MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETO
VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS
VADYBOS IR POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

AURIMAS MORKŪNAS

# PACIENTŲ SVEIKATAI PADARYTOS ŽALOS NUSTATYMO PROCESO LIETUVOJE ANALIZĖ

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas
doc. dr. V. Dumbliauskas

VILNIUS
2026

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETO
VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS
VADYBOS IR POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

# PACIENTŲ SVEIKATAI PADARYTOS ŽALOS NUSTATYMO PROCESO LIETUVOJE ANALIZĖ

Magistro baigiamasis darbas

Studijų programa 6211JX074

Vadovas
doc. dr. V. Dumbliauskas

Atliko
SPVvmis24-1 gr. stud. A. Morkūnas

VILNIUS, 2026

# TURINYS

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS ……....4

LENTELIŲ SĄRAŠAS....5

PRIEDŲ SĄRAŠAS ……....6

ĮVADAS....7

1. PACIENTŲ SVEIKATAI PADARYTOS ŽALOS ATLYGINIMO TEORINIAI PAGRINDAI....11

1.1. Pacientų teisių apsaugos principai....11

1.2. Pacientų sveikatai padarytos žalos samprata....14

1.3. Civilinė atsakomybė už pacientų sveikatai padarytą žalą....17

2. PACIENTŲ SVEIKATAI PADARYTOS ŽALOS ATLYGINIMO MODELIS LIETUVOJE....20

2.1. Pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo modelio raida Lietuvoje....20

2.2. Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo ir atlyginimo institucinė sistema Lietuvoje....23

2.3. Kreipimosi dėl paciento sveikatai padarytos žalos atlyginimo procedūra ir sprendimų priėmimo tvarka....28

2.4. Komisijos sprendimų apskundimas ir teismų praktikos reikšmė....31

3. PACIENTO SVEIKATAI PADARYTOS ŽALOS NUSTATYMO PROCESAS LIETUVOJE: KOKYBINIS TYRIMAS....34

3.1. Tyrimo metodologija....34

3.2. Tyrimo rezultatai....40

3.2.1. Sistemos samprata ir bendrasis vertinimas....40

3.2.2. Teisinis reguliavimas ir reforma: „žalos be kaltės“ modelio taikymo praktikoje vertinimas....43

3.2.3. Proceso eiga, dalyvių vaidmenys ir informacijos problemos....47

3.2.4. Poveikis medicinos praktikai ir gynybinės medicinos apraiškos....51

3.2.5. Sprendimų kokybė, interesų balansas ir tobulinimo perspektyvos....54

3.2.6. Tyrimo rezultatų aptarimas....59

IŠVADOS....64

SIŪLYMAI....66

BIBLIOGRAFINIŲ ŠALTINIŲ SĄRAŠAS....67

SANTRAUKA....70

SUMMARY....71

PRIEDAI....72

# PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos statusas, sudėtis, funkcijos ir ryšiai.....26
2 pav. Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo ir atlyginimo institucinė schema
Lietuvoje.....28
3 pav. Prašymo dėl žalos atlyginimo pateikimo ir nagrinėjimo seka.....29
4 pav. Žalos atlyginimo prašymų, sprendimų ir kompensacijų dinamika.....31

# LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Įrodinėtąja kalte grįsto modelio ir „žalos be kaltės“ modelio palyginimas Lietuvoje.....22
2 lentelė. 2020–2024 m. prašymų dėl paciento sveikatai padarytos žalos atlyginimo ir jų atžvilgių priimtų sprendimų statistika.....30
3.1 lentelė. Tyrimo dalyvių (informantų) charakteristikos.....38
3.2.1 lentelė. Sistemos sampratos ir bendrojo vertinimo rezultatai…….....…42
3.2.2 lentelė. Teisinio reguliavimo ir „žalos be kaltės“ modelio taikymo praktikoje vertinimas…….…….....….45
3.2.3 lentelė. Proceso eigos, dalyvių vaidmenų ir informacijos problemų vertinimas.....49
3.2.4 lentelė. Poveikio medicinos praktikai ir gynybinės medicinos apraiškų vertinimas……...…….....…53
3.2.5 lentelė. Sprendimų kokybės, interesų balanso ir tobulinimo perspektyvų vertinimas…….....…….....….57

# PRIEDŲ SĄRAŠAS

1 priedas. Pusiau struktūruoto ekspertinio interviu klausimynas.....72

2 priedas. Patvirtinimas apie atlikto darbo savarankiškumą.....73

# ĮVADAS

**Tiriama problema.** Nors Lietuvos sveikatos politikoje yra įtvirtintas pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo ir atlyginimo teisinis reglamentavimas bei taikomas pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo be kaltės modelis, praktikoje kyla neaiškumų dėl šio proceso veikimo. Trūksta aiškumo, kaip vertinamos medicininės aplinkybės, kokią reikšmę turi ekspertinės išvados, kaip užtikrinamas sprendimų pagrįstumas ir proceso skaidrumas. Nepaisant to, kad Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija atlieka pagrindinį vaidmenį šiame procese, nėra pakankamai ištirta, kaip realiai vyksta sprendimų dėl žalos pripažinimo priėmimas, kokie veiksniai jam daro įtaką ir su kokiomis problemomis susiduriama praktikoje.

**Baigiamojo darbo aktualumas.** Pacientų teisių apsauga yra viena svarbiausių šiuolaikinės sveikatos teisės sričių, nes ji tiesiogiai susijusi su asmens sveikata, gyvybe, orumu ir teisėtais interesais, naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis. Viena iš svarbiausių paciento teisių gynimo priemonių yra teisė reikalauti žalos atlyginimo tais atvejais, kai teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientui padaroma žala. Tačiau veiksminga pacientų teisių apsauga priklauso ne vien nuo teisės normų įtvirtinimo, bet ir nuo to, kaip praktiškai veikia pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo procesas, kokie subjektai jame dalyvauja, kaip vertinamos medicininės aplinkybės ir kokiu pagrindu priimami sprendimai dėl žalos pripažinimo. Temos aktualumą ypač sustiprina tai, kad nuo 2020 m. Lietuvoje pradėtas taikyti „žalos be kaltės“ modelis, iš esmės pakeitęs iki tol galiojusią pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo sistemą. Kartu pasikeitė ir pats paciento sveikatai padarytos žalos nustatymo procesas – jis tapo labiau orientuotas į specializuotą ikiteisminį vertinimą, atliekamą Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijoje. Pagrindinis specialus teisės aktas, užtikrinantis paciento teisę reikalauti sveikatai padarytos žalos atlyginimo yra Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas.[1]

Nors naujasis teisinis reguliavimas siekia užtikrinti greitesnį, paprastesnį ir pacientui prieinamesnį procesą, praktikoje vis dar kyla klausimų dėl šio proceso

1 Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 1996 m. spalio 3 d. Nr. I-1562, su vėlesniais pakeitimais.

aiškumo, ekspertinių išvadų reikšmės, sprendimų pagrįstumo ir procedūrinio teisingumo užtikrinimo.

**Baigiamojo darbo mokslinis naujumas ir tiriamos problemos ištyrimo lygis.** Pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo klausimai Lietuvos teisės doktrinoje yra nagrinėti pakankamai plačiai, daugiausia dėmesio skiriant pacientų teisių apsaugos principams, žalos sampratai bei civilinės atsakomybės taikymo ypatumams. Šiuos aspektus analizuoja ir D. Brogienė [2], tačiau moksliniuose darbuose dažniausiai vyrauja teorinis požiūris.

Tuo tarpu pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo proceso praktinis įgyvendinimas Lietuvoje tirtas mažai, ypač po to, kai pradėtas taikyti pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo be kaltės modelis. Nors I. Drėgvienė[3] tyrė Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos nagrinėjamų pareiškimų pobūdį, sprendimų trukmę bei ekspertizės vaidmenį, vis dar pasigendama kompleksinių tyrimų, analizuojančių sprendimų priėmimo procesą praktikoje, institucijų veiklą ir kylančius iššūkius.

Šio darbo mokslinis naujumas pasireiškia tuo, kad jame analizuojamas ne tik teisinis reglamentavimas, bet ir realus pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo proceso taikymas Lietuvoje. Atliekamas kokybinis tyrimas (interviu) leidžia atskleisti praktinius proceso aspektus, identifikuoti pagrindines problemas bei įvertinti proceso efektyvumą suinteresuotų subjektų požiūriu.

Taigi, darbas papildo esamus tyrimus praktinėmis įžvalgomis ir prisideda prie pacientų teisių apsaugos bei žalos nustatymo proceso tobulinimo Lietuvoje.

**Baigiamojo darbo reikšmė.** Šis magistrinis darbas reikšmingas tuo, kad jame analizuojamas pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo modelis Lietuvoje, vertinant jį ne tik kaip teisinį reglamentavimą, bet ir kaip strateginį sveikatos politikos instrumentą. Per Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos sprendimų analizę atskleidžiamas praktinis šio modelio veikimas. Darbas reikšmingas moksliniu požiūriu, nes prisideda prie palyginti naujo „žalos be kaltės“ modelio analizės, o praktiniu požiūriu – leidžia atskleisti pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo procese kylančias problemas, ekspertinių išvadų reikšmę ir proceso tobulinimo poreikį. Tyrimo rezultatai gali būti naudingi

[2] Brogienė, D. Paciento teisės į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą ir žalos sveikatai atlyginimą. Daktaro disertacija. Vilnius: Vilniaus universitetas, 2010.
[3] Drėgvienė, I. Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos 2016–2019 m. gautų pareiškimų ir priimtų sprendimų analizė. Magistro baigiamasis darbas. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, 2020.

stiprinant pacientų teisių apsaugos mechanizmo veiksmingumą ir optimizuojant Lietuvos sveikatos politikos įgyvendinimą Lietuvoje.

**Tyrimo objektas.** Pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo be kaltės (angl. *no-fault*) modelio funkcionavimas Lietuvoje.

**Tyrimo tikslas.** Išanalizuoti pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo procesą Lietuvoje.

**Siekiant numatyto tikslo, darbe iškelti šie uždaviniai:**

1. Apžvelgti pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo teorinius pagrindus: pacientų teisių apsaugos principus, pacientų sveikatai padarytos žalos sampratą ir civilinės atsakomybės už pacientų sveikatai padarytą žalą ypatumus;

2. Išanalizuoti pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo modelį ir jo raidą Lietuvoje;

3. Išnagrinėti pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo proceso Lietuvoje organizavimą;

4. Atlikti pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo proceso kokybinį tyrimą.

**Tyrimo metodika.** Darbe taikomas kokybinis tyrimas, kuriuo siekiama atskleisti ne tik formalų teisinį reguliavimą, bet ir patį pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo procesą.

Pagrindinis empirinių duomenų rinkimo metodas – pusiau struktūruotas ekspertinis interviu, atliekamas su Komisijos nariais, gydytojais ir teisininkais.

**Tyrimo struktūra.** Magistrinį darbą sudaro trys pagrindiniai skyriai. Pirmajame skyriuje analizuojami pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo teoriniai ir teisiniai pagrindai: aptariami pacientų teisių apsaugos principai, žalos samprata ir teisė į žalos atlyginimą kaip paciento teisių gynimo priemonė.

Antrajame skyriuje nagrinėjamas pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo procesas Lietuvoje, atskleidžiant jo raidą, institucinę sistemą, Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos kompetenciją, procedūrinius aspektus bei teismų praktikos reikšmę.

Trečiajame skyriuje pristatoma tyrimo metodologija, aprašomi tyrimo metodai, imtis, duomenų rinkimo ir analizės būdai bei tyrimo ribotumai, pateikiami empirinio tyrimo rezultatai, atskleidžiantys, kaip praktikoje veikia pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo procesas Lietuvoje, kokios pagrindinės problemos išryškėja ir kokios galimos šio proceso tobulinimo kryptys. Darbo

pabaigoje pateikiamos išvados, pasiūlymai, o taip pat literatūros sąrašas, anotacija bei santrauka (lietuvių ir anglų kalbomis).

Šiam darbui parengti buvo nagrinėti Lietuvos Respublikos norminiai teisės aktai (LR Konstitucija, įstatymai, Vyriausybės nutarimai ir kt., įvairūs moksliniai straipsniai ir kita susijusi literatūra bei šaltiniai).

# 1. PACIENTŲ SVEIKATAI PADARYTOS ŽALOS ATLYGINIMO TEORINIAI PAGRINDAI

## 1.1. Pacientų teisių apsaugos principai

Visuotinėje žmogaus teisių deklaracijoje[4], kuria savo teisinėse sistemose vadovaujasi demokratinės valstybės, asmens sveikata apibrėžiama kaip viena pagrindinių žmogaus teisių: *„kiekvienas turi teisę į savo ir savo šeimos sveikatai ir gerovei pakankamą gyvenimo lygį, įskaitant maistą, drabužius, būstą ir sveikatos priežiūrą“*. Taigi teisė į sveikatą tarptautiniu lygmeniu suvokiama kaip neatskiriama žmogaus orumo ir socialinės apsaugos dalis. Lietuvos teisinėje sistemoje asmens teisė į sveikatą yra įtvirtinta pagrindiniame šalies dokumente – Lietuvos Respublikos Konstitucijoje. Jos 53 straipsnyje skelbiama, kad „*valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką*“. Tokia konstitucinė nuostata reiškia, kad sveikatos apsauga Lietuvoje nėra tik asmeninis interesas, bet ir vieša gerovė, kurią turi užtikrinti valstybė. Paciento teisės sveikatos priežiūros sistemoje yra neatsiejamos nuo bendrųjų žmogaus teisių principų – žmogaus orumo, lygybės, nediskriminavimo ir teisės į sveikatą. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procese pacientas laikomas savarankišku teisinių santykių subjektu, turinčiu teisę priimti informuotus sprendimus dėl savo sveikatos būklės ir gydymo bei aktyviai dalyvauti su jo sveikata susijusių klausimų sprendime. Be abejonės, sveikatos priežiūros paslaugos, kurias gauna pacientas, privalo būti kokybiškos. Pastebėtina, kad mokslinėje literatūroje nėra vieningo apibrėžimo, kas galėtų būti laikoma kokybiška sveikatos priežiūros paslauga, bei nėra įrankio kaip jos kokybę išmatuoti. Kaip pažymi D. Brogienė „*sveikatos priežiūros kokybė yra reliatyvi (subjektyvi) ir kartu norminė (objektyvi) sąvoka. Jos tikslas yra įvertinti, ar suteikta priežiūra duoda tuos rezultatus, kurių protingai gali tikėtis pacientas: jo požiūris į kokybę ir pasitenkinimas sveikatos priežiūra*“[5]. Taigi, kokybiškomis sveikatos priežiūros paslaugomis laikomas gautas sveikatos priežiūros rezultatas atitinkantis paciento lūkesčius, juos vertinant protingumo aspektu.

[4] Visuotinė žmogaus teisių deklaracija (1948). Valstybės žinios, 2006, Nr. 68-2497.
[5] Brogienė D., *Min. veik.* (žr. 2 išnašą), p. 19.

Užsienio autorių ir tarptautinių organizacijų darbuose pacientų teisių apsauga taipogi glaudžiai siejama su kokybiškos, saugios ir į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros samprata. Darbo autoriaus požiūriu, vienas pagrindinių šios srities autorių yra A. Donabedian, kuris sveikatos priežiūros kokybę aiškina per struktūros, proceso ir rezultato dimensijas ir pabrėžė, kad kokybiška sveikatos priežiūra turi būti vertinama ne tik pagal techninius standartus, bet ir pagal tai, kaip ji atitinka paciento poreikius, įvertinus pusiausvyrą tarp tikėtinos naudos ir galimų nuostolių, kurie susiję su visais priežiūros proceso etapais. A. Donabedian požiūris svarbus tuo, kad jis leidžia pacientų teises sieti ne tik su abstrakčia teise gauti paslaugą, bet ir su reikalavimu, kad ši paslauga būtų kokybiška, tinkama ir realiai atitiktų paciento interesus[6].

