lėšų panaudojimo;
- stiprinti mokslo ir mokymo plėtros bazę;
- gerinti specialistų rengimo ir kvalifikacijos kėlimo sistemą;
- didinti sveikatos priežiūros paslaugų įkainius, tobulinti kainodaros principus;
- plėtoti ir aktyvinti savanorišką sveikatos draudimą, parengiant ir įgyvendinant šiam tikslui reikalingus finansinius svetus ir teises priemones;
- visose sveikatos priežiūros įstaigose įdiegti elektroninę informacinių technologijų sistemą;
- numatyti didesnę finansavimą sveikatos moksliniams tyrimams ir plėtoti jų diegimą į praktiką.

3.8 Visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reglamentavimas

3.8.1 Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros strategija

Sveikatos apsaugos sistemos tikslas – efektyvi sveikatos priežiūra, orientuota į ligų prevenciją bei ankstyvą ligų diagnostiką, sveikos gyvensenos ugdymą, sveikatos išsaugojimą, gerą sveikatinimo veiklos kokybę ir racionalų išteklių panaudojimą.

Siekiant nustatyti visuomenės sveikatos priežiūros sistemos struktūrą ir valstybinį reguliavimą, visuomenės sveikatos stiprinimo, ligų ir traumų profilaktikos, visuomenės sveikatos saugos, kontrolės ir stebėsenos pagrindus, 2001 m. patvirtinta Lietuvos nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros strategija ir jos įgyvendinimo priemonių planas, priimti Visuomenės

Sveikatos priežiūros, Visuomenės sveikatos stebėsenos įstatymai, rengiamos naujos sveikatos programos, vykdomos tęstinės [41].

Lietuvos nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros strategija – tai pagrindinės valstybės nuostatos, jų įgyvendinimo būdai modernizuojant visuomenės sveikatos priežiūros sistemą, visapusiškai priderinant ją prie didėjančių valstybės poreikių ir naujausių tarptautinių reikalavimų. Ši strategija nustato visuomenės sveikatos priežiūros sistemos tolesnio plėtojimo kryptis, kuriomis siekiama gerinti gyventojų sveikatą ir gyvenimo kokybę. Būtina sukurti šiuolaikinę, modernią visuomenės sveikatos priežiūros sistemą. Tai siejama su Lietuvos valstybės teisine reforma, socialinių ir ekonominių procesų valdymu, pačios visuomenės aktyvumu pertvarkant sveikatos politiką, taip pat su Lietuvos Respublikos išipareigojimais Pasaulio sveikatos organizacijai (PSO), Europos Sąjungai ir kitoms tarptautinėms organizacijoms.

Šia strategija siekiama įgyvendinti Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymu įteisintą aktyvią sveikatos politiką ir PSO Europos regiono biuro programinio dokumento „Sveikata visiems XXI amžiuje“ principus bei ES sveikatos politikos reikalavimus.

Visuomenės sveikatos reformai padėtas tvirtas teisinis pagrindas. Neseniai Vyriausybė pritarė Visuomenės sveikatos priežiūros, Sveikatos sistemos ir Visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymų pakeitimams ir teiks juos Seimui. Šių įstatymų pakeitimų projektais siekiama sukurti efektyvų visuomenės sveikatos priežiūros teisinį pagrindą. Įstatymų projektai parengti, vadovaujantis Vyriausybės 2004 - 2008 metų programos įgyvendinimo priemonių planu. Gerinant ligų profilaktiką, plėtojant galimybes greitai reaguoti į sveikatai iškylančias grėsmes ir reformuojant visuomenės sveikatos sistemą, priartinant ją prie bendruomenės, buvo siekiama patikslinti su visuomenės sveikatos priežiūros struktūra, valstybės ir savivaldybių vykdoma visuomenės sveikatos priežiūra, poveikio visuomenės sveikatos vertinimu susijusias sąvokas bei įstatymo nuostatas. Taip pat visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo pakeitimuose įteisinta visuomenės sveikatos priežiūros struktūra.

Tokiu būdu, modernizuojant šalies visuomenės sveikatos apsaugos, priežiūros ir stiprinimo sistemą, visapusiškai priderinant ją prie valstybės poreikių ir atsižvelgiant į naujausius tarptautinius reikalavimus, svarbu, kad šią sritį reglamentuojančios teisinės nuostatos atitiktų šiuolaikinės visuomenės sveikatos sampratą. Teisinės bazės tobulinimu siekiama sukurti aiškia, valstybės funkcijų vykdymą užtikrinančią aukšto lygio visuomenės sveikatos priežiūros viešojo administravimo sistemą, veikiančią daugelyje Europos Sąjungos šalių.

3.8.2 Tobulinama visuomenės sveikatos sistemos teisinė bazė

Vyriausybė pritarė Sveikatos apsaugos ministerijos teikiamiems Visuomenės sveikatos priežiūros, Sveikatos sistemos ir Visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymų pakeitimams. Šių įstatymų pakeitimų projektais siekiama sukurti efektyvų visuomenės sveikatos priežiūros teisinį pagrindą. Įstatymų projektai parengti vadovaujantis Vyriausybės 2004-2008 metų programos įgyvendinimo priemonių planu. Gerinant ligų profilaktiką, plėtojant galimybes greitai reaguoti į sveikatai iškylančias grėsmes ir reformuojant visuomenės sveikatos sistemą, priartinant ją prie bendruomenės, siekiama patikslinti su visuomenės sveikatos priežiūros struktūra, valstybės ir savivaldybių vykdoma visuomenės sveikatos priežiūra, poveikio visuomenės sveikatos vertinimu susijusias sąvokas bei įstatymo nuostatas. Atsisakyta neįgyvendinamų įstatymų nuostatų, liečiančių visuomenės sveikatos priežiūros programas, visuomenės sveikatos priežiūros specialistų licencijavimą ir kt. Įstatymų pakeitimais formuojamas teisinis pagrindas visuomenės sveikatos biurų savivaldybėse steigimui, savivaldybės skatinamos aktyviau vykdyti visuomenės sveikatos priežiūros funkcijas.

Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo [14] pakeitimuose įteisinta visuomenės sveikatos priežiūros struktūra: visuomenės sveikatos centrai apskrityse, kaip teritoriniai valstybinio administravimo subjektai, kuriems šiuo įstatymu suteikiamos viešojo administravimo teisės, savivaldybių visuomenės sveikatos biurai. Apibrėžta, kokią visuomenės sveikatos veiklą vykdys apskritys, kokią savivaldybės. Nustatyta Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos kompetencija. Patikslintos kai kurios įstatymo sąvokos ir straipsniai dėl teisės verstis visuomenės sveikatos priežiūros veikla, liečiantys visuomenės sveikatos stebėsenos vykdymą, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės tobulinimą, Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos veiklą ir kt.

Visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymo⁹ pakeitimuose numatyta Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos funkcijas visuomenės sveikatos stebėsenos administracinio reglamentavimo srityje perduoti Sveikatos apsaugos ministerijos įgaliotai įstaigai, atsižvelgiant į įstatymo taikymą praktikoje patikslintos straipsnių nuostatos. Modernizuojant šalies visuomenės sveikatos apsaugos, priežiūros ir stiprinimo sistemą, visapusiškai priderinant ją prie valstybės poreikių ir atsižvelgiant į naujausius tarptautinius reikalavimus, svarbu, kad šią sritį reglamentuojančios teisinės nuostatos atitiktų šiuolaikinės visuomenės sveikatos sampratą. Teisinės bazės tobulinimu siekiama sukurti aiškia, valstybės funkcijų vykdymą užtikrinančią aukšto lygio visuomenės sveikatos priežiūros viešojo

⁹ Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymas // Valstybės žinios. 2002, Nr. 72-3022.

administravimo sistemą, veikiančią daugelyje Europos Sąjungos šalių. Tai užtikrins aukštą žmogaus sveikatos apsaugos lygį ir padės nugalėti opius visuomenės sveikatos keliamus iššūkius bei sveikatos netolygumų problemas.

3.8.3 Visuomenės sveikatos priežiūros reformos įvertinimas

Daugiau kaip penkerius metus trunkanti visuomenės sveikatos priežiūros reforma pagaliau išsibėgėja. Iki šiol buvo priimami tik pavieniai sprendimai, kuriais buvo pertvarkomos atskiros institucijos, jų struktūra, perskirstomos funkcijos. Tačiau tai neturėjo didesnės įtakos visos visuomenės sveikatos priežiūros sistemos veiklos pagerinimui. Dabartinė visuomenės sveikatos priežiūros sistema negali visiškai užtikrinti ir tenkinti visuomenės interesų, padėti gyventojams spręsti problemas, susijusias su jų veikla ir poreikiais – įstaigų kompetencija nėra aiškiai apibrėžta, vienos įstaigos dubliuoja kitų funkcijas, dėl to asmenims tampa sunku išspręsti jiems rūpimus klausimus, sulaukti realios pagalbos. Tokioje sistemoje nuolat kyla viešųjų ir privačių interesų konfliktų, įstaigoms ir atskiriems jų darbuotojams siekiant uždirbti įstaigos išlaikymui, pragyvenimui, o ne pagrindinį dėmesį skirti visuomenės sveikatos problemų sprendimui ir valstybės funkcijų vykdymui [31].

Visuomenės sveikatos priežiūros sistemos reformos eigą galima būtų suskirstyti į tris atskirus etapus: pirmasis etapas – bendros visuomenės sveikatos priežiūros administravimo sistemos šalies ir teritoriniu lygmenimis diegimas, kiti du etapai – visuomenės sveikatos priežiūros plėtra savivaldybėse ir tretinio lygio (specializuotų) visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų optimizavimas. Pastaruosius du etapus inicijuoja Sveikatos apsaugos ministerija.

Visuomenės sveikatos centrai apskrityse vykdo viešojo administravimo funkcijas nebūdami viešojo administravimo institucijomis, o darbuotojai – valstybės tarnautojais. Taip pažeidžiami Viešojo administravimo¹⁰ ir Valstybės tarnybos įstatymai¹¹, kuriuose numatyta, kad minėtas funkcijas gali vykdyti tik viešojo administravimo institucijos ir atitinkamai – valstybės tarnautojai. Pagrindinis šio pertvarkymo (bendros visuomenės sveikatos priežiūros administravimo sistemos šalies ir teritoriniu lygmenimis diegimo) tikslas ir yra suteikti visuomenės sveikatos centrams apskrityse viešojo administravimo institucijos statusą bei įvesti valstybės tarnautojų pareigybės šiose įstaigose.

Minėti pakeitimai buvo įtvirtinti oficialiai „Valstybės Žiniuose“ paskelbtais norminiais teisės aktais: Lietuvos Respublikos Vyriausybės programa, kuriai 2006 m. liepos 18 d. nutarimu pritarė Lietuvos Respublikos Seimas, Lietuvos konvergencijos programa, patvirtinta Lietuvos

¹⁰ Lietuvos Respublikos viešojo administravimo įstatymas // Valstybės žinios. 2005, Nr. VIII-1234.

¹¹ Lietuvos Respublikos valstybės tarnybos įstatymas // Valstybės žinios. 2002, Nr. 45-1708.

Respublikos Vyriausybės 2005 m. sausio 21 d. nutarimu, Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006-2013 metų strategijos įgyvendinimo priemonių 2006-2008 metų planu, patvirtintu Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 19 d. nutarimu.

Tikimasi, kad pradėti realūs darbai suteiks galimybę padėti asmenims spręsti su visuomenės sveikata susijusias problemas, bus įtvirtinta aiški įstaigų atsakomybė visuomenei, vykstantys procesai taps skaidrūs. Juk specialistas su aiškia kompetencija ir atsakomybės ribomis, kurio pagrindinis tikslas yra jam suteiktų įgaliojimų vykdymas ir atstovavimas bei tarnyba piliečiams, o ne privačių interesų tenkinimas, yra tikslas, kurio šiandien mes turime visi siekti.

3.9 Įstatyminės bazės, reglamentuojančios gydytojų skaičių, apžvalga

1989 m. Lietuvos gydytojai, susirinkę į Lietuvos gydytojų sąjungos (LGS) atkuriamąjį suvažiavimą, priėmė rezoliuciją „Apie Nacionalinės sveikatos koncepcijos rengimą“ ir sudarė darbo grupę jai parengti. Po ilgų medikų ir visuomeninių organizacijų atstovų diskusijų buvo parengtas koncepcijos projektas, viešai pristatytas plačiajai visuomenei „Atgimimo“ laikraštyje. VII-ajame LGS suvažiavime šis projektas buvo priimtas ir pateiktas Atkuriamajam Seimui tvirtinti. 1991 m. spalio 31 d. Atkuriamojo seimo nutarimu Nr. 1-1939 buvo patvirtinta

Lietuvos Nacionalinė sveikatos koncepcija [18], kuri tapo pagrindiniu dokumentu, grindžiančiu sveikatos politikos formavimą Lietuvoje. VII-ame šios koncepcijos skyriuje „Sveikatos apsaugos personalas“ buvo numatyta pertvarkyti medicinos personalo rengimą. Buvo skiriamas dėmesys visoms studijų pakopoms: pagrindinėms studijoms, rezidentūrai, kvalifikacijos kėlimui. Taip pat numatyta ir darbuotojų darbo atlyginimo minimalaus dydžio priklausomybė nuo specialybės, kvalifikacijos bei darbo krūvio. Šioje koncepcijoje pažymima, kad administracinės pareigos turi būti užimamos konkurso keliu.

Sveikatos sistemos įstatyme, išleistame 1994 m. (nauja redakcija buvo priimta 1998 m.), Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos ištekliais buvo pripažinti ir žmogiškieji ištekliai. Pirmasis nutarimas po 1990 m. kovo 11 d., reglamentuojantis gydytojų rengimą¹² buvo priimtas LR Vyriausybės 1990 m. gruodžio 29 d. ir nustatė tolimesnes medicinos absolventų studijas, siekiant įgyti gydytojo specialisto profesinę kvalifikaciją. Nustatytu pereinamuoju laikotarpiu iki 1993 m. buvo leista gydytojus rengti ne tik rezidentūroje, bet ir internatūroje. Šis nutarimas numato vienerių–šešerių metų rezidentūros studijų laikotarpį, susidedantį iš trijų etapų. Pirmajame rezidentūros etape įgyjama viena iš platesnio profilio specialybių, o antrajame ir

¹² „Dėl gydytojų rengimo rezidentūroje“.

trečiajame – siauresnio profilio specialybė. Šiuo nutarimu skelbiama, kad rezidentūros studijos vyksta Vilniaus universiteto (VU) ir Kauno medicinos universiteto (KMU) klinikinėse bazėse.