Pacientų teisių turinį reikšmingai papildė ir *Institute of Medicine* suformuluota moderni sveikatos priežiūros kokybės samprata, kurioje pabrėžiama, kad gera sveikatos priežiūra turi būti saugi, veiksminga, orientuota į pacientą, savalaikė, efektyvi ir teisinga. Šiame kontekste ypač svarbi tampa būtent į pacientą orientuotos priežiūros idėja, kuri reiškia, kad pacientas turi būti vertinamas kaip aktyvus gydymo proceso dalyvis, o sveikatos priežiūros sprendimai turi būti priimami atsižvelgiant į jo poreikius, vertybes ir lūkesčius[7]. Tokia samprata iš esmės sutampa su šiuolaikiniu pacientų teisių supratimu, kuriame pabrėžiama ne vien formalus gydymo suteikimas, bet ir pagarba paciento pasirinkimui bei dalyvavimui sprendimų priėmime.

Tarptautinės organizacijos taip pat nuosekliai pabrėžia, kad pacientų teisės neatsiejamos nuo sveikatos priežiūros kokybės ir saugos. *Pasaulio sveikatos organizacija* (WHO) nurodo, kad kokybiška priežiūra turi būti saugi, veiksminga, prieinama ir orientuota į žmogų, o nacionalinės kokybės politikos turi būti kuriamos taip, kad stiprintų paciento padėtį sveikatos sistemoje[8]. OECD dokumentuose taip pat akcentuojama, kad sveikatos sistemų veiksmingumas turi būti vertinamas ne tik pagal klinikinius rezultatus, bet ir pagal tai, kaip užtikrinamas paslaugų prieinamumas, sauga ir paciento patirtis[9]. Pavyzdžiui, Reader, Gillespie ir Roberts

[6] Donabedian, A. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. 1: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.
[7] Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century.* Washington (DC): National Academies Press; 2001.
[8] WHO. *Handbook for national quality policy and strategy – A practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care.* Geneva: WHO; 2018.
[9] OECD. *Improving health quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies.* UK; 2019.

tyrime parodyta, kad pacientų skundai dažnai atskleidžia sistemines sveikatos priežiūros problemas – komunikacijos trūkumus, nepakankamą informavimą, organizacinius nesklandumus ir pacientų saugos spragas[10]. Dėl šios priežasties teisė pateikti skundą turi būti vertinama ne vien kaip individuali gynimosi priemonė, bet ir kaip svarbus instrumentas, padedantis gerinti sveikatos priežiūros kokybę.

Svarbiausias specialus teisės aktas, reglamentuojantis pacientų teises Lietuvoje yra Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas.[11] Jame taip pat yra įtvirtinta nuostata kas laikoma kokybiškomis sveikatos priežiūros paslaugomis. Tai – „*prieinamos, saugios, veiksmingos, sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, kurias tinkamam pacientui, tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia tinkamas sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami*“.

Iš to, kas išdėstyta, darbo autorius daro išvadą, kad žala pacientų sveikatai kyla tik iš nekokybiškai suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų, kurios remiantis aukščiau pateiktu kokybiškumo apibrėžimu, galėtų apimti visus atvejus, kai tam tikrais sveikatos priežiūros įstaigos specialistų atliekamais veiksmais ar neveikimu pažeidžiami sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, saugumo, veiksmingumo, gerosios patirties, kompetencijos standartai (pavyzdžiui, žalą pacientui lėmė gydytojo klaida, medicininės įrangos gedimai, paciento organizmo reakcija į vaistus ir t. t.).

Darbo autoriaus nuomone, ne mažiau svarbu paminėti ir kitas Įstatymu pacientams garantuojamas teises, kurių visuma sudaro pacientų teisių apsaugos pagrindą. Viena jų – teisė pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą ir sveikatos priežiūros specialistą, taip užtikrinant paciento galimybę aktyviai dalyvauti sprendžiant su jo gydymu susijusius klausimus. Be to, pacientui turi būti garantuojama teisė į informaciją, teisė susipažinti su savo medicinos dokumentais, teisė į privataus gyvenimo neliečiamumą bei teisė pateikti skundą dėl jo teisių pažeidimo. Šių teisių visuma leidžia kalbėti apie pacientą ne tik kaip apie gydymo

[10] Reader, T. W.; Gillespie, A.; Roberts, J. Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. *BMJ Quality & Safety*, 2014, Nr. 23, p. 678–689.
[11] Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, *Min. veik*. (žr. 1 išnašą).

paslaugų gavėją, bet ir kaip apie teisių turėtoją, kurio interesai privalo būti gerbiami ir ginami visose sveikatos priežiūros proceso stadijose.

Apibendrinant pasakytina, kad pacientų teisių apsaugos principai Lietuvos teisėje sudaro pamatą visai paciento teisių gynimo sistemai. Jie įtvirtina paciento, kaip savarankiško ir oraus teisinių santykių subjekto, statusą, apibrėžia valstybės pareigą užtikrinti sveikatos apsaugą bei nustato pagrindinius reikalavimus sveikatos priežiūros paslaugų teikimui.

## 1.2. Pacientų sveikatai padarytos žalos samprata

Vis tik, kad ir kokia pažangi ir efektyviai funkcionuojanti sveikatos priežiūros sistema būtų, praktikoje, teikiant sveikatos priežiūros, kaip ir bet kurias kitas paslaugas, neįmanoma išvengti nekokybiškų paslaugų suteikimo atvejų, taigi neišvengiamai kyla ir žala pacientų sveikatai. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas žalos atlyginimą įtvirtina kaip vieną iš pagrindinių paciento teisių gynimo priemonių, o oficialiuose Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos paaiškinimuose ši teisė siejama su paciento teise į saugias, kokybiškas ir tinkamai suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas [12]. Sveikatos sistemos žala pacientų sveikatai – tai reiškinys, kuris gali būti apibrėžiamas kaip neigiami padariniai, kuriuos pacientai patiria dėl klaidų, trūkumų ar netinkamo sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemoje. Tai gali būti tiek tiesioginės fizinės, tiek ir psichologinės pasekmės, susijusios su sveikatos priežiūros procesais. Taigi, paciento sveikatai padaryta žala nėra vien mediciniškai nepageidaujamas rezultatas – ji turi būti vertinama kaip teisiškai reikšmingas pakenkimas paciento sveikatai, kurio atlyginimo galimybė įtvirtinta įstatyme[13]. Lietuvos teisiniame reguliavime paciento sveikatai padaryta žala apima tiek turtinę, tiek neturtinę žalą [14]. LR Civilinio kodekso 6.251 straipsnyje neturtinė žala apibrėžiama kaip „*asmens fizinis skausmas, dvasiniai išgyvenimai, nepatogumai, dvasinis sukrėtimas, emocinė depresija, pažeminimas, reputacijos pablogėjimas, bendravimo galimybių sumažėjimas ir kita, teismo įvertinti pinigais*“. Turtinė žala

[12] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (SAM). Pacientų teisės. [Žiūrėta 2026-02-17]. Prieiga per internetą: https://sam.lrv.lt/lt/pacientu-teises-1/

[13] Kutkauskienė, J. Paciento teisių ir pareigų teisinio reglamentavimo Lietuvoje problematika ir raidos tendencijos. Jurisprudencija, 2008, Nr. 12(114), p. 82–91.

[14] Ten pat.

siejama su paciento ar jo artimųjų patirtomis išlaidomis, prarastomis pajamomis ar kitais pinigais įvertinamais nuostoliais.

Vis dėlto ne kiekvienas nepageidaujamas įvykis ir (arba) gydymo rezultatas yra priskiriamas prie atlygintinos žalos. Dabartiniame teisiniame reguliavime vartojamas terminas – neišvengiama žala[15]. LR Sveikatos apsaugos ministerijos pateikiamuose Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos veiklos aprašuose nurodoma, kad po 2020 m. atlyginama tik ta žala, kuri padaryta teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir nelaikytina neišvengiama[16].

Neišvengiama žala apibūdinama kaip tokia žala, kuri yra ankstesnės ligos ar sveikatos sutrikimo pasekmė, atsiranda dėl paciento individualių savybių arba kurios nebuvo galima išvengti, atsižvelgiant į tuo metu buvusį medicinos ir slaugos mokslo lygį bei gerąją medicinos praktikos patirtį[17,18]. Pažymėtina, kad paciento sveikatai padarytos žalos samprata Lietuvos teisėje yra neatsiejama nuo jos nustatymo proceso. Kitaip tariant, žala tampa teisiškai reikšminga ne vien dėl paties sveikatos pakenkimo fakto, bet tada, kai ji įvertinama pagal įstatymo, Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos veiklos nuostatų ir procedūrinių taisyklių sistemą. Lietuvos teisės aktai numato, kad paciento sveikatai padarytos turtinės ir neturtinės žalos atlyginimo klausimus pirmiausia sprendžia Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija, veikianti kaip privaloma ikiteisminė institucija[19,20], Tai reiškia, kad žalos samprata šiame modelyje nėra vien abstrakti teorinė kategorija – ji įgauna konkretų turinį per institucinį vertinimą, kuriuo nustatoma, ar egzistuoja visos įstatyme numatytos atlygintinos žalos sąlygos[21,22]. Paciento sveikatai padarytos žalos nustatymo teisinį reglamentavimą Lietuvoje

[15] Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, *Min. veik.* (žr. 1 išnašą)
[16] Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba (VASPVT). Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija. [Žiūrėta 2026-02-17]. Prieiga per internetą: https://vaspvt.lrv.lt.
[17] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. 2020 m. sausio 9 d. įsakymas Nr. V-36 „Dėl Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo įgyvendinimo“. [Žiūrėta 2026-02-10]. Prieiga per internetą: https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/ac76761033a011ea829bc2bea81c1194/asr
[18] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (SAM). Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija. [Žiūrėta 2026-02-17]. Prieiga per internetą: https://sam.lrv.lt/lt/struktura-ir-kontaktine-informacija/komisijos-ir-darbo-grupes/pacientu-sveikatai-padarytos-zalos-nustatymo-komisija/
[19] Drėgvienė, I. *Min. veik.* (žr. 3 išnašą).
[20] „Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas“, *Min. veik.*(žr. 1 išnašą)
[21] Ten pat.
[22] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, „Dėl Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo įgyvendinimo“ *Min. veik.*(žr. 17 išnašą).

formuoja ne tik įstatymas, bet ir poįstatyminiai aktai, detalizuojantys procedūrinius šios sistemos aspektus. Darbo autoriaus nuomone, ypač svarbus šiuo požiūriu yra sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo įgyvendinimo, kuriame nustatomi ekspertų sąrašo sudarymo, ekspertų išvadų teikimo, taip pat skundo ar prašymo turiniui ir kartu teikiamiems dokumentams keliami reikalavimai[23]. Tai leidžia teigti, kad Lietuvos modelyje žalos nustatymas vykdomas bendradarbiaujant teisiniam ir medicininiam institutams, kadangi situacijas reikalinga vertinti tiek teisiniu, tiek medicininiu aspektu.

Paciento sveikatai padarytos žalos nustatymas taip pat susijęs su subjektų, turinčių teisę reikalauti žalos atlyginimo, apibrėžimu. Tokį reikalavimą gali pareikšti ne tik pats pacientas, bet ir tam tikri kiti asmenys, ypač paciento mirties atveju.

Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme taip pat nustatyta, kad, paciento mirties atveju turtinės ir neturtinės žalos atlyginimo gali prašyti asmuo, kuris buvo mirusio paciento išlaikomas arba jo mirties dieną turėjo teisę gauti iš jo išlaikymą, pavyzdžiui, nepilnamečiai vaikai (įvaikiai), sutuoktinis, nedarbingi tėvai (įtėviai) ar kiti faktiniai nedarbingi išlaikytiniai.

Be to, tokią teisę turi ir mirusio paciento vaikas, gimęs po jo mirties, o neturtinės žalos atlyginimo tam tikrais atvejais gali reikalauti ir asmenys, kuriuos su pacientu siejo ypač artimas ir glaudus ryšys[24]. Toks reglamentavimas rodo, kad Lietuvos teisė paciento sveikatai padarytą žalą suvokia ne vien siaurai individualiai, bet ir platesniame šeimos bei artimųjų interesų kontekste, ypač tais atvejais, kai sveikatos pakenkimas baigiasi paciento mirtimi. Svarbu ir tai, kad žalos nustatymo reguliavimas Lietuvoje neapsiriboja vien Komisijos atliekamu pirminiu vertinimu, nes nesutikdamas su priimtu sprendimu asmuo gali kreiptis į teismą. Teismų praktikos apžvalgos rodo, kad po 2020 m. modelio įtvirtinimo bylose teismai nagrinėja ne tik pačios žalos buvimo klausimą, bet ir tokias aplinkybes kaip atlygintinos žalos sąlygos, neišvengiamos žalos kriterijus bei žalos dydžio nustatymas[25]. Taigi paciento sveikatai padarytos žalos samprata nėra „uždara“ vien

[23] „Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas“, *Min. veik.* (žr. 1 išnašą).
[24] „Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas“, *Min. veik.* (žr. 1 išnašą).
[25] Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija, Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos 2024 m. veiklos ataskaita, PDF.

įstatymo lygmenyje – ji toliau aiškinama ir konkretinama teismų praktikoje, kuri prisideda prie vienodesnio teisės taikymo bei visos sistemos aiškumo. Šis aspektas ypač reikšmingas vertinant, ar žalos nustatymo mechanizmas veikia nuosekliai ir procedūriškai teisingai.

Apibendrinant galima teigti, kad paciento sveikatai padarytos žalos samprata Lietuvos teisėje yra kompleksinė. Ji apima tiek materialinius ir nematerialinius sveikatos pakenkimo padarinius, tiek teisines sąlygas, kuriomis toks pakenkimas gali būti pripažintas atlygintina žala[26,27]. Žalos nustatymo teisinį reglamentavimą sudaro įstatymo, poįstatyminių aktų, institucinių procedūrų ir teismų praktikos visuma. Dėl to paciento sveikatai padaryta žala turi būti vertinama ne vien kaip medicininis faktas, bet kaip normiškai ir instituciškai apibrėžtas reiškinys, kurio nustatymas reikalauja suderinti teisinių kriterijų taikymą, medicinines išvadas ir procedūrinį vertinimą.

## 1.3. Civilinė atsakomybė už pacientų sveikatai padarytą žalą

Pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimas yra viena svarbiausių šiuolaikinės sveikatos teisės sričių, apimanti tiek medicinos pažangą, tiek augantį dėmesį žmogaus teisių apsaugai. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas dažnu atveju susijęs su tam tikra rizika, dėl to neišvengiamai gali kilti neigiamų pasekmių pacientui. Taigi, darbo autoriaus požiūriu, pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo teoriniai pagrindai neatsiejami nuo bendrųjų civilinės atsakomybės principų analizės. Nors mokslinėje literatūroje nepateikiamas vieningas civilinės atsakomybės apibrėžimas, kai kurie autoriai, pavyzdžiui G. Dambrauskienė ir kt. civilinę atsakomybę apibrėžia kaip kalto asmens pareigą atlyginti kitam asmeniui padarytą žalą (nuostolius)[28]. Tuo tarpu V. Mikelėno teigimu, civilinė atsakomybė – prievolė, atsirandanti neįvykdžius ar netinkamai įvykdžius įstatyme ar sutartyje nustatytą pareigą, taip pat neleistinu būdu ar neleistinomis priemonėmis įgyvendinant savo teises[29]. Nepaisant civilinės atsakomybės formuluojamų apibrėžimų įvairovės, darbo autoriaus pastebėjimu, literatūroje apibūdindami civilinę atsakomybę autoriai vieningai akcentuoja jos turtinį ir kompensacinį

[26] Kutkauskienė J., *Min. veik.*, (žr. 15 išnašą), p.88.
[27] „Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas“, *Min. veik.*(žr. 1 išnašą).
[28] Dambrauskienė, G. ir kt. Lietuvos teisės pagrindai. Vilnius: Justitia, 2004, p. 55.
[29] Mikelėnas, V. Civilinės atsakomybės problemos: lyginamieji aspektai. Vilnius: Justitia, 1995, p. 30.

pobūdį, nurodant vienos šalies civilinių teisinių santykių atsakomybę prieš kitą šalį. Nors egzistuoja įvairios civilinės atsakomybės funkcijos[30], pagrindine laikoma kompensacinė funkcija, kurios tikslas – kompensuoti nukentėjusiajam jo patirtą žalą[31]. Kompensacinė civilinės atsakomybės funkcija reiškia siekį kiek įmanoma atkurti paciento būklę, buvusią iki žalos atsiradimo dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo. Vis dėlto, kadangi žala paprastai padaroma tokiai neturtinei vertybei kaip sveikata, jos visiškas atkūrimas dažniausiai yra neįmanomas – galima tik iš dalies pagerinti paciento būklę, o visiškas sugrąžinimas į ankstesnę būklę pasiekiamas itin retai. Dėl šios priežasties neturtinės žalos atlyginimo atveju visiško žalos atlyginimo principas negali būti įgyvendintas visa apimtimi, nes patirta žala negali būti tiksliai išreikšta pinigine verte.

Nacionalinėje teismų praktikoje taip pat akcentuojama, kad tokiais atvejais taikoma piniginė atlyginimo išraiška, kurios paskirtis – kiek įmanoma teisingiau kompensuoti nukentėjusio asmens patirtą fizinį skausmą, dvasinius išgyvenimus ir kitus neigiamus padarinius. Tai reiškia, kad sprendžiant dėl žalos atlyginimo būtina vadovautis teisingumo principu, užtikrinant, kad priteisiamos kompensacijos dydis kiek įmanoma atitiktų patirtos žalos mastą.

Sveikatos priežiūros srityje civilinės atsakomybės taikymas pasižymi tam tikra specifika, kadangi būtina vertinti medicininės veiklos rizikingumą bei profesinio sprendimo laisvę. Teisės literatūroje pabrėžiama, kad būtina atriboti neišvengiamą medicininę riziką nuo neteisėtų veiksmų sukeltos žalos. Tai reiškia, kad civilinė atsakomybė taikoma tik tais atvejais, kai nustatoma, jog buvo pažeisti profesiniai standartai ar pacientų teisės.

Darbo autorius atkreipia dėmesį, kad be kompensacinės funkcijos, civilinė atsakomybė sveikatos priežiūros srityje atlieka ir prevencinę funkciją. Kaip pažymi V. Mikelėnas, civilinė atsakomybė „*atlieka ne tik kompensacinę, bet ir prevencinę funkciją, skatindama teisės subjektus laikytis nustatytų elgesio standartų*“[32]. Tai ypač svarbu medicinos srityje, kur atsakomybės taikymas gali turėti tiesioginę įtaką paslaugų kokybei, pacientų saugai ir visuomenės pasitikėjimui sveikatos sistema.

[30] Norkūnas, A.; Selelionytė-Drukteinienė, S. Civilinės atsakomybės praktikumas. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2008, p. 7.
[31] „Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2014 m. gegužės 27 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-291/2014“, Liteko http://liteko.teismai.lt/viesasprendimupaieska/tekstas.aspx?id=da20755d-a2d4-4b59-8315-6e4ee3eb7583.
[32] Mikelėnas, V. Prievolių teisė. Bendrosios nuostatos. Vilnius: Justitia, 2007, p. 247.

Apibendrinant pažymėtina, kad civilinė atsakomybė už pacientų sveikatai padarytą žalą grindžiama bendraisiais civilinės atsakomybės principais, tačiau dėl medicininės veiklos rizikingumo ir sveikatos, kaip ypatingos vertybės, pobūdžio pasižymi tam tikrais ypatumais. Nors pagrindinė civilinės atsakomybės paskirtis yra kompensuoti pacientui padarytą žalą, praktikoje visiškas jos atlyginimas dažnai nėra įmanomas, bet kiek įmanoma teisingiau išreiškiamas pinigine verte, vadovaujantis teisingumo, protingumo ir sąžiningumo principais. Kartu civilinė atsakomybė atlieka ir prevencinę funkciją, prisidėdama prie sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo bei pacientų saugos stiprinimo.

# 2. PACIENTŲ SVEIKATAI PADARYTOS ŽALOS ATLYGINIMO MODELIS LIETUVOJE

## 2.1. Pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo modelio raida Lietuvoje

Pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo modelio raidą Lietuvoje tikslinga vertinti ne tik per teisės aktų kaitos prizmę, bet ir platesniame kontekste – per pacientų teisių apsaugos efektyvumą. Šio darbo autoriaus požiūriu svarbu ne tik tai, kad nuo 2020 m. buvo pereita prie „žalos be kaltės“ modelio, bet ir tai, ar šis modelis realiai sumažino paciento procesinę naštą bei sukūrė veiksmingesnį žalos nustatymo ir atlyginimo mechanizmą.

Pažymėtina, kad pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo modelis Lietuvoje per pastaruosius metus iš esmės pasikeitė. Iki 2020 m. galiojusi tvarka buvo grindžiama klasikiniu civilinės atsakomybės modeliu, pagal kurį žala atlyginama tik nustačius neteisėtus veiksmus, kaltę ir priežastinį ryšį tarp šių veiksmų ir atsiradusios žalos[33]. Tai reiškė, kad pacientui tekdavo įrodyti visas civilinės atsakomybės sąlygas, todėl žalos atlyginimo siekimas buvo susijęs su sudėtingu ir dažnai ilgu procesu, reikalaujančiu rinkti medicininius įrodymus, pasitelkti ekspertus ir patirti papildomas laiko bei finansines sąnaudas[34]. Toks modelis atitiko ilgą laiką daugelyje valstybių dominavusią teisminio ieškinio sampratą, pagal kurią žalos atlyginimas siejamas su konkretaus atsakingo subjekto nustatymu. Tačiau praktikoje jis buvo kritikuojamas dėl riboto prieinamumo pacientui ir nepakankamo efektyvumo[35]. Lietuvos teisės doktrinoje taip pat buvo atkreiptas dėmesys į šio modelio trūkumus. Kaip pažymi M. Morkūnaitė, Lietuvoje ilgą laiką vyravo būtent teisminio ieškinio modelis, o diskusijos dėl jo neefektyvumo stiprėjo kartu su platesnėmis pacientų saugos ir žalos atlyginimo reformos iniciatyvomis. Analogiškai pabrėžiama, kad toks modelis labiau orientuotas į atsakomybės nustatymą nei į greitą ir pacientui prieinamą žalos kompensavimą, todėl dalis pacientų dėl bylinėjimosi sudėtingumo, išlaidų ar

[33] Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas“, *Min. veik. (*žr.1 išnašą).
[34] Kutkauskienė J., *Min. veik. (*žr. 2 išnašą), p. 87-88.
[35] Morkūnaitė, M. Pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo „ modelis. Teisė, 2017, t. 102, p. 128.

neapibrėžtumo apskritai nesiryždavo ginti savo teisių[36]. Taigi reformos poreikį Lietuvoje lėmė ne tik teorinės diskusijos, bet ir praktinis siekis sukurti prieinamesnę ir efektyvesnę žalos atlyginimo sistemą.

Esminis pokytis įvyko nuo 2020 m. sausio 1 d., kai Lietuvoje pradėtas taikyti „žalos be kaltės“ modelis[37]. Pagal šį modelį žalos atlyginimas nebėra siejamas su sveikatos priežiūros specialisto kaltės įrodinėjimu. Vietoj to kompensacija gali būti skiriama tuomet, kai nustatoma, kad žala padaryta teikiant sveikatos priežiūros paslaugas ir ji nelaikytina neišvengiama. Sprendimus dėl žalos atlyginimo priima Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija, kuri tapo privaloma ikiteismine institucija[38]. Šio modelio įtvirtinimu siekta sudaryti sąlygas pacientams greičiau ir paprasčiau gauti kompensaciją bei skatinti atviresnį sveikatos priežiūros sistemos požiūrį į klaidas ir jų prevenciją.

Vertinant šį pokytį platesniame kontekste, pažymėtina, kad jis nėra unikalus. Užsienio valstybių praktikoje išskiriami du pagrindiniai pacientų žalos atlyginimo modeliai – teisminis ieškinio modelis ir „žalos be kaltės“ modelis[39]. Pastarasis ypač būdingas Šiaurės Europos valstybėms, kuriose kompensavimas dažniausiai grindžiamas žalos išvengiamumo kriterijumi. Pavyzdžiui, Švedijoje vertinama, ar patyręs specialistas galėjo išvengti žalos, o Naujojoje Zelandijoje taikomas dar platesnis „treatment injury“ požiūris, apimantis gydymo procese patirtą žalą ir mažiau orientuotas į individualios kaltės nustatymą. Tokie pavyzdžiai rodo, kad universalaus „žalos be kaltės“ modelio nėra.

Lietuvos modelio panašumas į šias sistemas atsiskleidžia tuo, kad siekiama mažinti paciento įrodinėjimo naštą. Vis dėlto vertinant, ar šie tikslai buvo pasiekti, būtina atsižvelgti į besiformuojančią teismų praktiką. Lietuvos Aukščiausiasis Teismas yra pažymėjęs, kad, nepaisant kaltės atsisakymo, būtina nustatyti žalą, jos neišvengiamumą ir priežastinį ryšį[40]. Tai rodo, kad žalos nustatymas išlieka sudėtingas.

Apibendrinant pasakytina, kad Lietuvos pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo sistema perėjo nuo įrodinėtąja kalte grįsto modelio prie „žalos be kaltės“

[36] Ten pat.
[37] Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas“, *Min. veik.* (žr. 1 išnašą).
[38] Ten pat.
[39] Morkūnaitė M., *Min. veik.*(žr. 35 išnašą).
[40] Lietuvos teismai. Dėl paciento sveikatai padarytos žalos atlyginimo sąlygų nuo 2020 m. sausio 1 d. 2023 m. birželio 29 d. [Žiūrėta 2026-02-17]. Prieiga per internetą: https://www.teismai.lt/lt/teismu-pranesimai-spaudai/del-paciento-sveikatai-padarytos-zalos-atlyginimo-salygu-nuo-2020-m.-sausio-1-d./11380

modelio, kuris savo logika yra artimesnis užsienio administraciniams kompensavimo sprendimams, ypač Šiaurės Europos valstybėse taikomiems modeliams. Pagrindinis šio pokyčio skirtumas yra tas, kad senasis modelis buvo orientuotas į atsakomybės ir kaltės nustatymą, o naujasis – į pacientui padarytos žalos kompensavimą, jeigu tenkinamos įstatyme nustatytos sąlygos. Tačiau tiek Lietuvos teismų praktika, tiek užsienio šalių patirtis rodo, kad net ir atsisakius kaltės kaip formalios sąlygos, žalos nustatymo procesas išlieka sudėtingas dėl ekspertinių vertinimų, priežastinio ryšio nustatymo ir išvengiamumo kriterijų aiškinimo. Dėl to „žalos be kaltės“ modelis teoriškai yra palankesnis pacientui, tačiau jo veiksmingumas praktiškai priklauso nuo aiškaus kriterijų taikymo, ekspertinių išvadų kokybės, Komisijos sudėties kompetencijos ir nuoseklios administracinės bei teisminės praktikos.

Siekiant aiškiau ir sistemiškiau atskleisti šių modelių skirtumus, pagrindiniai jų požymiai apibendrintai pateikiami 1 lentelėje.

***1 lentelė.*** **Įrodinėtąja kalte grįsto modelio ir „žalos be kaltės“ modelio palyginimas Lietuvoje**

| **Palyginimo kriterijus** | **Įrodinėjama kalte grįstas modelis (iki 2019-12-31)** | **„Žalos be kaltės“ modelis (nuo 2020-01-01)** |
|---|---|---|
| **Pagrindinis principas** | Žala atlyginama, kai nustatoma neteisėta ir kalta veika | Žala atlyginama, jei ji padaryta teikiant paslaugas ir nėra neišvengiama |
| **Ką turi įrodyti pacientas** | Žalą, kaltę, neteisėtus veiksmus ir priežastinį ryšį | Nebereikia įrodinėti specialisto kaltės; vertinama, ar yra atlygintinos žalos sąlygos |
| **Proceso pobūdis** | Labiau teisminis / ginčo pobūdžio | Specializuotas ikiteisminis, orientuotas į klinikinį vertinimą |
| **Pirmoji institucija** | Didesnė reikšmė teko teisminiam ginčui ir atsakomybės nustatymui | Privaloma ikiteisminė institucija – Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija |
| **Kaltės reikšmė** | Esminė | Neesminė; svarbiausia, ar žala nėra neišvengiama |

| | | |
|---|---|---|
| **Paciento procesinė našta** | Didesnė | Santykinai mažesnė |
| **Tikslas** | Nustatyti atsakomybę už neteisėtą veiką | Greitesnis, paprastesnis ir pacientui prieinamesnis žalos atlyginimas |
| **Ekspertų vaidmuo** | Reikšmingas, ypač teisiniame ginče | Labai reikšmingas Komisijos sprendimų pagrindimui |
| **Santykis su Teismu** | Teismas turėjo svarbią vietą nustatant atsakomybę | Teismas lieka kontrolės mechanizmas po Komisijos sprendimo |
| **Pagrindinės problemos** | Ilga trukmė, didelės išlaidos, sudėtingas įrodinėjimas | Reikalingas nuoseklus kriterijų taikymas,ekspertinis pajėgumas, aiškus sprendimų pagrindimas |

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus remiantis Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo įstatymu

## 2.2. Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo ir atlyginimo institucinė sistema Lietuvoje

Vertinant pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo ir atlyginimo institucinę sistemą Lietuvoje, nepakanka apsiriboti vien atskirų institucijų funkcijų išvardijimu. Darbo autoriaus požiūriu, svarbiausia yra įvertinti, ar egzistuojanti institucinė sandara sudaro prielaidas veiksmingam, aiškiam ir nuosekliam paciento teisių gynimo mechanizmui veikti praktikoje. Lietuvos modelis grindžiamas tuo, kad pacientų sveikatai padarytos žalos klausimai sprendžiami ne vienos institucijos lygmeniu, bet per tarpusavyje susijusią sistemą, kurioje dalyvauja Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija, Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija, Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba, Žalos pacientų sveikatai prevencijos komisija ir teismai. Tokia struktūra leidžia atskirti teisėkūros, administravimo, sprendimų priėmimo, prevencijos ir teisminės

kontrolės funkcijas bei užtikrina jų įgyvendinimą praktikoje[41,42]. Darbo autoriaus vertinimu, būtent šis institucijų pasiskirstymas leidžia kalbėti apie daugiasluoksnį modelį, kuriame individualių prašymų nagrinėjimas derinamas su prevencija, priežiūra ir išorine teismine kontrole.