Po trejų metų 1993 m. birželio 16 d. Sveikatos apsaugos ministras išleido įsakymą, kuriuo pertvarkė gydytojų rengimą rezidentūroje¹³. Pagal šį įsakymą nuo 1993 m. gydomosios medicinos laidų absolventai tęsia studijas bendrosios gydytojo praktikos pirminėje bendrojoje vienerių metų rezidentūroje, o ne tam tikro profilio, kaip buvo ankstesniajame variante. Taip pat buvo pakeista rezidentūros studijų vieta. Pagal šį įsakymą absolventai rezidentūroje gali būti rengiami rajonų centrinėse ligoninėse ir poliklinikose bei miestų ir respublikinių ligoninių bei poliklinikų skyriuose, kurie neįeina į specializuotų universitetinių, akademinų klinikų ar centrų struktūras. Taip pat rezidentai gali būti rengiami miestų, rajonų, respublikiniuose higienos centruose. Rezidentams bei jų vadovams atlyginimą moka aukštosios mokyklos.

Tais pačiais metais LR SAM priėmė įsakymą „Dėl sveikatos įstaigų darbuotojų tarnybinių atlyginimų“, kuriuo buvo nustatytos ribos, kokio dydžio atlyginimus turi gauti sveikatos priežiūros sektoriuje dirbantys asmenys. Pagal jį sveikatos apsaugos įstaigų darbuotojų darbas apmokamas LR Vyriausybės patvirtintai minimaliai mėnesinei algai taikant koeficientus, priklausančius nuo užimamų pareigų įstaigoje ir gydytojo kvalifikacijos lygio. Šiame įsakyme taip pat yra numatyta premijų, priedų prie atlyginimo ir apmokėjimų už konsultacijas skyrimo tvarka.

1997 m. gegužės 15 d. Sveikatos apsaugos ministras įsakymu „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų tarnybinių atlyginimų“ patvirtino sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų darbo apmokėjimo tvarką. Jame numatyta, jog gydytojų darbui apmokėti turi būti taikomas 4,5-14,0 koeficientas. Tačiau 1997 m. sveikatos priežiūros įstaigoms, kurios tapo viešosiomis, šis įsakymas tapo tik rekomendacinio pobūdžio, kadangi įstaiga pati nustato darbo apmokėjimo tvarką.

1993 m. gruodžio mėn. Sveikatos apsaugos ministras išleido įsakymą „Dėl medicinos darbuotojų pareigybių“. Šiame įsakyme pateiktas iš biudžeto finansuojamų sveikatos apsaugos įstaigų personalo pareigybių, kuriose dirbantys asmenys darbo užmokesčio atžvilgiu priskiriami medicinos ir jos personalui, sąrašas. Pagal šį įsakymą gydytojų ir jiems prilygintų specialistų, dirbančių diagnostikos, gydymo ar profilaktikos darbą sąrašą sudaro 110 specialybių. Vėliau buvo tvirtinami tik specialybių sąrašai, atskiriant asmens sveikatos specialybes, nekeičiant galimų pareigybių pavadinimų. Tačiau 2001 m. kovo 26 d. Sveikatos apsaugos ministras išleido įsakymą „Dėl pavyzdinio viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų pareigybių sąrašo tvirtinimo“, kuris numato tik gydytojo pareigybę, neišskiriant atskirų specialybių, pavyzdžiui, gydytojas hematologas, bei panaikino 1993 metų įsakymą. Pagal 2001 metų įsakymą įstaigos

¹³ „Dėl gydytojų rengimo rezidentūroje pertvarkymo“.

vadovui paliekama teisė nustatyti gydytojo specialybę pagal galiojančius Sveikatos apsaugos ministro asmens sveikatos specialybių ir subspecialybių sąrašus. Šiuo metu galioja 1999 m. vasario 5 d. Sveikatos apsaugos ministro įsakymas “Dėl asmens sveikatos priežiūros specialybių ir subspecialybių sąrašo”. Šiuo įsakymu yra numatyta 20 aukštojo medicininio (gydytojo) išsilavinimo specialybių (kartu su stomatologija), 9 kito aukštojo išsilavinimo specialybės bei 5 aukštojo ir aukštesniojo medicinos išsilavinimo specialybės. Tą pačią dieną Sveikatos apsaugos ministras išleido įsakymą “Dėl asmens sveikatos priežiūros siauros specializacijos medicinos praktikos rūšių sąrašo”. Šiame įsakyme išvardijamos siauros gydytojų specialybės.

Nors Sveikatos sistemos įstatymu [12] buvo reglamentuoti teisės verstis sveikatinimo veikla (sveikatos priežiūros paslaugų teikimo) pagrindai, tačiau iki 1996 metų nebuvo teisinio akto, apibrėžiančio gydytojo medicinos praktiką. 1996 m. rugsėjo 25 d. LR Seimas priėmė „Gydytojo medicinos praktikos įstatymą“. Šiuo įstatymu numatytos gydytojų teisės verstis medicinos praktika įgijimo ir įgyvendinimo sąlygos, licencijų išdavimo, įregistravimo, perregistravimo, sustabdymo, atnaujinimo ir panaikinimo tvarka bei gydytojų pagrindinės profesinės teisės, pareigos ir atsakomybė.

Vadovaujantis įstatymu, licencijų verstis Gydytojų medicinos praktika (GMP) išdavimas buvo reglamentuojamas Sveikatos apsaugos ministro įsakymu “Dėl gydytojų medicinos praktikos licencijavimo nuostatų patvirtinimo”, priimtu 1998 m. Šie nuostatai reglamentavo licencijų verstis pirmine ar specializuota medicinos praktika išdavimo, įregistravimo, perregistravimo, jų galiojimo sustabdymo, atnaujinimo ir panaikinimo tvarką. Šiai veiklai vykdyti SAM sudarė nuolatinę GMP licencijavimo komisiją. Visos išduotos licencijos turėjo būti perregistruojamos kas penkeri metai nuo jų išdavimo. Išduotų licencijų galiojimas galėjo būti nutrauktas, jei asmuo pateikė suklastotus ar netinkamus dokumentus, neatitiko kvalifikacijos, turėjo sveikatos sutrikimų, kurie trukdytų atlikti profesines pareigas arba pažeidė paciento teises bei padarė grubią medicinos praktikos klaidą. Šie licencijavimo nuostatai buvo panaikinti 2001 m. vasario 1 d. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu “Dėl gydytojų medicinos praktikos licencijavimo nuostatų”. Naujieji Gydytojų medicinos praktikos licencijavimo nuostatai mažai skiriasi nuo ankstesniųjų, tačiau atsirado reikalavimas, jog, norint perregistruoti licenciją, bent trejus iš pastarųjų penkerių metų reikia dirbti savo specialybėje ar subspecialybėje.

Gydytojui, norinčiam teikti siauros specializacijos asmens sveikatos priežiūros paslaugas, reikia turėti SAM išduotą sertifikatą. Sertifikatų išdavimo, perregistravimo, jų galiojimo sustabdymo, panaikinimo ir atnaujinimo tvarką nustato LR SAM 1998m priimtas įsakymas “Dėl sertifikatų atlikti tam tikras asmens sveikatos priežiūros paslaugas išdavimo, perregistravimo, jų galiojimo sustabdymo, panaikinimo ir atnaujinimo tvarkos”. Sertifikatus išduoda ta pati SAM sudaryta komisija, kuri išduoda ir licencijas.