Pagrindinį šios sistemos reguliavimo ir koordinavimo vaidmenį atlieka **Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija** (toliau – SAM). Įgyvendindama Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą, SAM tvirtina su žalos nustatymo ir atlyginimo procesu susijusius poįstatyminius aktus, reglamentuojančius ekspertų sąrašo sudarymą, ekspertų išvadų teikimo tvarką, prašymams ir dokumentams keliamus reikalavimus bei kitus procedūrinius klausimus. Tai reiškia, kad ministerija ne tik formuoja bendrą pacientų teisių apsaugos politikos kryptį, bet ir detalizuoja praktinius mechanizmus, kuriais remiantis veikia visa žalos nustatymo sistema. Šiuo požiūriu SAM vertintina kaip institucija, kuri užtikrina, kad įstatyme įtvirtintos nuostatos būtų paverstos realiai taikomomis procedūromis.

Pagrindinė ir svarbiausia institucinės sistemos grandis, sprendžianti klausimus dėl paciento sveikatai padarytos žalos atlyginimo, yra **Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija (**toliau – Komisija**)**, veikianti prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Jos veiklos paskirtis – nagrinėti pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo ir atlyginimo klausimus dėl turtinės ir neturtinės žalos atlyginimo[43]. Pirmoji Komisija buvo patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gruodžio 8 d. įsakymu Nr. V-874 „Dėl Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos sudarymo“. Šiuo metu veikianti Komisija patvirtinta 2020 m. sausio 8 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-24 „Dėl Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos sudarymo“. Komisijos sudėtis turi užtikrinti skirtingų interesų grupių

[41] Lietuvos Respublikos Vyriausybė. 2005 m. vasario 10 d. nutarimas Nr. 152 „Dėl Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos nuostatų patvirtinimo“. [Žiūrėta 2026-02-26]. Prieiga per internetą: https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.250178/asr

[42] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (SAM). Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija. [Žiūrėta 2026-02-17]. Prieiga per internetą: https://sam.lrv.lt/lt/struktura-ir-kontaktine-informacija/komisijos-ir-darbo-grupes/pacientu-sveikatai-padarytos-zalos-nustatymo-komisija/ ; Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (SAM). Pacientų teisės. [Žiūrėta 2026-02-26]. Prieiga per internetą: https://sam.lrv.lt/lt/pacientu-teises-1/

[43] Lietuvos Respublikos Vyriausybė. 2020 m. sausio 8 d. nutarimas Nr. 3 „Dėl Turtinės ir neturtinės žalos, atsiradusios dėl paciento sveikatai padarytos žalos, atlyginimo aprašo patvirtinimo“. TAR, 2020, Nr. 2020-00344.

atstovavimą. Ji sudaroma ketveriems metams iš septynių nepriekaištingos reputacijos asmenų. Į ją įtraukiami:

- ✓ Sveikatos apsaugos ministerijos ar ministro įgaliotos institucijos atstovai;
- ✓ pacientų teisėms atstovaujančių nevyriausybinių organizacijų atstovai;
- ✓ sveikatos priežiūros specialistams atstovaujančių organizacijų atstovai.

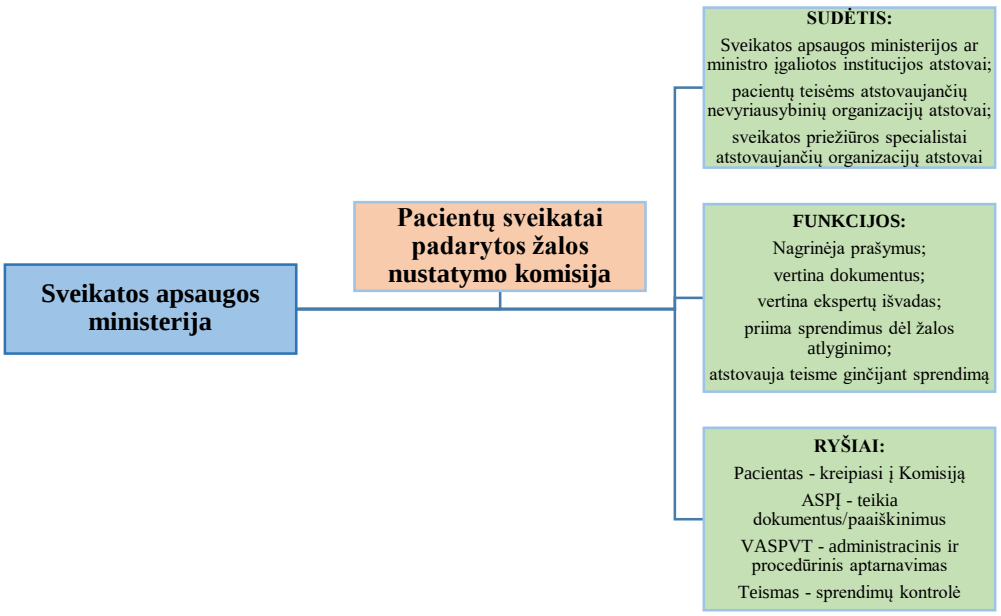
Pagrindinis Komisijos uždavinys – vertinti pacientų ir kitų asmenų, turinčių teisę į žalos atlyginimą, prašymus.

Praktikoje svarbu ne tik tai, kas sudaro Komisiją, bet ir tai, ar jos nariai turi pakankamai kompetencijos vertinti konkrečių sričių bylas. SAM yra pažymėjusi, kad dėl didelio odontologinių bylų skaičiaus Komisijoje ypač svarbus gydytojo odontologo dalyvavimas. Remiantis Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos pateikiamomis Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos ataskaitomis, matyti nuoseklus su odontologijos paslaugomis susijusių prašymų skaičiaus augimas: 2022 m. iš 246 gautų prašymų 42 buvo susiję su netinkamai suteiktomis odontologijos paslaugomis, 2023 m. – 71 iš 254, o 2024 m. – 72 iš 274 prašymų[44].

Tai rodo, kad Komisijos sudėtis tiesiogiai susijusi su jos sprendimų kokybe ir gebėjimu tinkamai įvertinti medicininius klausimus.

Apibendrinant galima teigti, kad Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija yra centrinė Lietuvos žalos atlyginimo sistemos ikiteisminė institucija, kurios reikšmė atsiskleidžia per jos kompetenciją, sudėtį ir funkcijas (1 pav.). Ji ne tik nagrinėja prašymus ir priima sprendimus dėl žalos atlyginimo, bet ir užtikrina, kad šie klausimai būtų vertinami specializuotai, remiantis tiek teisės normomis, tiek medicininiais kriterijais. Dėl to Komisijos veiklos kokybė turi tiesioginę reikšmę pacientų pasitikėjimui visa žalos atlyginimo sistema ir tampa svarbiu pagrindu tolesnei sprendimų nuoseklumo analizei.

[44] Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba (VASPVT). Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija. [Žiūrėta 2026-02-27]. Prieiga per internetą: https://vaspvt.lrv.lt/lt/pacientu-sveikatai-padarytos-zalos-nustatymo-komisija/




***1 pav.*** **Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos statusas, sudėtis, funkcijos ir ryšiai**

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus pagal Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. vasario 10 d. nutarimą Nr. 152 „Dėl Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos nuostatų patvirtinimo“ ir SAM bei VASPVT interneto svetainėse pateiktą informaciją.

Svarbią vietą sistemoje užima ir **Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VASPVT)**, tačiau jos funkcijos nėra tapačios Komisijos funkcijoms. VASPVT viešai nurodo, kad pacientas dėl sveikatai padarytos žalos atlyginimo turi kreiptis į Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisiją, o pati VASPVT nagrinėja kitus su asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu ir kokybe susijusius pacientų skundus, tačiau nenagrinėja pačių žalos atlyginimo reikalavimų. Dėl to VASPVT šioje sistemoje atlieka dvejopą vaidmenį: viena vertus, ji organizaciniu lygmeniu prisideda prie Komisijos veiklos aptarnavimo, kita vertus, vykdo pacientų teisių priežiūrą tais atvejais, kurie nesusiję su turtinės ar neturtinės žalos atlyginimu. Toks funkcijų atribojimas svarbus sistemos aiškumui ir kompetencijų pasidalijimui[45].

Institucinė sistema neapsiriboja vien žalos nustatymu ir atlyginimu. Joje taip pat veikia ir **Žalos pacientų sveikatai prevencijos komisija** (toliau – Prevencijos komisija)**,** kurios paskirtis – analizuoti Pacientų sveikatai padarytos

[45] Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba (VASPVT). Pacientų teisių priežiūros funkcijų vykdymas. [Žiūrėta 2026-02-27]. Prieiga per internetą: https://vaspvt.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/pacientu-teisiu-prieziuros-funkciju-vykdymas/

žalos nustatymo komisijos veiklos ataskaitų duomenis bei teikti siūlymus dėl priemonių, padedančių užkirsti kelią žalai atsirasti ateityje. Prevencijos komisija teikia rekomendacijas konkrečioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, taip pat siūlymus sveikatos apsaugos ministrui dėl teisės aktų tobulinimo, paslaugų kokybės priežiūros ir specialistų profesinės kompetencijos vertinimo. Tokiu būdu ši komisija atlieka svarbią sisteminės prevencijos funkciją ir rodo, kad Lietuvos modelis orientuotas ne tik į žalos kompensavimą, bet ir į sveikatos priežiūros kokybės gerinimą bei klaidų prevenciją[46]. Darbo autoriaus vertinimu, būtent Prevencijos komisijos egzistavimas parodo, kad sistema siekia pereiti nuo „reakcijos į žalą“ prie platesnio mokymosi iš padarytos žalos ir jos pasikartojimo prevencijos.

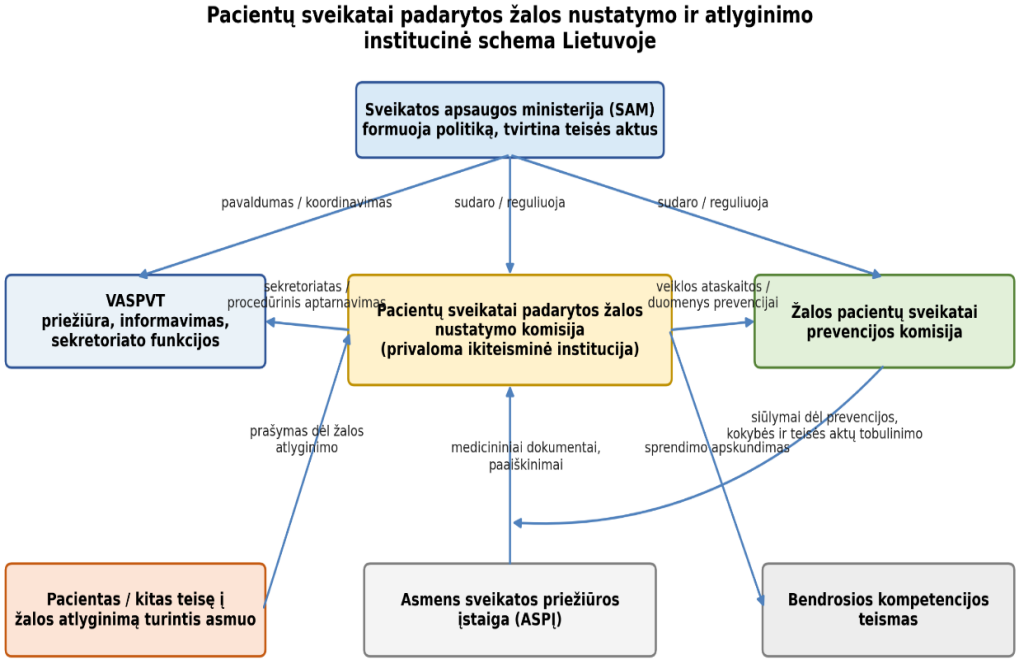
Nesutikdamas su Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos sprendimu, asmuo gali kreiptis į teismą, taigi teismai tampa galutine ginčo sprendimo ir teisės aiškinimo institucija. Tokia sistema leidžia kalbėti apie tam tikrą sprendimų grandinę: ministerija formuoja teisinį pagrindą, Komisija priima sprendimus dėl žalos atlyginimo, VASPVT vykdo pacientų teisių priežiūros ir administracines funkcijas, Žalos pacientų sveikatai prevencijos komisija analizuoja sisteminius žalos prevencijos aspektus, o teismai užtikrina sprendimų teisminę kontrolę.

Apibendrinant galima teigti, kad pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo ir atlyginimo institucinė sistema Lietuvoje yra daugiasluoksnė ir apima sprendimų priėmimo, administravimo, priežiūros, prevencijos ir teisminės kontrolės elementus. Sveikatos apsaugos ministerija užtikrina sistemos teisinį ir organizacinį pagrindą, Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija priima sprendimus dėl žalos atlyginimo, Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba vykdo pacientų teisių priežiūros ir administracines funkcijas, Žalos pacientų sveikatai prevencijos komisija orientuota į sistemines prevencijos priemones, o teismai garantuoja išorinę sprendimų kontrolę.

[46] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (SAM). Žalos pacientų sveikatai prevencijos komisija. [Žiūrėta 2026-02-27]. Prieiga per internetą: https://sam.lrv.lt/lt/struktura-ir-kontaktine-informacija/komisijos-ir-darbo-grupes/zalos-pacientu-sveikatai-prevencijos-komisija/;Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba (VASPVT). Žalos pacientų sveikatai prevencijos komisija. [Žiūrėta 2026-02-27]. Prieiga per internetą: https://vaspvt.lrv.lt/lt/zalos-pacientu-sveikatai-prevencijos-komisija/

Darbo autoriaus vertinimu, toks institucijų pasiskirstymas leidžia ne tik spręsti individualius žalos atlyginimo atvejus, bet ir sudaro prielaidas visos sistemos tobulinimui, sveikatos priežiūros kokybės gerinimui bei nuoseklesniam teisės taikymui praktikoje.

Siekiant aiškiau atskleisti pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo ir atlyginimo sistemos institucinę sandarą Lietuvoje, tikslinga ją pavaizduoti schemiškai (2 pav.). Tokia schema leidžia glaustai parodyti pagrindines šiame procese dalyvaujančias institucijas, jų funkcijų pasiskirstymą ir tarpusavio ryšius, dėl to padeda ne tik apibendrinti teorinį aprašymą, bet ir aiškiau atskleisti pačios sistemos veikimo logiką.




***2 pav.*** **Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo ir atlyginimo institucinė schema Lietuvoje**

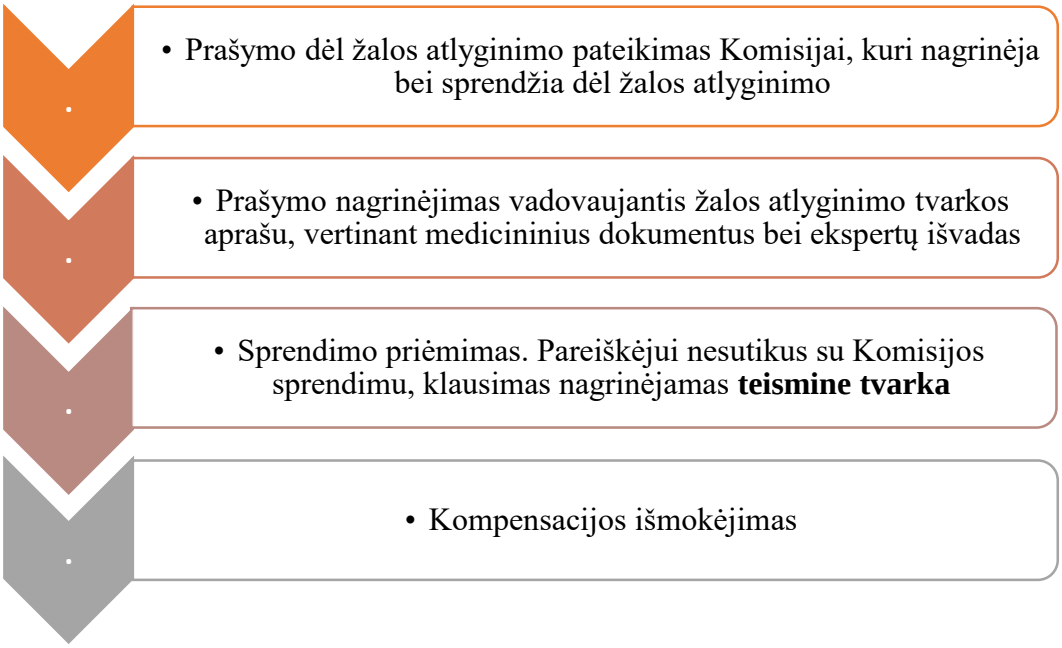
Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus pagal SAM, VASPVT ir Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos nuostatus

## 2.3. Kreipimosi dėl paciento sveikatai padarytos žalos atlyginimo procedūra ir sprendimų priėmimo tvarka

Paciento sveikatai padarytos žalos atlyginimo procedūra Lietuvoje pradedama pateikiant prašymą kompetentingai institucijai – VASPVT veikiančiai Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijai. Prašyme turi būti aiškiai

nurodyta patirta žala, prašomos kompensacijos dydis bei faktinės aplinkybės, kuriomis grindžiamas reikalavimas. Kartu su prašymu pateikiami dokumentai, patvirtinantys pareiškėjo tapatybę, reikalavimo pagrįstumą ir, esant poreikiui, teisę atstovauti kitam asmeniui. Prašymas gali būti teikiamas įvairiais būdais – elektroniniu paštu, paštu arba tiesiogiai atvykus į instituciją, taip užtikrinant procedūros prieinamumą pacientams.