Sveikatos priežiūros specialistų, tarp jų ir gydytojų, profesinės kompetencijos tikrinimo tvarka yra reglamentuojama nuo 1991 metų. Šiuo metu tai reglamentuoja 2002 m. sausio 28 d. sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl sveikatos priežiūros specialistų profesinės kompetencijos patikrinimo tvarkos“ [19]. Sveikatos priežiūros specialistų profesinės kompetencijos patikrinimo tvarka skirta įvertinti sveikatos priežiūros specialisto profesinę kompetenciją: ar ji atitinka (neatitinka) įgytos ir/ar licencijoje nurodytos specialybės reikalavimus, ar specialisto profesinės veiklos trūkumai negali būti (gali būti) vertinami kaip praktikos klaida arba dažnai pasikartojančios praktikos klaidos, ar specialistas dėl sveikatos būklės negali (gali) atlikti savo pareigų.

Lietuvos sveikatos priežiūros sistema orientuojasi į pirminę sveikatos grandį ir bendrosios praktikos (šeimoms) gydytojo (BPG) instituciją. Taigi, vykstant sveikatos reformai, buvo nuspręsta rengti BPG bei vykdyti perkvalifikavimą. Šiam tikslui Sveikatos apsaugos ministras 1995 m. išleido įsakymą „Dėl bendrosios praktikos gydytojo kvalifikacijos įgijimo tvarkos“. Pagal šį įsakymą BPG turi būti rengiami iš gydytojų, baigusiu mediciną gydytojo pirminę bendrąją rezidentūrą, taip pat iš asmenų, turinčių mediciną ar pediatrijos gydytojo diplomą, po to rezidentūroje, internatūroje arba perkvalifikavimo kursuose įgiję mediciną gydytojo ar kitą gydamosios specialybės profesinę kvalifikaciją. Prie šio įsakymo pateiktos taisyklės, reglamentuojančios BPG rengimą KMU ir VU BPG specialybės stacionarioje ar pertraukiamajoje rezidentūroje.

BPG rengimą pertraukiamajoje rezidentūroje nusakantis įsakymas¹⁴ išleistas 1996 m. Šiame įsakyme numatyta gydamosios medicinos specialybių gydytojams (pirmiausia dirbantiems kaimų ambulatorijose), rajonų, miestų poliklinikų apylinkių terapeutams bei pediatrams sudaryti sąlygas, neatsitraukiant iš darbo, per 1996-2009 metus įgyti BPG profesinę kvalifikaciją. Taip pat patvirtinti BPG rengimo pertraukiamajoje rezidentūroje 1996-2009 m. laikinieji nuostatai. Pagal juos pertraukiamą BPG rezidentūrą organizuoja KMU ir VU. Pagal šį įsakymą studijas rezidentūroje apmoka darbdavys arba pats rezidentas. 2000 metais išleistame įsakyme „Dėl bendrosios praktikos gydytojų pertraukiamos rezidentūros organizavimo tvarkos“ savivaldybės įsipareigoja gydytojui, sėkmingai baigusiam rezidentūrą, sudaryti sąlygas dirbti BPG savivaldybei pavaldžioje pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje.

Pirminės sveikatos priežiūros (PSP) specialistų aptarnaujamų gyventojų skaičių reglamentuoja 2000 m. birželio 14 d. Sveikatos apsaugos ministro išleistas įsakymas „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, bazinių kainų, organizavimo ir apmokėjimo tvarkos patvirtinimo“. Šis įsakymas numato minimalų ir maksimalų gyventojų skaičių, kurį turi aptarnauti vienas pirminės sveikatos priežiūros specialistas. Šis

¹⁴ „Dėl buvo bendrosios praktikos gydytojų rengimo pertraukiamajoje rezidentūroje 1996–2009 m.“

maksimalus aptarnaujamų gyventojų skaičiaus normatyvas atitinkamai mažinamas, jei gydytojas dirba ne visu darbo krūviu. Gydytojas gauna atlyginimą, priklausantį nuo aptarnaujamų gyventojų skaičiaus. Atlyginimas mokamas pagal esamas aptarnaujamo gyventojų PSP paslaugų metines bazines kainas. Viršijus nustatytą maksimalų aptarnaujamų gyventojų normatyvą, ši kaina atitinkamai mažėja.

4 SVEIKATOS SISTEMA D.BRITANIJOJE

D.Britanijos sveikatos apsaugos sistemai vadovauja Sveikatos apsaugos ministerija, esanti Londone. Sveikatos apsaugos ministerija numato taisykles ir strategijas. Regionai užtikrina ryšius su kitomis valdžios institucijų sritimis bei aplinkosaugos priežiūros institucijomis. Strateginės sveikatos priežiūros institucijos stebi atliekamų paslaugų kokybę ir vadovauja jų tobulinimui. Pirminės sveikatos priežiūros fondai turi savo fondus, skirtus vietos gyventojų sveikatos priežiūrai. Jie užsako ir teikia paslaugas bendruomenei. Taip pat fondai turi visuomenės sveikatos priežiūros skyrius.

Pagal neseniai įvykdytas plačios skalės reformas valdymo ir pacientų priežiūros srityse, kiekvienai sveikatos apsaugos institucijai yra skiriami fondai finansuoti vietinių gyventojų gydymą kontraktų su visuomeninėmis ar privačiomis ligoninėmis pagalba. Ligoninės gali pareikšti norą tapti savivaldos trestais, nepriklausomais nuo sveikatos apsaugos valdybų kontrolės, bet išliekant Nacionalinės Sveikatos Tarnybos dalimi jos gydo šios Tarnybos pacientus ir yra finansuojamos daugiausia kontraktų su sveikatos apsaugos valdybomis ir šeimos gydytojais, atsakingais už savo Nacionalinės Sveikatos Tarnybos biudžetą, pagalba [42].

Pagal Piliečių Chartijos iniciatyvas, Nacionalinė Sveikatos Tarnyba publikuoja nacionalines ir lokales vietinio pobūdžio chartijas, teikdama informaciją apie pacientų teises ir numatytų paslaugų standartą. Vyriausybė pabrėžia partnerystės tarp visuomeninio ir privataus sveikatos apsaugos sektoriaus reikšmę. Pacientai laisvai gali siekti privataus medicininio gydymo. Gydytojai, stomatologai, okulistai ir farmacininkai gali dirbti privačiai. Nacionalinės Sveikatos Tarnybos pacientai kartais gydomi privačiose ligoninėse visuomeninėmis lėšomis, siekiant sumažinti belaukiančių gydymo eiles. Daugiau nei 6 milijonai žmonių naudojami privačiu medicininu draudimu.

Visuomenės sveikatos priežiūra tėra nedidelė nacionalinės sveikatos apsaugos tarnybos veiklos dalis, tačiau įvairių lygių institucijų indėlis yra pakankamai svarus. Visuomenės sveikatos praktika yra Nacionalinės sveikatos apsaugos sistemos struktūros dalis. Kiekviename iš devynių Anglijos regionų yra Visuomenės sveikatos stebėjimo punktai, kurie vykdo plačią

stebėsenos bei priežiūros veiklą pagal atitinkamus vietinės ir nacionalinės sveikatos apsaugos prioritetus. Gyventojų sveikatos apsauga yra pagrindinė visuomenės sveikatos dalis. Sveikatos apsaugos struktūros tiria ligų ir epidemijų protrūkius, nelaimingų atsitikimų ir katastrofų, tarp jų ir teroro išpuolių, chemikalų nutekėjimų bei branduolinių avarių atvejus. Siekiant užtikrinti visuomenės sveikatos programos vykdymą ypač svarbu yra bendras darbas, partnerystė, ryšių sistema, fondų bei išteklių paskirstymas.