Nagrinėdama prašymą, Komisija vertina pateiktus medicininius dokumentus, sveikatos priežiūros įstaigų paaiškinimus bei kitą su byla susijusią medžiagą. Tais atvejais, kai sprendimui priimti nepakanka turimų duomenų, pasitelkiami ekspertai, kurie pateikia išvadas nustatyta tvarka. Šis etapas yra itin reikšmingas, nes sprendimas dėl žalos atlyginimo dažnai priklauso ne tik nuo teisinių, bet ir nuo medicininių aplinkybių kompleksinio įvertinimo (3 pav.).




***3 pav.*** **Prašymo dėl žalos atlyginimo pateikimo ir nagrinėjimo seka**

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus pagal SAM, VASPVT ir Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos nuostatus

Sprendimų priėmimo procese svarbus ir žalos atsiradimo laikotarpis. Lietuvos teisinėje sistemoje skiriami du reglamentavimo modeliai: jei žala padaryta **iki 2019 m. gruodžio 31 d.**, taikoma kaltės principu grindžiama atsakomybės sistema, o jei žala atsirado nuo **2020 m. sausio 1 d.**, taikomas „žalos be kaltės“ modelis. Pastarasis modelis leidžia pacientams gauti kompensaciją paprasčiau ir

operatyviau, nes nereikia įrodinėti sveikatos priežiūros specialisto kaltės. Nustačius, kad žala atitinka įstatyme numatytus kriterijus ir yra susijusi su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, kompensacija mokama iš valstybės administruojamo Pacientų žalos atlyginimo fondo. Tokiu būdu siekiama sudaryti palankesnes sąlygas pacientams ginti savo teises, palyginti su tradiciniu civiliniu procesu teismuose.

***2 lentelė.*** **2020–2024 m. prašymų dėl paciento sveikatai padarytos žalos atlyginimo ir jų atžvilgiu priimtų sprendimų statistika**

| **Metai** | **Gauti prašymai dėl žalos atlyginimo** | **Sprendimai, kuriais nustatyta žala** |
|---|---|---|
| 2020 | 218 | 36 |
| 2021 | 232 | 37 |
| 2022 | 246 | 40 |
| 2023 | 302 | 75 |
| 2024 | 377 | 81 |

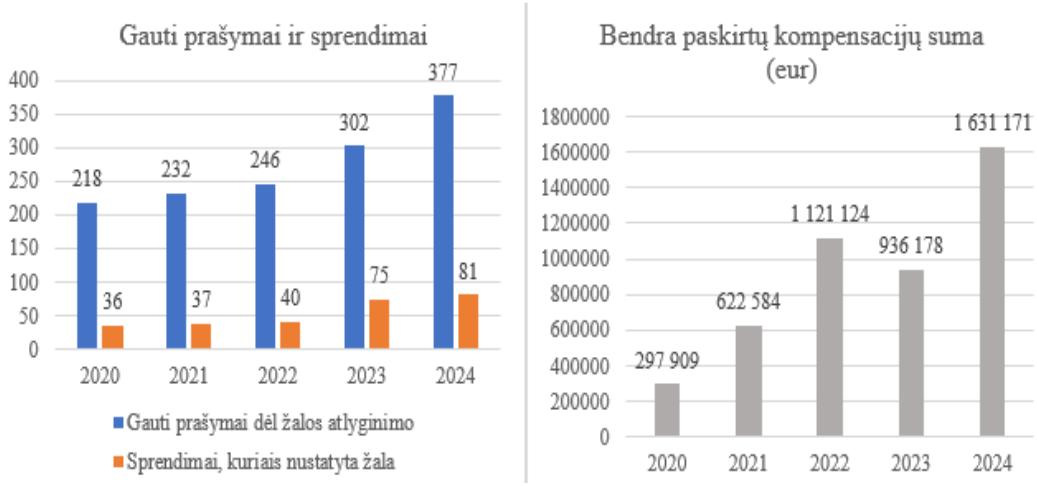
Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus pagal Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos ataskaitas

Analizuojant 2020–2024 m. laikotarpio statistinius duomenis (2 lentelė), matyti nuoseklus tiek pateikiamų prašymų, tiek priimamų sprendimų, kuriais nustatoma žala, skaičiaus augimas. 2020 m. buvo gauta 218 prašymų, iš kurių žala nustatyta 36 atvejais, o 2024 m. – jau 377 prašymai ir 81 teigiamas sprendimas[47]. Tai rodo, kad tik dalis pateiktų prašymų baigiasi pacientui palankiu rezultatu, tačiau laikui bėgant didėja tiek bendras kreipimųsi skaičius, tiek patvirtintų žalos atvejų apimtis. Tokie pokyčiai gali būti siejami su gerėjančia prašymų kokybe, aiškesne Komisijos praktika ir nuosekliai formuojama žalos vertinimo metodika.

Ne mažiau svarbus rodiklis yra ir bendra išmokėtų kompensacijų suma. 2020 m. ji sudarė apie 298 tūkst. eurų, o 2024 m. viršijo 1,6 mln. eurų[48], tai rodo reikšmingą finansinių išmokų augimą per trumpą laikotarpį. Šį augimą galima aiškinti didėjančiu nustatytų žalos atvejų skaičiumi, didesniais neturtinės žalos įkainiais bei sudėtingesnių medicininių situacijų vertinimu.

[47] Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija. 2024 m. veiklos ataskaita. Vilnius: VASPVT, 2025.
[48] Ten pat.

Siekiant aiškiau atskleisti pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo praktikos pokyčius, toliau pateikiama žalos atlyginimo prašymų, sprendimų ir kompensacijų dinamikos diagrama (4 pav.).




***4 pav.* Žalos atlyginimo prašymų, sprendimų ir kompensacijų dinamika**

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus pagal Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos ataskaitas

Apibendrinant galima teigti, kad paciento sveikatai padarytos žalos atlyginimo procedūra Lietuvoje susideda iš kelių nuoseklių etapų: prašymo pateikimo, dokumentų ir medicininių duomenų vertinimo, prireikus – ekspertinių išvadų gavimo ir kolegialaus sprendimo priėmimo. Nors ši procedūra sukurta siekiant palengvinti pacientų galimybes ginti pažeistas teises ne teismo tvarka, jos veiksmingumas tiesiogiai priklauso nuo aiškių teisinių reikalavimų taikymo, tinkamo medicininių aplinkybių įvertinimo bei nuoseklaus ir pagrįsto sprendimų priėmimo.

## 2.4. Komisijos sprendimų apskundimas ir teismų praktikos reikšmė

Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos sprendimai nėra galutiniai, nes jie gali būti skundžiami teismui teisės aktų nustatyta tvarka. Toks apskundimo mechanizmas užtikrina asmens teisę į veiksmingą teisinę gynybą ir leidžia patikrinti, ar Komisijos sprendimas yra teisėtas ir pagrįstas. Darbo autoriaus požiūriu, teismų praktikos reikšmė pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo srityje yra ypač didelė dėl to, kad po 2020 m. įsigaliojus „žalos be kaltės“ modeliui būtent teismai pradėjo formuoti esminius išaiškinimus dėl žalos atlyginimo sąlygų,

procesinių terminų, asmenų, turinčių teisę į kompensaciją, bei žalos dydžio nustatymo.

Nagrinėdamas bylą teismas vertina, ar Komisija tinkamai nustatė faktines aplinkybes, ar laikėsi procedūrinių reikalavimų ir ar teisingai taikė materialinės teisės normas[49]. Nors teismas neperima Komisijos funkcijų ir neatlieka viso medicininio vertinimo iš naujo, jis gali remtis papildomais įrodymais, ekspertų išvadomis bei kitais byloje pateiktais duomenimis, o prireikus – skirti ekspertizę[50].

Ypač reikšmingą vietą šioje srityje užima Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2023 m. birželio 15 d. nutartis civilinėje byloje Nr. e3K-3-24-421/2023, kuri laikytina vienu svarbiausių precedentų po 2020 m. reformos[4]. Šioje byloje kasacinis teismas išaiškino, kad teisei į žalos atlyginimą atsirasti būtina nustatyti šių sąlygų visumą: paciento sveikatai padarytą žalą, jos neišvengiamumą paneigiančias aplinkybes bei priežastinį ryšį tarp suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų ir atsiradusios žalos[51]. Darbo autoriaus vertinimu, ši nutartis yra reikšminga tuo, kad ji atskleidžia ribą tarp norminio reformos tikslo supaprastinti paciento padėtį ir praktinio poreikio išlaikyti aiškius žalos nustatymo kriterijus. Toje pačioje byloje teismas taip pat išaiškino asmenų, turinčių teisę į kompensaciją, ratą, pripažindamas, kad tam tikrais atvejais pilnamečiai paciento artimieji gali reikalauti tiek neturtinės žalos, tiek su laidojimu susijusių išlaidų atlyginimo. Be to, pažymėta, kad teismas, nagrinėdamas bylą iš esmės, nėra saistomas Komisijai taikomų žalos dydžio nustatymo kriterijų ir gali vadovautis bendrais civilinės atsakomybės principais[52]. Tai reiškia, kad teismo diskrecija nustatant žalos dydį yra platesnė nei Komisijos.

Svarbus vaidmuo teismų praktikoje tenka ir įrodymams bei ekspertinėms išvadoms. Lietuvos Aukščiausiasis Teismas yra pažymėjęs, kad pacientų sveikatai padarytos žalos bylose esminę reikšmę turi ekspertų išvados, pagrįstos specialiosiomis medicinos žiniomis, kuriose turi būti įvertintas gydymo teisingumas, savalaikiškumas, galimos klaidos ir jų ryšys su atsiradusia žala[53]. Tai

[49] Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas“, *Min. veik.(*žr. 1 išnašą).

[50] Lietuvos Respublikos civilinio proceso kodeksas. Valstybės žinios, 2002, Nr. 36-1340 (su vėlesniais pakeitimais), 176, 185, 212 str.

[51]Lietuvos teismai. Dėl paciento sveikatai padarytos žalos atlyginimo sąlygų nuo 2020 m. sausio 1 d. 2023 m. birželio 29 d. [Žiūrėta 2026-02-17]. Prieiga per internetą: https://www.teismai.lt/lt/teismu-pranesimai-spaudai/del-paciento-sveikatai-padarytos-zalos-atlyginimo-salygu-nuo-2020-m.-sausio-1-d./11380.

[52] Ten pat.

[53] Lietuvos Aukščiausiasis Teismas. Išnagrinėta byla dėl ekspertizės akto įrodomosios reikšmės paciento sveikatai padarytos žalos atlyginimo bylose. 2023 m. sausio 5 d. [Žiūrėta

patvirtina, kad teismas, nagrinėdamas ginčą, gali remtis ne tik Komisijos surinkta medžiaga, bet ir papildomais ekspertiniais vertinimais, o prireikus – inicijuoti ekspertizę.

Teismų praktikos reikšmę patvirtina ir Komisijos veiklos duomenys. 2024 m. Komisijos veiklos ataskaitoje nurodyta, kad dalis priimtų sprendimų yra skundžiami teismui[54]. Tai rodo, kad nors Komisija atlieka privalomą ikiteisminę funkciją, reikšminga ginčų dalis persikelia į teisminį lygmenį. Dėl to teismai veikia ne tik kaip kontrolės mechanizmas, bet ir kaip institucija, formuojanti vienodesnę teisės taikymo praktiką.

Apibendrinant galima teigti, kad Komisijos sprendimų apskundimo institutas ir jį lydinti teismų praktika yra neatsiejama pacientų teisių apsaugos sistemos dalis. Teismai ne tik užtikrina individualių ginčų sprendimo teisingumą, bet ir formuoja esminius išaiškinimus dėl „žalos be kaltės“ modelio taikymo sąlygų, priežastinio ryšio, procesinių terminų bei žalos dydžio nustatymo principų. Todėl teismų praktika vertintina ne vien kaip Komisijos veiklos kontrolės priemonė, bet ir kaip visos pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo sistemos aiškinimo ir tobulinimo šaltinis.

2026-03-03]. Prieiga per internetą: https://www.lat.lt/isnagrineta-byla-del-ekspertizes-akto-irodomosios-reiksmes-paciento-sveikatai-padarytos-zalos-atlyginimo-bylose/1297.

[54] Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija. 2024 m. veiklos ataskaita. Vilnius: VASPVT, 2025.

# 3. PACIENTO SVEIKATAI PADARYTOS ŽALOS NUSTATYMO PROCESAS LIETUVOJE: KOKYBINIS TYRIMAS

## 3.1. Tyrimo metodologija

**Tyrimo prielaidos.** Šis tyrimas grindžiamas prielaida, kad Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos sprendimų priėmimo praktika negali būti visapusiškai atskleista vien analizuojant teisės aktus ar teismų praktiką. Nors norminis reguliavimas apibrėžia sprendimų priėmimo pagrindus ir procedūras, faktinį šios sistemos veikimą lemia ir kiti veiksniai: institucinis procesas, ekspertinių išvadų prieinamumas, praktinis teisės normų taikymas, profesinė patirtis ir pačių proceso dalyvių požiūris. Todėl siekiant suprasti, kaip praktiškai formuojami Komisijos sprendimai, kokie veiksniai lemia jų nuoseklumą ir kaip vertinamas procedūrinis teisingumas, būtina remtis ne tik dokumentiniais šaltiniais, bet ir tiesiogine ekspertų patirtimi. Kokybinio tyrimo logika būtent ir leidžia atskleisti reiškinius jų natūraliame kontekste, tyrinėjant reikšmes, kurias jiems suteikia patys tyrimo dalyviai.

**Tyrimo metodas.** Šiame magistriniame darbe taikomas kokybinis tyrimo metodas. Jis pasirinktas todėl, kad tyrimo objektas – Komisijos sprendimų priėmimo praktika – yra kompleksinis, daugiasluoksnis ir glaudžiai susijęs su asmenų profesine patirtimi, vertinimais bei praktinėmis žiniomis. Kokybinis tyrimas tinkamas tais atvejais, kai siekiama atskleisti ne kiekybinius rodiklius, o procesų turinį, sprendimų logiką, dalyvių argumentus ir jų interpretacijas. Tyrimo dalyviai yra atitinkamų sričių ekspertai, turintys įvairią ir dažnai unikalią patirtį, todėl kokybinis tyrimas geriausiai padės atskleisti darbe nagrinėjamą temą.

Kitas pasirinkimo motyvas yra galimybė giliai, visapusiškai, iš įvairių aspektų pažvelgti į temą. R. Tidikis, lygindamas kiekybinius tyrimus su kokybiniais, būtent akcentuoja pastarųjų gylį ir plotį[55].

Papildomai galima atkreipti dėmesį į tris pagrindinius kokybinio tyrimo principus, kuriuos išskiria Bryman [56]. Pirmiausia, toks tyrimas grindžiamas indukcine logika, kai pirmiausia renkami empiriniai duomenys, o tik vėliau, remiantis jų analize, formuluojamos apibendrinančios įžvalgos.

[55] Tidikis, R. Socialinių mokslų tyrimų metodologija. Vilnius: Lietuvos teisės universitetas, 2003, p.367.
[56] Gaižauskaitė, I.; Valavičienė, N. Socialinių tyrimų metodai: kokybinis interviu. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2016, p.14.

Šiame darbe netikrinama išankstinė hipotezė. Remiantis interviu su specialistais, siekiama ištirti, kaip realybėje veikia naujoji žalos atlyginimo sistema, kai nebeieškoma gydytojo kaltės. Tyrimu norima išsiaiškinti, kas iš tiesų trukdo teisingai išspręsti ginčus bei atskleisti Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos sprendimų priėmimo proceso ypatumus.

Antrasis principas – interpretatyvinė pozicija, pagal kurią svarbiausia yra tai, kaip pačią situaciją, procesą ar reiškinį suvokia ir aiškina jo dalyviai. Atsižvelgiant į tai, šiame tyrime bus reikšminga, kaip Komisijos nariai, gydytojai ir teisininkai interpretuoja sprendimų priėmimo procesą, ekspertinių išvadų vaidmenį, sprendimų argumentavimo kokybę ir praktinius iššūkius, kylančius nagrinėjant pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo klausimus.

Trečiasis principas – konstrukcionistinis požiūris, teigiantis, kad socialinė realybė nėra visiškai objektyvi ir nekintanti, bet formuojasi per žmonių tarpusavio sąveiką, jų patirtis ir suteikiamas reikšmes. Tai ypač aktualu ir šio tyrimo kontekste, nes Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos veikla vyksta teisinio, medicininio ir institucinio vertinimo sankirtoje, kur sprendimų turinį ir kokybę lemia ne tik formalios teisės normos, bet ir skirtingų proceso dalyvių sąveika, profesinė patirtis bei praktiniai vertinimai. Ne mažiau svarbi šiame kontekste yra ir tyrėjo bei informantų sąveika, nes interviu metu surinkti duomenys atspindės ne tik formalią informaciją, bet ir informantų patirtis, požiūrius bei interpretacijas. Dėl šių priežasčių šiam magistriniam darbui tinkamiausia yra kokybinio tyrimo strategija.

**Tyrimo duomenų rinkimo metodas.** Pagrindinis tyrimo duomenų rinkimo metodas – pusiau struktūruotas ekspertinis interviu. Šis metodas pasirinktas dėl to, kad leidžia derinti iš anksto numatytą teminę struktūrą su lankstumu interviu metu, užduodant papildomus klausimus, tikslinant atsakymus ir gilinantis į tas temas, kurios informantų atsakymuose išryškėja kaip reikšmingiausios. Pusiau struktūruotas interviu laikomas vienu dažniausiai kokybiniuose tyrimuose taikomų duomenų rinkimo metodų, nes suteikia galimybę gauti turtingus, išsamius duomenis, kartu neprarandant ryšio su tyrimo klausimais. Kaip pažymi K. Kardelis, viena svarbiausių interviu savybių yra ta, kad duomenys renkami tiesioginio bendravimo metu, dėl to tyrėjas gali gilintis į informantų patirtis geriau suprantant jų požiūrį[57].

[57] Kardelis, K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras, 2016.

Planuojant atlikti tyrimą, su informantais pirmiausia buvo susisiekta telefonu ir el. paštu, pristatant tyrimo tikslą bei siekinius. Interviu buvo organizuojamas per Microsoft Teams platformą ir įrašomas, kad vėliau tyrėjas galėtų tyrimo medžiagą analizuoti tiek kartų, kiek reikia. Visi tyrime dalyvavę informantai buvo informuoti ir sutiko, kad interviu būtų įrašomas, o įrašai saugomi tik tiek, kiek reikia laiko rašytinei transkripcijai atlikti. Interviu trukmė svyravo nuo 20 iki 50 min.

**Tyrimo instrumentas.** Tyrimo instrumentas – pusiau struktūruoto ekspertinio interviu klausimynas (interviu gidas), pritaikytas visoms tikslinėms grupėms (komisijos nariams, gydytojams, teisininkams), sudarytas darbo autoriaus (1 priedas).

Interviu gide numatyti klausimai (teminių blokų principu), susiję su Komisijos sprendimų priėmimo eiga, ekspertinių išvadų reikšme, sprendimų nuoseklumo prielaidomis, argumentavimo kokybe, procedūrinio teisingumo užtikrinimu ir galimomis sistemos tobulinimo kryptimis. Toks interviu gidas pasirinktas remiantis metodologinėmis rekomendacijomis, kurios nurodo, kad kokybinio pusiau struktūruoto interviu klausimynas turi būti rengiamas nuosekliai, sistemingai ir remiantis tiek tyrimo klausimais, tiek ankstesne teorine ir empirine medžiaga.

**Tyrimo imtis.** Atliekant kokybinį tyrimą tyrėjui svarbūs ne statistiškai reprezentatyvūs, bet informatyvūs, konkretų reiškinį geriausiai atskleisti galintys atvejai. Dėl to, pasak L. Rupšienės, kokybiniame tyrime pasirenkami tie generalinės aibės vienetai, kurie leidžia visapusiškai atskleisti tiriamą reiškinį ir suteikia gilias, patirtimi grįstas įžvalgas[58]. Šiame magistriniame darbe tiriamasis reiškinys yra Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos sprendimų priėmimo praktika, todėl tyrimo dalyviais pasirinkti asmenys, kurie savo profesinėje veikloje tiesiogiai susiduria su pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo procesu, jo vertinimu arba ekspertiniu pagrindimu. Tyrimo informantais pasirinkti Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos nariai, gydytojai bei teisininkai. Šie asmenys turi specifinės profesinės patirties, susijusios su žalos atlyginimo proceso organizavimu, medicininių aplinkybių vertinimu, ekspertinių išvadų rengimu arba sprendimų priėmimo praktika. Nors atlikti 8 interviu, kokybiniam tyrimui toks

[58] Rupšienė, L. Kokybinio tyrimo duomenų rinkimo metodologija. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla, 2007, p.22.

dalyvių skaičius laikytinas pakankamu, nes svarbiausia yra ne imties dydis, o jos informatyvumas ir dalyvių kompetencija.

Dauguma autorių, nagrinėdami kokybinių tyrimų imties sudarymą, remiasi M. Patton idėjomis, pagal kurias kokybiniame tyrime informantai atrenkami tikslingai, atsižvelgiant į jų galimybes suteikti reikšmingos informacijos apie tiriamą objektą. Šio darbo tyrimui pasirinkta kriterinė atranka, kai tyrimo dalyviai atrenkami pagal iš anksto tyrėjo nustatytus kriterijus[59]. Toks atrankos būdas pasirinktas dėl to, kad jis leidžia į tyrimą įtraukti būtent tuos asmenis, kurie turi tiesioginės ir pakankamos profesinės patirties pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo procese bei gali pateikti argumentuotus vertinimus apie Komisijos sprendimų priėmimo praktiką.

*Tyrimo dalyviai atrenkami vadovaujantis šiais kriterijais*:

- ✓ *Asmuo turi turėti tiesioginės profesinės patirties pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo srityje.*
- ✓ *Asmuo turi priklausyti bent vienai iš šių grupių: Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos narys, gydytojas arba teisininkas, turintis profesinės patirties nagrinėjant ar vertinant atvejus, susijusius su pacientų sveikatai padaryta žala.*
- ✓ *Asmuo turi turėti ne mažesnę kaip dviejų metų profesinę patirtį toje srityje, kuri susijusi su pacientų sveikatai padarytos žalos vertinimu, ekspertiniu nagrinėjimu arba praktiniu dalyvavimu šiame procese.*

Šie kriterijai pasirinkti tam, kad į tyrimą būtų įtraukti informantai, turintys pakankamą profesinį pasirengimą ir realią patirtį, leidžiančią ne paviršutiniškai, bet argumentuotai vertinti Komisijos sprendimų priėmimo procesą. Pirmasis kriterijus akcentuoja bendrą informantų ryšį su pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo institutu. Antrasis kriterijus svarbus todėl, kad leidžia įtraukti skirtingas profesines perspektyvas – tiek asmenis, tiesiogiai priimančius sprendimus, tiek tuos, kurie sprendimų priėmime dalyvauja per ekspertinį ar medicininį vertinimą. Trečiasis kriterijus padeda užtikrinti, kad tyrimo dalyviai turėtų ne atsitiktinį, bet pakankamai nuoseklų profesinį santykį su nagrinėjamu reiškiniu.

Tokia imtis yra tinkama šiam tyrimui, nes leidžia pažvelgti į Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos sprendimų priėmimo praktiką iš

[59] Bitinas, B.; Rupšienė, L.; Žydžiūnaitė, V. Kokybinių tyrimų metodologija: vadovėlis. Vilnius: Kronta, 2008, p. 103.

kelių skirtingų, tačiau tarpusavyje susijusių perspektyvų. Komisijos nariai gali atskleisti institucinį sprendimų priėmimo procesą ir jo organizavimo logiką, ekspertai – ekspertinių išvadų rengimo bei jų reikšmės aspektus, o gydytojai – praktinį santykį su vertinamomis medicininėmis aplinkybėmis. Dėl to kriterinė atranka šiuo atveju leidžia surinkti pakankamai išsamius ir kokybiniam tyrimui vertingus duomenis.

**Tyrimo etika.** Gaižauskaitė ir Valavičienė kokybiniuose tyrimuose rekomenduoja naudoti tokį etikos apibrėžimą – tai elgesio principai, atitinkantys visuomenės moralės normas[60]. Tai tarsi taisyklių rinkinys, kuriuo vadovaujasi tyrėjas visuose tyrimo etapuose: planuojant tyrimą, ieškant ir atsirenkant dalyvius, imant interviu, analizuojant ir pristatant tyrimo rezultatus (duomenis). Tyrimas buvo atliekamas laikantis pagrindinių mokslinių tyrimų etikos principų: savanoriško dalyvavimo, informuoto sutikimo, konfidencialumo, anonimiškumo ir duomenų apsaugos. Visi tyrimo dalyviai prieš interviu buvo informuoti apie tyrimo tikslą, tyrimo pobūdį, jų dalyvavimo savanoriškumą, teisę bet kuriuo metu atsisakyti dalyvauti ar neatsakyti į jiems nepageidautinus klausimus. Interviu įrašymas būtų vykdomas tik gavus aiškų informanto sutikimą. Atsižvelgiant į tai, kad tyrime dalyvavo profesinę atsakomybę turintys asmenys ir buvo aptariami jautrūs institucinio veikimo aspektai, darbe užtikrinant informantų anonimiškumą, nurodomas tik jų priklausymas tam tikrai grupei, „Komisijos narys“, „gydytojas“ ar „teisininkas“ ir informantams suteikti kodai: K1, K2, G1, G2, T1, T2 ir t. t.

Tyrime dalyvavusių informantų (K1–K3, G1–G2, T1–T3) charakteristikos pateikiamos 3.1 lentelėje.

***3.1 lentelė*. Tyrimo dalyvių (informantų) charakteristikos**

| Kodas | Pareigos |
|---|---|
| K1 | Komisijos narys |
| K2 | Komisijos narys |
| K3 | Komisijos narys |
| G1 | Gydytojas |
| G2 | Gydytojas |
| T1 | Teisininkas |
| T2 | Teisininkas |
| T3 | Teisininkas |

[60] Gaižauskaitė, I., Valavičienė, N. , *Min. veik.(*žr. 56 išnašą), p. 5.

Kokybinio interviu metodologijoje pabrėžiama, kad etinis jautrumas interviu tyrimuose yra ypač svarbus, nes interviu yra ne tik duomenų rinkimo technika, bet ir socialinė sąveika tarp tyrėjo ir informanto.

**Tyrimo duomenų analizės metodas.** Atlikus visus pusiau struktūruotus interviu su tyrimo dalyviais, audio medžiaga buvo dar kartą perklausyta, siekiant tiksliau įsigilinti į informantų pasisakymų turinį, jų akcentuojamas problemas ir pasikartojančias temas. Perklausų metu buvo fiksuojamos pirminės pastabos ir preliminarios įžvalgos, kurios vėliau pasitelktos duomenų analizės procese. Vėliau interviu įrašai buvo transkribuoti kompiuteriu ir perkelti į atskirus tekstinius dokumentus. Tematinis karkasas buvo formuojamas remiantis tyrimo problema, tikslu, uždaviniais ir interviu klausimais, taip pat atsižvelgiant į temas, kurios išryškėjo pačių informantų pasisakymuose. Pirmojo skaitymo metu buvo išskiriami pagrindiniai prasminiai vienetai, pasikartojančios frazės, ryšiai tarp atskirų pasisakymų bei reikšminiai aspektai, susiję su Komisijos sprendimų priėmimo procesu, ekspertinių išvadų reikšme, sprendimų nuoseklumu, argumentavimo kokybe ir procedūrinio teisingumo užtikrinimu.

Toliau buvo atliekamas duomenų kodavimas, kai atskiriems tekstų segmentams buvo priskiriami kodai, atspindintys esmines temas ir idėjas. Vėlesniuose analizės etapuose prie kiekvieno kodo priskirti tekstai buvo grupuojami į subkategorijas, o šios – į platesnes kategorijas. Tokiu būdu iš interviu duomenų buvo formuojama sisteminga teminė struktūra, leidžianti atskleisti pagrindinius Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos sprendimų priėmimo praktikos aspektus. Išskirtos kategorijos ir subkategorijos buvo interpretuojamos bei analitiškai pagrindžiamos, siejant jas su teorinėje darbo dalyje aptartu teisiniu ir instituciniu kontekstu.

**Tyrimo ribotumai.** Šio tyrimo ribotumai pirmiausia susiję su tuo, kad tai yra kokybinis tyrimas, dėl to jo rezultatai nėra skirti statistiniam apibendrinimui visai pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo sistemai. Tyrimo informantai – Komisijos nariai, gydytojai bei teisininkai, dėl tos priežasties surinkti duomenys atspindi informatyvių, tačiau ribotos apimties profesinių grupių požiūrį. Be to, interviu duomenys neišvengiamai grindžiami subjektyviomis informantų patirtimis ir interpretacijomis, o jų atvirumui galėjo turėti įtakos nagrinėjamos temos jautrumas. Vis dėlto pasirinkta metodologija leidžia pakankamai išsamiai atskleisti

Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos sprendimų priėmimo praktikos ypatumus ir identifikuoti svarbiausias šios sistemos problemas.