Mokslinių tyrimų ir vystymo strategija yra paremta išsamiu požiūriu į visuomenės sveikatą. Ji siekia praplėsti bei vystyti faktinių rodiklių bazę ir tuo pačiu pagerinti jau turimų žinių panaudojimą. Nacionalinės sveikatos apsaugos sistema kiekvienais metais moksliniams tyrimams tiesiogiai skiria 100 mln. eurų. Biomedicininiais tyrimams vadovauja Mokslo departamentas prie Medicininių tyrimų tarybos. Visuomenės sveikatos tarnybos teikia pagalbą pirminės sveikatos priežiūros grupėms, kurios rūpinasi sveikatos paslaugų teikimu. Toks procesas suteikia galimybę akivaizdžiai įsitikinti vykdomos veiklos efektyvumu. Paslaugų įvertinimas, standartų nustatymas ir auditas, atliekami remiantis šiais standartais, suteikia galimybę gerinti visuomenės sveikatos įgūdžius, kurie leistų ir toliau tobulinti teikiamas paslaugas.

Darbo organizavimui anglai skiria daug dėmesio. Kiekvienas departamentas, skyrius turi po kelis vadybininkus, kurie atsakingi už ligonių srautų organizavimą, planinių ligonių eilių tvarkymą, lovos pacientui suradimą, ligos istorijų kodavimą, pateikiant finansų skyriui. Taigi didžiąją daugumą išvardinto darbo, kuri Lietuvoje paprastai atlieka skyriaus vedėjas, atlieka tam specialiai įdarbinti žmonės. Planinėms procedūroms pacientai registruojami specialiuose kompiuteriniuose žurnaluose.

Kitas darbo tvarkos organizavimo principas - gydytojai dirba komandomis. Gydytojais specialistais gali būti kelių kategorijų. Komandoje yra aiškus pareigų ir atsakomybės pasiskirstymas. Kadangi dirbama komandomis, Jungtinės Karalystės ligoninėse skyriaus vedėjų nėra. Jų pareigas atlieka konsultantai. Vienas iš konsultantų dažniausiai yra ir klinikinis direktorius, kuris atstovauja visam padaliniiui administracijoje. Šis darbas daugelyje ligoninių yra organizuojamas rotacijos principu, kai kiekvienas konsultantas tam tikrą laikotarpį eina klinikinio direktoriaus pareigas. Kiekvienas skyrius taip pat turi klerką, kuris atsako į telefoninius skambučius, sudeda ligos istorijas į vietas, atsako į paprastus pacientų klausimus.

Ligoninės vadovas čia vadinamas direktoriumi arba tresto pirmininku. Paprastai jis yra vadybininkas arba ekonomistas. Panašiai kaip Lietuvoje, jis atsakingas už bendrą ligoninės darbo organizavimo tvarką, derybas su valstybės institucijomis dėl apmokėjimo. Kasdieniniame ligoninės gyvenimo reikalų tvarkyme jis dalyvauja labai mažai. Už tai atsakingas direktorius medicinai, kuris dažniausiai būna gydytojas.

Jungtinė Karalystė skiria daug didesnę BVP dalį sveikatos apsaugai nei Lietuva. Be rimtų pinigų rimtai organizuoti sveikatos apsaugos neįmanoma. Kita vertus, visos partijos skiria labai daug dėmesio medicinai, kadangi sveikatos apsauga yra vienas iš svarbiausių kriterijų rinkėjams balsavimo metu. Jungtinė Karalystė skatina privačią praktiką, kadangi ši valstybė pripažįsta, jog vien tik valstybinis sektorius nepajėgus išspręsti visų susikaupusių problemų. Įdomu tai, kad didžioji dalis Jungtinėje Karalystėje privačių procedūrų atliekama valstybinėse ligoninėse, tik ne darbo laiku. Draudimo kompanijos tiesiog atsiskaito su ligonine ir su gydytoju.

Gydytojas rezidentas Lietuvoje iki šiol dažniausiai neturi savo aiškios ir konkrečios darbo vietos. Dėl šios priežasties Lietuvos rezidentai yra blogiau paruošti nei Jungtinėje Karalystėje.

Iki šiol Lietuvoje vadovaujama sovietinėmis direktyvomis, pagal kurias 30 vietų skyriui "užtenka" dviejų slaugytojų. Jungtinėje Karalystėje tokia skyriuje yra 5-6 slaugytojos. Jų atlyginimas Jungtinėje Karalystėje dažniausiai 1,2-1,5 karto viršija visuomenės vidurkį..

Jungtinėje Karalystėje planinės specialisto, ypač kardiologo konsultacijos tenka laukti nuo trijų iki šešių mėnesių, taip atsitiko dėl specialistų trūkumo.

Viešumo atžvilgiu Jungtinėje Karalystėje nuskamba tik ypatingi atvejai. Šiuo metu medicinos pasaulyje vyrauja nuomonė, kad įvykus medicininei klaidai, turi vyrauti ne kažkieno kaltinimo logika, bet visų aplinkybių analizė. Įvykus tokiems atvejams svarbiausia yra iš jų pasimokyti, padaryti tinkamas išvadas, o ne suieškoti kaltą ir jį nubausti. Labai dažnai išanalizavus aplinkybes paaiškėja, kad tam tikrą mediko "neapsižiūrėjimą" daugiau lėmė ne jo asmeninė klaida, o sistemos ypatumai arba kiti sisteminiai dalykai. Be to, jeigu ir vyksta teisminis procesas, tai gydytojui atstovauja ligoninės samdomas advokatas. Pats gydytojas teisminiame procese nedalyvauja, jis tik parašo situacijos paaiškinimą. Visus valstybinėse ligoninėse dirbančius medikus ligoninė draudžia profesiniu draudimu, taip pat galima draustis dar ir papildomu draudimu.

5 SVEIKATOS TEISĖS REFORMOS LIETUVOJE ĮVERTINIMAS

Neabejotinai viena svarbiausių ir jautriausių sričių lieka sveikatos apsauga. Turime pripažinti, kad sveikatos sistemos reforma sustojo dėl nuolatinio politinių sprendimų atidėliojimo ir sutarimo trūkumo. Būtent politikai privalo prisiimti atsakomybę už padėties nestabilumą.

Valstybės sveikatos politika jau daug metų netenkina įvairių visuomenės sluoksnių, ypač pensininkų ir ligonių, o ir pačių medicinos darbuotojų poreikių. Vis keičiantis ministrams ir sveikatos politikams medicinos reforma buvo nukreipta neteisingu keliu.