## 3.2. Tyrimo rezultatai

Šiame magistro darbo poskyryje pristatomi ir analizuojami kokybinio tyrimo metu gauti duomenys, siekiant atskleisti pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo proceso ypatumus Lietuvoje. Tyrimas atliktas taikant pusiau struktūruoto interviu metodą, kuris leido giliau pažvelgti į tai, kaip „žalos be kaltės“ (no-fault) modelis veikia ne tik teoriniame lygmenyje, bet ir kasdienėje institucijų bei medikų praktikoje. Atliekant surinktų duomenų turinio (content) analizę, išryškėjo penkios esminės teminės kategorijos, kuriomis vadovaujantis struktūruojama tyrimo rezultatų analizė: sistemos samprata ir bendrasis vertinimas, teisinis reguliavimas ir reformos: „žalos be kaltės“ modelio taikymo praktikoje vertinimas, proceso eiga, dalyvių vaidmenys ir informacijos problemos, poveikis medicinos praktikai ir gynybinės medicinos apraiškos, sprendimų kokybė, interesų balansas ir tobulinimo perspektyvos.

### 3.2.1. Sistemos samprata ir bendrasis vertinimas

Siekiant atskleisti, kaip skirtingi proceso dalyviai vertina dabartinį žalos atlyginimo mechanizmą, informantų buvo klausiama: „*Kaip apibūdintumėte pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo sistemą Lietuvoje*“? Šiuo klausimu siekta išsiaiškinti, kaip informantai suvokia „žalos be kaltės“ modelio esmę, jo paskirtį bei kokį bendrą vertinimą jam priskiria praėjus keleriems metams po 2020 m. reformos.

Tyrimo duomenys atskleidė, kad teoriniame lygmenyje sistema vertinama palankiai ir laikoma pažangiu žingsniu, tačiau jos praktinis įgyvendinimas atskleidžia skirtingas suvokimo perspektyvas. Informantai išskyrė šias pagrindines subkategorijas: *ikiteisminis, į pacientą orientuotas, bet sudėtingas procesas, teigiamas teorinis modelis su praktiniais resursų ir teisinio aiškumo trūkumais bei pažangi sistema, stokojanti orientacijos į prevenciją* (3.2.1 lentelė).

Komisijos narių vertinimu, dabartinė sistema yra specializuota ikiteisminė institucija, kurios pagrindinis tikslas – nustatyti žalos faktą atsiribojant nuo kaltės ieškojimo. Informantas ***K1*** pabrėžė, kad tai yra „*ikiteisminė institucija, sprendžianti civilinius ginčus*“, kurios procesai dabar „*vyksta jau nebevertinant kaltės,*

*nebeieškoma neteisėtų kaltų veiksmų*“. Šią mintį papildė informantas ***K2***, atkreipdamas dėmesį į paradigmos pokytį: „*ši sistema Lietuvoje dabar yra labiau orientuota į pacientą negu anksčiau*“, nes pacientui nebereikia pradėti nuo gydytojo kaltinimo. Vis dėlto, pripažįstama, kad pats žalos nustatymas netapo elementarus – pasak informanto ***K2***, „*aš nesakyčiau, kad sistema tapo paprasta – ji vis dar gana sudėtinga, tik tas sudėtingumas dabar labiau persikėlė į medicininį ir ekspertinį vertinimą*“. Informantas ***K3*** sistemą apibūdino kaip žymiai geresnę ir aiškesnę nei senoji, motyvuojant tuo, kad siekiama greičiau ir paprasčiau padėti pacientui.

Teisininkų (advokatų) požiūris į sistemos sampratą yra dvilypis: jie giria pačią idėją, tačiau kritiškai vertina jos teisinę konstrukciją ir praktinį realizavimą. Informantas ***T2*** sistemą apibūdino kaip gražią idėją, perimtą iš Skandinavijos šalių, tačiau Lietuvoje ji „*labai labai supaprastinta ir su mažais resursais bandoma padaryti tai, ką Skandinavija daro su dideliais resursais*“. Nors modelis išoriškai atrodo puikus, nes nebelieka bylinėjimosi, „*realybėje ką mes turim, kad realiai turim labai mažai patenkintų skundų*“. Informantas ***T3*** sistemą vertino teigiamai dėl to, kad „*pacientui iš esmės supaprastinamas pradinis ginčas*“, jam lengviau ir mažiau baisu kreiptis į Komisiją. Kita vertus, informantas ***T1*** atkreipė dėmesį į teisinę painiavą, teigdamas, kad naujas reguliavimas yra „*didelis iššūkis net ir praktikams*“, nes pereinant nuo civilinės atsakomybės atsirado naujų, neaiškių vertinimo kriterijų, tokių kaip neišvengiamos žalos sąlyga.

Gydytojų vertinime atsispindi palengvėjimas dėl sumažėjusio asmeninio kaltinimo, tačiau išryškinamas sisteminio požiūrio trūkumas. Informantas ***G2*** naująją sistemą apibūdino kaip „*žymiai pažangesnį ir gal palankesnį*“ modelį tiek pacientui, tiek gydytojui, nes ieškoti kolegos kaltės apskritai yra nesuprantama praktika, o naujasis modelis leidžia objektyviau įvertinti, „*ar išvengiama, ar neišvengiama buvo*“. Informantas ***G1*** sistemą mato kaip labai reikalingą ir leidžiančią „*gydytojui jaustis saugesniam priimant sprendimus*“, tačiau įžvelgia esminį trūkumą pačioje sistemos koncepcijoje. Jo teigimu, „*įstatyminiame lygmenyje sistema labiau orientuota yra į rezultatą arba į jo nebuvimą, nei apskritai klinikinio proceso analizę ir klaidų vengimo metodą*“.

Apibendrinant galima teigti, kad pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo sistemos samprata Lietuvoje visų grupių atstovų yra vertinama kaip konceptualiai teisingas, reikalingas ir progresyvus perėjimas nuo „kaltės ieškojimo“ prie „žalos kompensavimo“. Tačiau bendrasis sistemos vertinimas

išryškina praktines jos spragas: procesas tebėra painus dėl ekspertinio ir teisinio sudėtingumo, jam trūksta adekvataus finansinio ir institucinio aprūpinimo (lyginant su užsienio valstybėmis), o pati sistema funkcionuoja labiau kaip kompensacinis aparatas, o ne kaip įrankis klinikinėms klaidoms analizuoti ir jų prevencijai vykdyti.

***3.2.1 lentelė.*** **Sistemos sampratos ir bendrojo vertinimo rezultatai**

| Kategorija | Subkategorija | Citatos |
|---|---|---|
| **Sistemos samprata ir bendrasis vertinimas** | **Ikiteisminis, į pacientą orientuotas, bet sudėtingas procesas (Komisijos požiūris)** | ***K2****: „Ši sistema Lietuvoje dabar yra labiau orientuota į pacientą negu anksčiau <...> pacientui nebereikia pradėti nuo kaltinimo konkrečiam gydytojui <...> aš nesakyčiau, kad sistema tapo paprasta – ji vis dar gana sudėtinga, tik tas sudėtingumas dabar labiau persikėlė į medicininį ir ekspertinį vertinimą“.* |
| | | ***K1****: „Komisija yra ikiteisminė institucija <...> vyksta jau nebevertinant kaltės, nebeieškoma neteisėtų kaltų veiksmų <...> tiktai tiek ar teiktos paslaugos padarė žalą“.* |
| | | ***K3****: „Įvertinčiau naująją sistemą bent jau teigiamai, nes ta kur buvo senoji, tai tikrai turėjo daug netobulumų <...> Aiškiau viską smulkiau apspręsta“.* |
| | **Teigiamas teorinis modelis su praktiniais resursų ir teisinio aiškumo trūkumais (Teisininkų požiūris)** | ***T2****: „Pati idėja yra tikrai labai graži ir gera. Jinai paimta iš Skandinavijos šalių ir tiktai pritaikyta Lietuvai ir labai labai supaprastinta ir su mažais resursais <...> Bet tai čia va tokia išorinis <...> realybėje ką mes turim, kad realiai turim labai mažai patenkintų skundų“.* |
| | | ***T3****: „Vertinu teigiamai vien iš tos pozicijos <...> kad pacientui iš esmės supaprastinamas pradinis ginčas <...> jam lengviau suprasti komisiją“.* |
| | | ***T1****: „Naujas teisinis reguliavimas yra didelis iššūkis net ir praktikams. <...> vis tiek* |

| | | |
|---|---|---|
| | | *realiai yra tas vertinama tik tai dar papildomai na neišvengiamumo sąlyga.“* |
| | **Pažangi sistema, stokojanti orientacijos į prevenciją (Gydytojų požiūris)** | ***G2**: „Modelis tai žymiai pažangesnis ir gal palankesnis. <...> tikrai tas, kad ieškoti kažkaip tai kolegos kaltės man išvis atrodo toks nesuprantamas <...> leidžia pažiūrėti iš šono ar išvengiama, ar neišvengiama buvo“.* |
| | | ***G1**: „Taip labai reikalingą ir iš tikrųjų labai sveikatos sistemą papildančią sistemą <...> Bet žiūrint į patį įstatymą <...> susidaro toks įspūdis, kad įstatyminiame lygmenyje sistema labiau orientuota yra į rezultatą arba į jo nebuvimą, nei apskritai klinikinio proceso analizę ir klaidų vengimo metodą“.* |

### 3.2.2. Teisinis reguliavimas ir reforma: „žalos be kaltės“ modelio taikymo praktikoje vertinimas

Siekiant atskleisti, kaip proceso dalyviai vertina teisinę bazę ir 2020 m. įsigaliojusius pokyčius, informantų buvo klausiama: *„Kaip vertinate dabartinį teisinį reguliavimą ir sistemos pokyčius po LR Pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymo reformos?“* bei *„Kaip vertinate „žalos be kaltės“ modelio taikymą praktikoje?“*. Šiais klausimais siekta išsiaiškinti, ar perėjimas nuo civilinės atsakomybės (kaltės įrodinėjimo) prie „žalos be kaltės“ (išvengiamumo kriterijaus) modelio realiai palengvino paciento padėtį, kaip šį teisinį reguliavimą sekasi taikyti praktikoje ir su kokiomis teisinėmis bei procedūrinėmis spragomis susiduriama.

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad nors reformos kryptis ir teorinis modelis vertinami pozityviai, praktinis jo įgyvendinimas susiduria su reikšmingais teisiniais neaiškumais. Informantai išskyrė šias pagrindines subkategorijas: *teigiamą teorinio modelio ir paciento padėties palengvinimo vertinimą*, *teisinio reguliavimo ir „neišvengiamos žalos“ kriterijų neaiškumą*, *nepasiteisinusį kaltės eliminavimą praktikoje bei ribotus resursus ir kompensacijų neadekvatumą* (3.2.2 lentelė).

Beveik visi informantai išskyrė *teigiamą teorinio modelio ir paciento padėties palengvinimo vertinimą*. Perėjimas prie „žalos be kaltės“ modelio

laikomas būtinu ir pažangiu žingsniu. Informantas ***K2*** pabrėžė, kad *„pats modelis, mano nuomone, yra reikalingas ir teisinga kryptimi nukreiptas <...> Senasis modelis buvo per sunkus pacientui – ilgas, brangus, reikalaujantis daug įrodinėjimo. Po 2020 metų tas kelias tapo prieinamesnis, nes nebereikia įrodinėti kaltės kaip savarankiškos sąlygos“*. Panašiai reformos naudą vertino ir informantas ***K1***, kuris nurodė, kad po reformos patenkinamų pacientų prašymų skaičius smarkiai išaugo: *„apie 30 % pacientų arba kitų asmenų prašymų yra tenkinama ir daugiau asmenų sulaukia, kaip ir tą gauna žalos atlyginimo sumos“*. Gydytojai šį pokytį taip pat laiko teigiamu, kadangi jis mažina tiesioginį kolegų kaltinimą. Informantas ***G2*** teigė: *„Modelis tai žymiai pažangesnis ir gal palankesnis. <...> tikrai tas, kad ieškoti kažkaip tai kolegos kaltės man išvis atrodo toks nesuprantamas <...> leidžia pažiūrėti iš šono ar išvengiama, ar neišvengiama buvo“*.

Vis dėlto, pradėjus vertinti modelio taikymą praktikoje, ryškiausiai išsiskyrė *teisinio reguliavimo ir „neišvengiamos žalos“ kriterijų neaiškumo* subkategorija. Nors formaliai kaltės įrodinėti nebereikia, naujieji teisiniai kriterijai – ypač žalos (ne)išvengiamumas – sukelia daug painiavos. Informantas ***T1*** griežtai kritikavo esamą reguliavimą dėl teisės aktų prieštaravimų: *„Įstatyme yra parašyta, kas yra neišvengiama žala. O Vyriausybės nutarime yra išdėstyta dar kitaip. Ta prasme praplėsta“*. Informantas ***G2*** taip pat akcentavo, kad praktikoje medikai nesulaukia aiškių gairių: *„Labai man buvo neaiškus išvengiamumo ir neišvengiamumo apibrėžimas jo negalėdavo dorai net teisininkai pakomentuoti ir man atrodo, mes patys susikurdavom interpretaciją“*. Dėl šio neapibrėžtumo, kaip pastebėjo informantas ***K2***, sistemos sudėtingumas niekur nedingo, o tiesiog *„persikėlė į medicininį ir ekspertinį vertinimą“*, kur ekspertams tenka atsakyti į sudėtingus klausimus atskiriant komplikaciją nuo atlygintinos žalos.

Trečioji išskirta subkategorija atskleidžia *nepasiteisinusį kaltės eliminavimą praktikoje.* Nors įstatymas vadinamas „žalos be kaltės“, teisininkai vieningai tvirtina, kad vertinant bylas vis tiek ieškoma neteisėtų veiksmų ir kaltės elementų, o įstaigos toliau taiko gynybinę praktiką. Informantas ***T1*** atvirai abejojo, ar sistema iš tiesų veikia be kaltės vertinimo: *„nesu nei karto matęs, kad nevertintų neteisėtumo. Nu kas yra neatlikti diagnostika nepadarytų, nesuteikta savalaikis gydymas, kas tai yra? Teisėti veiksmai. Tai yra vis tiek neteisėtai, kaip tu bepavadinsi“*. Jam antrino ir informantas ***T3***, pastebėjęs, kad praktikoje gydymo įstaigos išlaikė gynybinę poziciją: *„gydymo įstaiga vis tiek ginasi <...> atsiveda savo gydytojus. Tas pasiteisinimo aspektas vis tiek liko <...> nori nenori, tikrai*

*grįžta [kaltės klausimas]“*. Tai rodo, kad įstatymo leidėjo lūkestis visiškai depenalizuoti klaidą ir atsisakyti gynybinės medicinos praktikoje nebuvo pilnai realizuotas.

Galiausiai, informantų atsakymai išryškino problemą dėl *ribotų resursų ir kompensacijų neadekvatumo*. Teisininkai pastebėjo, kad nors modelio idėja gera, jos įgyvendinimas Lietuvoje neatitinka užsienio standartų. Informantas ***T2*** lygino Lietuvos sistemą su Skandinavijos valstybėmis ir teigė: *„Jinai paimta iš Skandinavijos šalių ir tiktai pritaikyta Lietuvai ir labai labai supaprastinta ir su mažais resursais bandoma padaryti tai, ką Skandinavija daro su dideliais resursais“*. Praktinę problemą iškėlė ir informantas ***T3***, kuris nurodė, kad po 2020 m. reformos užfiksuota balų vertė, pagal kurią skaičiuojama neturtinė žala, nebuvo indeksuojama: *„nurodyta balo vertė, kuri nuo 2020 metų <...> nesikeitė. <...> Turi būti atsižvelgiama tiek į infliaciją, tiek į kitą ekonominį augimą ir būklę, bet komisijoj šitas neatsispindi ir atitinkamai dėl to manom išprovokuoja tikrai daug ginčų, kurie persikėlė į teismą“*.