Pastaruju metu bandoma atgaivinti sveikatos apsaugą didinant medicinos darbuotojų atlyginimus. Tačiau nepakanka kukliai didinti vien medikų atlyginimus, kai nebelieka iš ko gerinti sveikatos įstaigų infrastruktūros, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės, plėsti naujų technologijų ir vaistų panaudojimo racionalizavimo. Šiuos teiginius patvirtina G. Barcio neseniai atliktas dabartinės sveikatos apsaugos finansavimo tyrimas. Padidėjusios visuomeninės išlaidos sveikatos priežiūrai dėl atlyginimų kėlimo padidino sveikatos fondo procentą nuo BVP (2004 m. 3,91 proc. nuo BVP, 2005 m. – 4,05 proc., 2006 m. – 4,30 proc.), bet paslaugų kokybei ir prieinamumui gydytis poveikio neturėjo [21]. Sveikatos apsaugoje išliko ta pati tvarka, eilės, ženklios priemokos vaistams, didėjantis sergamumas ir mirtingumas, augantis nedarbingumo (invalidumo) rodiklis. Nepertvarkius darbo organizavimo principų, ypač nedecentralizavus administracinio valdymo ir su juo susijusio neefektyvaus lėšų panaudojimo ir toliau išliks ribotas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir jį lydintis nevisavertiškumas pačioje sistemoje. Kyla gyventojų nepasitenkinimas, kai patiems reikia pirkti vaistus, kai valstybinės sveikatos priežiūros išlaidos nepakankamos, kai viskas ribojama kvotomis konsultacijoms, hospitalizacijoms, kompensuojamiesiems vaistams planuoti, uždaromos ligoninės ar sujungiami skyriai. Atskira kalba būtų apie pensininkų ir socialiai remtinų gyventojų grupes, kurių gydymo ir vaistų lengvatinio ar nemokamo įsigijimo tvarką panaikinus priemokos vaistams reikėtų neatidėliojant naikinti ar mažinti. Šiuolaikiškos sveikatos reformos eiga vyko ne ta kryptimi, kai viskas buvo draudžiama ir siaurinama. Tai neatitiko gyventojų lūkesčių, priešingai: juk didėja norinčiųjų konsultuotis, gydytis stacionaruose.

Akivaizdu, kad užsitęsusi nepalanki situacija skatina psichologiškai paruošti sveikatos politikus aktyviau vykdyti principinius struktūrinius, sisteminius ir politinius pertvarkymus sveikatos apsaugoje. Dabartinė centralizuota sveikatos apsaugos sistema, kai sveikatos priežiūros paslaugų reguliavimas yra vykdomas Sveikatos apsaugos ministerijos ir jai priklausančios Valstybinės ligonių kasos. Šis valstybės minimalaus finansavimo scenarijus žinomas kaip pirmasis ir antrasis sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapai, kurių pabaiga numatoma 2008 metais.

Pirmojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo, prasidėjusio 2002 m., tikslas buvo ekonominis praradimų sveikatos sistemoje kompensavimas. Jis pasiektas tik iš dalies, trumpinant gydymo stacionaruose trukmę, ribojant hospitalizacijas, didinant kvotas ir kompensuojamųjų vaistų priemokas, diferencijuojant paslaugų įkainius (pagal amžių), nukreipiant piliečius gydytis ambulatoriškai ar dienos stacionaruose, slaugos ligoninėse, mažinant lovų, skyrių, ligoninių ir darbuotojų skaičių. Tačiau tai neatitiko gyventojų, ypač pensininkų, socialiai remtinų žmonių, lūkesčių ir sukėlė jų nepasitenkinimą. Pertvarkymai

stabdė sveikatos paslaugų teikimo ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigų, ypač privačių, plėtrą, netobulino šeimos gydytojo institucijos, griovė kaimo mediciną ir silpnino rajonų ligonines.

Antrasis restruktūrizavimo etapas (iki 2008 m.) yra apgalvotas racionaliau. Jo tikslas – „užglaistyti“ sveikatos apsaugos reformos trūkumus ir centralizuotomis paslaugų bei jų įkainių reguliavimo priemonėmis gauti ekonominį efektą. Ekonominiam efektui užtikrinti dalį priemonių norima kūrybiškai pritaikyti panaudojus kai kuriuos struktūrinės sveikatos sistemos reformos modelio elementus, bet iš esmės lieka dabartinė minimalaus finansavimo reguliuojamoji „iš viršaus“ centralizuota sveikatos apsaugos sistema.

Daugiausia dėmesio žadama skirti pirminės sveikatos priežiūrai, kurios 60 proc. taptų privačia grandimi. Deklaruojama, kad suvienodinus privačių ir valstybinių įstaigų teises išnyks apribojimai kurti privačius centrus, kabinetus, bus supaprastinama gyventojų užsirašymo tvarka, sudariusiems sutartis su ligonių kasomis suteikiama teisė naudotis valstybės patalpomis panaudos pagrindais. Privačias iniciatyvas skatins kilnojamojo turto (išskyrus brangią aparatūrą) perdavimas viešosioms įstaigoms, privataus ir valstybinio kapitalo partnerystės projektų diegimas. Sveikatos paslaugų kainodara bus reguliuojama diferencijuojant pagal amžių, teritoriją, gyventojų tankį, ligų sudėtingumą ir kita. Apskirtyse bus įgyvendinti diferencijuoti paslaugų teikimo modeliai pagal nustatytus kriterijus, būdingesnius tai vietai. Palaipsniui bus didinamos bazinės sveikatos priežiūros paslaugų kainos, į jas įskaičiuojant ir didinant turto amortizacinių atskaitymų dalį. Skatinamas papildomas (savanoriškas) draudimas. Nustatomas ir reguliuojamas privalomojo ir savanoriškojo draudimo apmokamų paslaugų krepšelis. Plečiamas ir liberalizuojamas mokamų paslaugų teikimas. Valstybės kapitalas ir lėšos, gautos pardavus nereikalingus objektus, bus skiriamos tik įrangai įsigyti, pastatų renovacijai ir naujai statybai. Slauga ir ilgalaikis palaikomasis gydymas 80 proc. bus vykdomas bendrojo pobūdžio ligoninėse, plečiamos ambulatorinės ir namų paslaugos, kuriami dienos slaugos stacionarai. Greitoji medicinos pagalba jungiama su Vidaus reikalų ministerijos bendrosios pagalbos centrų paslaugomis. Antrojo etapo restruktūrizavimo tikslams įgyvendinti numatoma skirta 2007 m. 593 mln. Lt, 2008 m. – 661 mln. Lt. Medikų atlyginimų didinimas numatomas pamečiui iki 20 proc.

Matant SAM sumodeliuotus sprendimus (tarp kurių yra nemažai sveikatos sistemos struktūrinės reformos elementų), galima daryti išvadą, kad iš esmės antrasis įstaigų restruktūrizavimo etapas, jei bus sėkmingas, padės sutaupyti lėšų sveikatos priežiūros įstaigų tinklo darbui organizuoti, tačiau neturės ilgalaikės įtakos paslaugų kokybei ir prieinamumui. Jų nepagerins ir medikų atlyginimų nuoseklus didinimas, šiuo atveju daugiau priklausantis nuo politikų sprendimų ir administracijos valios, bet ne nuo gydytojo darbo kokybės. Tik laisvosios rinkos ir konkurencijos pagal visus ekonomikos dėsnius įsitraukimas pagerintų bendrąją

sveikatos apsaugos finansinę padėtį ir paslaugų kokybę, kadangi būtų pritraukiamos privačios lėšos iš savanoriškojo draudimo (jo kūrimąsi valstybė privalo aktyviau remti) ir kitų šaltinių, tai natūraliai stimuliuotų visas grandis. Reguluojant sveikatos reformą vien iš ministerijos kabinetų lygmens reikės periodiškai atnaujinti restruktūrizavimo procesą, skirti papildomų milžiniškų lėšų.

Struktūrinė sveikatos sistemos reforma: nuosaikus decentralizavimas, pasiūly savireguliacija ir konkurencija pagal laisvojoje rinkoje susiformavusią paklausą, valingas savanoriškojo sveikatos draudimo įdiegimas, principiniai darbo organizavimo pertvarkymai.

Jei būtų pareikšta politinė valia eiti sisteminės ir struktūrinės reformos keliu su pasiūly savireguliacija pirminėje sveikatos priežiūros grandyje tuoj pat reikėtų keisti ydingą kompensuojamųjų vaistų politiką. Buvusią tvarką, kai kompensuojama ir gydoma pagal nustatytą vaistų sąrašą pakeisti ir pereiti prie vaistų kompensavimo pagal konkrečią ligą ir jai nustatytą „ligonio krepšelį“. Taip sudaromos profesinio darbo sąlygos kūrybiškai ir laisvai veikti šeimos ir bendrosios praktikos gydytojams, kurie šiuo metu nuvertinti. Dėl to nyksta rajoninės ligoninės ir kitos SPI.

Praėjusiais metais pavyko parengti strateginį sveikatos sistemos plėtros dokumentą 2008-iems – 2015-iems metams, kuriame išdėstytos pagrindinės sveikatos reformos kryptys. Palankiai vertinamos nuostatos keisti sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo mechanizmą, diegti papildomą savanorišką sveikatos draudimą, didinti sveikatos sektoriaus konkurencingumą ir partnerystę tarp privataus ir viešojo sektorių. Vienas iš projekto siūlymų – nuo 2008 m. įdiegti papildomojo sveikatos draudimo modelį, nustatant šio draudimo objektą. Dar vienas sprendimas, kuris susijęs su privačių sveikatos priežiūros paslaugų sektoriumi – parengti vieningą sutarčių su sveikatos priežiūros įstaigomis pasirašymo tvarką, kas užtikrins privačias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų plėtrą ir medicinos paslaugų prieinamumo didinimą. Be to, pirmą kartą numatoma nuolat stebint pacientų eilių būklę visose šalies sveikatos priežiūros įstaigose informuoti apie tai gyventojus ir rengti priemonių planą šių eilių mažinimui. Taip pat numatoma padidinti kaimo vietovėse dirbančių šeimos gydytojų bei specialistų darbo įkainius, skatinti savivaldybes rasti būdus ir priemones, kaip pritraukti trūkstamus sveikatos priežiūros specialistus į rajonus. Siūlomos priemonės yra socialinė pagalba atvykstantiems specialistams, lengvatinės vartojamosios paskolos bei aprūpinimas būstu. Tolygesnį gydytojų pasiskirstymą rajonuose padės spręsti ir numatomas praplėsti rezidentūros bazių skaičius.

6 IŠVADOS

1. Nagrinėjant sveikatos teisinę reformą iškeliami problema sveikatos sistemos įstatymų aiškume, konkretume bei įgyvendinime. Įstatymai netenkina pacientų poreikių, sveikatos politika stovi vietoj dėl sprendimų atidėliojimo. Siūloma aktyviau vykdyti principinius struktūrinius, sisteminius ir politinius pertvarkymus sveikatos apsaugos sistemoje, atsižvelgiant į visuomenės poreikius.
2. Pastebėta, kad įstatyme įtvirtintas gydytojų, sveikatos priežiūros įstaigų ir pacientų teisių bei pareigų turinys Lietuvoje yra labai mažai plėtojamas, tai sudaro prielaidas įvairiai interpretacijai. Todėl siūloma kurti paprastesnę padarytos žalos išieškojimo mechanizmą, pacientų teisių reglamentavimą pakeisti skaidresniu ir konkretesniu. Svarbu, kad įstatymų nuostatos būtų aiškinamos pagal jų paskirtį, kad būtų pasiektas tikslas – atlyginti pacientams padarytą žalą.
3. Analizuojant Privalomojo sveikatos draudimo įstatymą, bei jo rezultatus, daroma prielaida, kad šioje srityje svarbus ne tik biudžeto dydis, bet ir teisingesnių bei tikslesnių finansavimo mechanizmų diegimas. Siūloma decentralizuoti nesudėtingų paslaugų teikimą, įteisinant paciento priemokas. Tobulinti įstaigų finansavimą, siekiant proporcingai gydytojus paskirstyti Lietuvos teritorijoje.
4. Apžvelgus savarankiško draudimo reglamentavimą Lietuvoje pastebima, kad įstatymai numato savarankiško draudimo galimybę, bet draudimo rinka savaime beveik nesiformuoja. Siūloma didinti visuomenės supratimą, jog yra galimybė rinktis gydymo būdą, kokybę bei sumažinti riziką susirgti. Taip pat reikia tiksliau apibrėžti mokamų paslaugų krepšelį, įmokų tarifus, siekiant aiškumo ir tikrumo.
5. Išnagrinėjus įstaigų restruktūrizavimo problematiškumą, siūloma vykdyti mokslinius tyrimus restruktūrizacijos pasekmėms analizuoti, paslaugų prieinamumo ir kokybės pokyčiams tirti. Reikia pirmiausia įvertinti sveikatos priežiūros įstaigų, kuriose koncentruojamos specializuotos paslaugos, galimybes didinti jų teikiamų paslaugų apimtį, o tik po to daryti išvadas restruktūrizavimo klausimu.
6. Nagrinėjant visuomenės sveikatos priežiūros sistemos eigą pasigendama specializuotų visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų realios pagalbos, todėl siūloma aiškiai optimizuoti įstaigų tinklą, bei apibrėžti įstaigų kompetenciją.
7. Išanalizavus medicinos specialistų poreikį Lietuvoje konstatuojamas jų trūkumas, kurį siūloma spręsti socialinių garantijų užtikrinimu gydytojams rezidentams, sąlygų, skatinančių pasilikti Lietuvoje sukūrimu. Specialistams išvykstantiems dirbti į užsienį lėšų, skirtų už išsilavinimą, sugražinimu valstybei.

7 LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Lietuvos Respublikos Konstitucija // Valstybės žinios. 1992, Nr. 33-1014.
2. Lietuvos Respublikos biomedicininį tyrimų etikos įstatymas // Valstybės žinios. 2000, Nr. 44-1247.
3. Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas // Valstybės žinios. 2000, Nr. 74.
4. Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymas // Valstybės žinios. 2006, Nr. 78-3056.
5. Lietuvos Respublikos kraujo donorystės įstatymas // Valstybės žinios. 1996. Nr. 115-2666.
6. Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas // Valstybės žinios. 1996, Nr. 102-2313.
7. Lietuvos Respublikos narkologinės priežiūros įstatymas // Valstybės žinios. 1997, Nr. 30-711.
8. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas // Valstybės žinios. 1996, Nr. 102-2317.
9. Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas // Valstybės žinios. 1995, Nr. 53-1290.
10. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas // Valstybės žinios. 1996, Nr. 55-1287.
11. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas // Valstybės žinios. 1996, Nr.66-1572.
12. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas // Valstybės žinios. 1994, Nr. 63-1231.
13. Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatymas // Valstybės žinios. 1991, Nr.17-447.
14. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas // Valstybės žinios. 2002, Nr. 56-2225.
15. Lietuvos Respublikos žmogaus audinių, ląstelių ir organų donorystės ir transplantacijos įstatymas //Valstybės žinios. 1996, Nr. 116-2696.
16. Lietuvos Respublikos žmogaus mirties registravimo ir kritinių būklių įstatymas // Valstybės žinios. 1997. Nr. 30-712.
17. Lietuvos Respublikos žmonių užkrečiamų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymas // Valstybės žinios. 1996, Nr. 104-2363.
18. Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija // Valstybės žinios. 1991, Nr. 33-893.

19. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. sausio 28 d. įsakymas „Dėl sveikatos priežiūros specialistų profesinės kompetencijos patikrinimo tvarkos“ //Valstybės žinios. 2002, Nr. 12-430 .
20. Andriušis A. Lietuvos medicinos istorijos apybraiža. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 2006.
21. Barcys G. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams. UAB „Sveikatos ekonomikos centras“, Etinių farmacijos kompanijų atstovybių asociacija (EFA). Vilnius, 2006.
22. Birmontienė T. Sveikatos teisė ir Lietuvos teisės reforma // Lietuvos valstybingumo teisinės problemos. Pirmojo pasaulinio lietuvių teisininkų kongreso straipsnių ir tezių rinkinys. Vilnius, 1993. P. 105.
23. Birmontienė T. Sveikatos teisės doktrinos problemos // Justitia. 1997, Nr. 6. P. 11-13.
24. Birmontienė T. Sveikatos teisės konstituciniai principai. Naujų teisės šakų kūrimosi problemos // Lietuvos teisės kūrimo principai. V., 1995, p. 70 – 75.
25. Birmontienė T. Sveikatos teisės problemos Lietuvoje // Medicina. 1997, Nr. 33. P.11-16.
26. Birmontienė T. Sveikatos teisės problemos. Pacientų teisės: jubiliejinė konferencija Vilniaus universiteto Teisės fakulteto 350 m. sukakčiai // Teisė. 1993, Nr. 23.
27. Brazier M. Medicine, Patients and the Law. Penguin Books, 1992.
28. Černiauskas G., Jankauskienė D., Murauskienė L. Lietuvos sveikatos priežiūros reforma ir sveikatos draudimas // Sveikatos priežiūros reforma: Estija, Latvija, Lietuva, Vokietija. PHARE Sveikatos priežiūros reformos projektas, 1998.
29. Gustainienė L. Sveikatos priežiūros politika ir organizacija . Kaunas: VDU leidykla, 2002.
30. Hale J. Mc., Fox M., Murphy J. Health Care Law: Text, Cases and Materials. London: Sweet & Maxwell, 1997.
31. Kalėdienė S., Petrauskienė J., Rimpela A. Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. Kaunas, 1999.
32. Lietuvos Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. Vilnius, 2006.
33. Lietuvos sveikatos informacijos centras. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2005 m. Vilnius, 2006.
34. Lietuvos Sveikatos programos įgyvendinimo tarpinio vertinimo ataskaita. 2006.
35. Liubarskienė Z. Etinė medicinos kultūra per papročių, tradicijų ir pažiūrų prizmę // <http://tyliai.net/mintis/?id=tema7>.
36. Liubarskienė Z., Mazerskytė L. Medicinos etikos kodeksai ir teisinė jų apsauga. Kaunas: KMU leidykla, 2007.

37. Markauskas L. Konstitucinė teisė į nemokamą gydymą: interpretavimo problemos // Jurisprudencija. T.64(56); 132-139.
38. Mikelėnas V. Civilinės atsakomybės problemos: lyginamieji aspektai. Vilnius: Justitia, 1995.
39. Olekas J. Gyvoji medicinos istorija. Vilnius: Petro ofsetas, 2004.
40. Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Privalomojo Sveikatos Draudimo biudžeto fondo 1997–2007 m. tyrimų rezultatai.
41. Sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategija. - Vilnius. 2004.
42. William J. Carrant, Mark A. Health care Law and Ethics. Fifth edition. Aspen Law & Business, 2008.

RAKTAŽODŽIAI

Sveikatos sistema, reforma, sveikatos teisė, Lietuva, sveikatos priežiūros įstaigos, sveikatos draudimas, gydytojų ir pacientų teisės, visuomenės sveikata

SANTRAUKA

Šio darbo objektas yra sveikatos sistemos teisinė reforma. Rašant šį darbą, pasitelkus teisės teoriją, bandoma atsakyti į klausimą ar sveikatos sistema gali būti laikoma sveikatos teisės dalyku. Toliau keliami hipotezė, jog sveikatos sistemą Lietuvoje, kaip teisinių santykių visumą būtina aiškiai teisiškai reglamentuoti.

Siekiant įrodyti šią hipotezę nagrinėjama sveikatos sistemos samprata, jos formavimas ir įgyvendinimas kaip teisinių santykių visuma. Toliau pateikiama sveikatos sistemos teisinio reglamentavimo teisės sistemoje problematika.

Darbe apžvelgiami pagrindiniai sveikatos sistemą reglamentuojantys teisės aktai. Juose siekiama išskirti tas teisės normas, kurios apibrėžia svarbiausias sveikatos reformos dalis. Kaip ir kiekvienoje reformoje bandoma atsakyti į aktualius klausimus: ką mes padarėme, kur mes dabar esame, ko siekiame ir kaip mes tai pasieksime.

Apžvelgus reformos etapus, išanalizavus pagrindinius sveikatos sistemos teisės aktus, nustatomos problemos. Išskiriamos ir apibendrinamos pagrindinės sveikatos teisinės reformos Lietuvoje dalys: padėties analizė, pagrindiniai tikslai ir prioritetai bei priemonės.

Šių magistro tezių apimtis yra 63 lapai.

HEALT LEGAL REFORM IN LITHUANIA

MARIJA PANCERYTĖ

Keywords: health system, reform, health law, Lithuania, health institutions, health insurance, doctor and patient rights, health of society.

SUMMARY

The object of the thesis is legal reform of the Lithuanian health system. This study targets the question whether the health system can be considered as a health law based on the law theory. Hypothesis of this study is that health system, as the whole complex of legal relationships, must be clearly legally regulated.

In order to support the hypothesis the health system together with its development and implementation is analyzed as a whole of legal relationships. The topic of the health system legal regulation in the context of the law system is presented.

The overview of the key legal regulations in the health system is given. The emphasis is made on those regulations that describe main parts of the health system reform. As usual in a reform it is sought to answer the following questions: what have we done, where we are at the moment, what do we want and how are we going to achieve this.

The problems of the health system are uncovered as a result of reform stages overview and key health system laws analysis. Main parts of the health system legal reform in Lithuania (current state analysis, objectives, priorities and tools) are distinguished and summarized.

Master thesis consist of 63 pages.

ABSTRACT

The goal of the legal health reform is to create society oriented health system based on the strategic planning, analysis and control of the reform process changes. Health system must ensure availability, functionality, reasonable financing and background for the healthy lifestyle. The thesis targets the question whether the Lithuanian health system is clearly regulated according to the rules of law. Goal of this work is to reveal aspects of legal relationships of the health system reform implementation. During the considered period the law basis development speed and quality were not enough to guarantee management and problem solution consistency, continuity and succession.