Apibendrinant galima teigti, kad 2020 m. LR Pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymo reforma ir perėjimas prie „žalos be kaltės“ modelio teoriniame lygmenyje yra vertinami labai teigiamai. Visi proceso dalyviai sutinka, kad paciento procesinė našta sumažėjo, o kompensacijų gavimo prieinamumas išaugo. Tačiau praktinis modelio taikymas susiduria su reikšmingomis kliūtimis: įstatymų ir poįstatyminių aktų neatitikimai, išvengiamumo kriterijaus painiava bei neadekvatūs (neindeksuojami) kompensacijų dydžiai. Be to, realybėje visiškai atsiriboti nuo kaltės vertinimo nepavyko – tiek Komisija, tiek ekspertai, tiek teisininkai vis dar narplioja neteisėtų veiksmų klausimus, o gydymo įstaigos toliau taiko gynybinę mediciną, siekdamos pateisinti savo veiksmus posėdžių metu.

***3.2.2 lentelė.*** **Teisinio reguliavimo ir „žalos be kaltės“ modelio taikymo praktikoje vertinimas**

| Kategorija | Subkategorija | Citatos |
|---|---|---|
| **Teisinio reguliavimo ir „žalos be kaltės“ modelio praktikoje vertinimas** | **Teigiamas teorinio modelio ir paciento padėties palengvinimo vertinimas** | ***K2****: „Senasis modelis buvo per sunkus pacientui – ilgas, brangus, reikalaujantis daug įrodinėjimo. Po 2020 metų tas kelias tapo prieinamesnis, nes nebereikia įrodinėti kaltės kaip savarankiškos sąlygos.“* |

| | | |
|---|---|---|
| | | ***K1**: „Nereikėtų įrodinėti neteisėtų kaltų veiksmų. <...> smarkiai padaugėja apie 30 % pacientų arba kitų asmenų prašymų yra tenkinama ir daugiau asmenų sulaukia <...> žalos atlyginimo.“,* |
| | | ***G2**: „Modelis tai žymiai pažangesnis ir gal palankesnis. <...> ieškoti kažkaip tai kolegos kaltės man išvis atrodo toks nesuprantamas <...> leidžia pažiūrėti iš šono ar išvengiama, ar neišvengiama buvo.“,* |
| | **Teisinio reguliavimo ir „neišvengiamos žalos“ kriterijų neaiškumas** | ***T1**: „Įstatyme yra parašyta, kas yra neišvengiama žala. O vyriausybės nutarime yra išdėstyta dar kitaip. Ta prasme praplėsta. <...> atsiranda naujų sąlygų, kurias reikia įvertinti, ko anksčiau nebuvo...“,* |
| | | ***G2**: „Labai man buvo neaiškus išvengiamumo ir neišvengiamumo apibrėžimas jo negalėdavo dorai net teisininkai pakomentuoti ir man atrodo, mes patys susikurdavom interpretaciją.“* |
| | | ***K2**: „aš nesakyčiau, kad sistema tapo paprasta – ji vis dar gana sudėtinga, tik tas sudėtingumas dabar labiau persikėlė į medicininį ir ekspertinį vertinimą.“* |
| | **Nepasiteisinęs kaltės eliminavimas praktikoje (gynybinė pozicija)** | ***T1**: „Nesu nei karto matęs, kad nevertintų neteisėtumo. Nu kas yra neatlikti diagnostika nepadarytų, nesuteikta savalaikis gydymas, kas tai yra? Teisėti veiksmai. Tai yra vis tiek neteisėtai, kaip tu bepavadinsi.“* |
| | | ***T3**: „gydymo įstaiga vis tiek ginasi <...> atsiveda savo gydytojus. Tas pasiteisinimo* |

| | | |
|---|---|---|
| | | *aspektas vis tiek liko <...> nori, nenori, tikrai grįžta [kaltės klausimas], ypač Komisijoje.“,* |
| | **Riboti resursai ir kompensacijų neadekvatumas** | ***T2**: „Jinai paimta iš Skandinavijos šalių ir tiktai pritaikyta Lietuvai ir labai labai supaprastinta ir su mažais resursais bandoma padaryti tai, ką Skandinaviją daro su dideliais resursais.“* |
| | | ***T3**: „nurodyta balo vertė, kuri nuo 2020 metų <...> nesikeitė. <...> Turi būti atsižvelgiama tiek į infliaciją, tiek į kitą ekonominį augimą ir būklę, bet komisijoj šitas neatsispindi ir atitinkamai dėl to manom išprovokuoja tikrai daug ginčų, kurie persikėlė į teismą.“,* |

### 3.2.3. Proceso eiga, dalyvių vaidmenys ir informacijos problemos

Siekiant atskleisti, kaip praktikoje funkcionuoja žalos nustatymo mechanizmas, informantų buvo prašoma atsakyti į klausimus: *„Kaip praktikoje vyksta žalos nustatymo procesas? Koks yra skirtingų dalyvių vaidmuo? Kokie etapai sudėtingiausi ir su kokiais iššūkiais susiduriama renkant informaciją bei sprendžiant ginčus“*? Šiais klausimais siekta išsiaiškinti realų kasdienį institucijų, medikų, teisininkų ir pacientų veikimą žalos atlyginimo procese, identifikuoti praktines kliūtis bei analizuoti kylančius nesutarimus.

Tyrimo duomenys atskleidė, kad nors procesas formaliai yra aiškiai reglamentuotas, jo praktinis įgyvendinimas susiduria su reikšmingais iššūkiais, nulemtais informacijos skirtumų, ekspertinio vertinimo sudėtingumo bei skirtingų dalyvių interesų. Informantai išskyrė šias pagrindines subkategorijas: *proceso eiga ir skirtingų dalyvių vaidmenys, sudėtingiausi proceso etapai ir informacijos rinkimo iššūkiai bei dažniausi ginčai ir nesutarimai* (3.2.3 lentelė).

Viena pagrindinių išskirtų subkategorijų apibrėžia *proceso eigą ir skirtingų dalyvių vaidmenis*. Remiantis informantų ***K1***, ***K2***, ***K3*** paaiškinimais, procesas prasideda nuo formalaus prašymo priėmimo ir medicininės dokumentacijos surinkimo, o esminis darbas prasideda paskirsčius bylą Komisijos nariams bei

vertinant surinktus įrodymus. Informantas ***K2*** atkreipė dėmesį, kad priimant sprendimą svarbu vertinti visumą: gydymo įstaigos paaiškinimus, paciento argumentus bei ekspertų išvadas. Vertinant dalyvių vaidmenis, išryškėjo ryškus jėgų disbalansas. Pacientas dažniausiai yra silpnoji grandis – stokojantis medicininių žinių ir procese dalyvaujantis emociniu pagrindu. Informantas ***T3*** pastebėjo, kad pacientas dažnai pasimeta prieš gydymo įstaigų medikų komandas ir medicininius terminus, tačiau teigiamai įvertino Komisijos, kaip apsauginio filtro, vaidmenį: *„Komisijoje sėdi <...> dalis medikų ir jie neleidžia <...> labiau sudirbti to paties paciento“*. Gydymo įstaigos ir gydytojai šiame procese dažniausiai užima gynybinę poziciją. Pasak teisininkų, nepaisant „žalos be kaltės“ koncepcijos, *„gydymo įstaiga vis tiek ginasi <...> atsiveda savo gydytojus“*, siekdama paneigti bet kokią savo atsakomybę. Tuo tarpu teisininkai ir nepriklausomi ekspertai atlieka lemiamą objektyvizavimo funkciją – teisininkai padeda pacientui suformuluoti faktinį pagrindą be emocijų, o ekspertai, kaip nurodo informantas ***G2***, atlieka esminį klinikinį vertinimą, nes Komisijos nariai turi tik ribotą kompetenciją.

Kita reikšminga subkategorija – *sudėtingiausi proceso etapai ir informacijos rinkimo iššūkiai*. Informantai vieningai pabrėžė, kad techninis dokumentų surinkimas ir medicininių faktų išaiškinimas yra sunkiausios užduotys. Informantas ***K1*** išskyrė priežastinio ryšio ir išvengiamumo nustatymą kaip patį sudėtingiausią etapą: *„kartais ir ekspertai negali pasakyti, ar <...> jeigu paslaugos būtų kitaip suteiktos, ar žala būtų išvengiama, ar ne“*. Informantas ***K2*** tai papildė pabrėždamas medicininę ir teisinę takoskyrą – atskirti „blogą rezultatą“ nuo „atlygintinos žalos“. Informacijos rinkimą labiausiai apsunkina prasta pacientų prašymų kokybė. Informantas ***K3*** akcentavo, kad *„pacientai <...> dažnai pateikia nepilną informaciją, netikslią, iškreiptą <...> prašymas būna prirašytas lapų lapai, o ten tik emocijos“*. Informantas ***K1*** taip pat paminėjo, kad tenka tirti prašymus, apimančius ilgus, net iki 10–15 metų laikotarpius, kur pareiškėjas konkrečiai neiškristalizuoja, kas tiksliai buvo padaryta blogai. Papildomų kliūčių sukuria vėluojantys gydymo įstaigų dokumentai bei ekspertų, sutinkančių ir turinčių žinių įvertinti pacientui padarytą žalą, paieška. Informantas ***T3*** iškėlė ir nepriklausomų ekspertų nenoro vertinti kolegų darbą problemą (kolegialaus solidarumo iššūkį): *„jie kai sužino, kieno operacija buvo, atsisako pateikti [išvadą] <...> niekas nenori sakyti“*.

Trečioji išryškėjusi subkategorija apima *dažniausius ginčus ir nesutarimus*. Praktikoje ginčai dažniausiai kyla dėl kompensacijų dydžio, informuoto sutikimo bei ekspertų vertinimų išsiskyrimo. Informantas ***T3*** pabrėžė, kad vienas pagrindinių nesutarimų šaltinių yra neadekvatus ir nuo reformos pradžios (2020 m.) neindeksuojamas neturtinės žalos dydis Komisijoje: *„nurodyta balo vertė, kuri nuo 2020 metų <...> nesikeitė. <...> Turi būti atsižvelgiama tiek į infliaciją, tiek į kitą ekonominį augimą...“*. Informantas ***T1*** atkreipė dėmesį į ginčus dėl informuoto paciento sutikimo, ypač dėl to, ar pacientui buvo suteikta pakankamai informacijos apie alternatyvius metodus ir rizikas,. Taip pat labai dažnas konfliktas – nesutarimai tarp skirtingų ekspertų. Informantas ***K2*** pabrėžė, kad tokiu atveju svarbu *„ne mechaniniu būdu pasirinkti vieną išvadą, o žiūrėti, kuri iš jų yra išsamesnė, nuoseklesnė, geriau argumentuota“*. Galiausiai, teisininkai vieningai išskyrė Valstybinės ligonių kasos (VLK) priešieškinių teismuose praktiką kaip vieną opiausių naujųjų ginčų priežasčių, kuri visiškai demotyvuoja pacientus ir sukelia teisinį netikrumą, kai bandoma panaikinti net Komisijos jau priteistą žalą.

Apibendrinant galima teigti, kad pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo procesas praktikoje yra apkrautas sudėtingais informacijos rinkimo ir vertinimo iššūkiais. Pacientai procese dalyvauja emociškai, stokodami faktinio argumentavimo įgūdžių, o gydymo įstaigos išlaiko gynybinę laikyseną. Sudėtingiausi etapai susiję su ribos tarp natūralios komplikacijos ir atlygintinos žalos nustatymu bei objektyvių ekspertinių išvadų gavimu. Proceso efektyvumą smarkiai riboja nekokybiški prašymai, lėtas dokumentų teikimas ir profesinis ekspertų solidarumas, o dažniausi ginčai persikelia į teismus dėl neadekvačių kompensacijų dydžių ir VLK taikomos priešieškinių praktikos.

***3.2.3 lentelė*. Proceso eigos, dalyvių vaidmenų ir informacijos problemų vertinimas**

| | | |
|---|---|---|
| **Proceso eiga, dalyvių vaidmenys ir informacijos problemos** | **Proceso eiga ir skirtingų dalyvių vaidmenys** | ***K2****: „Tada jau analizuojama medicininė dokumentacija, gydymo įstaigos paaiškinimai, paciento argumentai, prireikus kreipiamasi į ekspertus. <...> sprendimas neatsiranda vien iš kokio nors vieno dokumento – tai yra visumos vertinimas“.* |
| | | ***T3****: „<...> pacientas dažnai būna pasimeta, ar* |

| | | |
|---|---|---|
| | | *ne <...> norėčiau pagirti Komisiją <...> Komisijoje sėdi nu dalis medikų ir jie neleidžia <...> labiau sudirbti nu tas pats tas pacientas“.* |
| | | ***T3**: „<...> gydymo įstaiga vis tiek ginasi <...> atsiveda savo gydytojus. Tas pasiteisinimo aspektas vis tiek liko...“* |
| | **Sudėtingiausi proceso etapai ir informacijos rinkimo iššūkiai** | ***K1**: „<...> kartais ir ekspertai negali pasakyti, ar <...> jeigu paslaugos būtų kitaip suteiktos, ar žala būtų išvengiama, ar ne...“* |
| | | ***K2**: „<...> tas skirtumas tarp „blogo rezultato“ ir „atlygintinos žalos“ yra vienas sudėtingiausių dalykų“.* |
| | | ***K3**: „<...> ypač daug būna emocijų, nes prašymas būna prirašytas lapų lapai, o ten tik emocijos nieko nėra tikslaus tai vat sunkiausia gauti tikslią informaciją“.* |
| | | ***T3**: „<...> nueina pas gydytojus 2 nuomonės... jie kai sužino, kieno operacija buvo, atsisako pateikti <...> niekas nenori sakyti“.* |
| | **Dažniausi ginčai ir nesutarimai** | ***T3**: „<...> Komisija yra labai apribota žalos dydyje. <...> nurodyta balo vertė, kuri nuo 2020 metų <...> nesikeitė. <...> Turi būti atsižvelgiama tiek į infliaciją, tiek į kitą ekonominį augimą...“* |
| | | ***T1**: „<...> nesuteikimas informacijos apie taikytinos diagnostikos ar <...> gydymo metodo galimas komplikacijas ir* |

| | | |
|---|---|---|
| | | *rizikas. <...> tai čia yra ginčas“.* |
| | | ***T3**: „ligonių kasos sugalvojo pateikti priešieškinį ir jau klientai <...> jiems nesuprantama. Iš tikrųjų sako, bet kaip, tai kitaip nebuvo“.* |
| | | ***K2**: „Jeigu ekspertų nuomonės išsiskiria <...> svarbiausia ne mechaniniu būdu pasirinkti vieną išvadą, o žiūrėti, kuri iš jų yra išsamesnė, nuoseklesnė, geriau argumentuota...“* |

### 3.2.4. Poveikis medicinos praktikai ir gynybinės medicinos apraiškos

Siekiant atskleisti, kokią realią įtaką įstatymo pakeitimai ir naujasis modelis padarė gydytojų kasdienybei, informantų buvo klausiama: *„Kaip žalos nustatymo sistema veikia medicinos praktiką ir gydytojų kasdienį darbą“?* bei *„Ar pastebimos gynybinės medicinos apraiškos“?* Šiais klausimais siekta išsiaiškinti, ar perėjimas prie „žalos be kaltės“ modelio pašalino medikų jaučiamą profesinę baimę, ar pakeitė jų elgseną priimant sprendimus ir ar sumažino perteklinio apsidraudimo (gynybinės medicinos) apraiškas.

Tyrimo duomenys atskleidė, kad nors sistema teoriškai suteikia daugiau psichologinio saugumo, praktikoje gydytojų kasdienis darbas išlieka smarkiai veikiamas apsidraudžiamųjų veiksmų, o esminis sistemos trūkumas, tai grįžtamojo ryšio nebuvimas. Informantai, atsakydami į klausimą, išskyrė šias pagrindines subkategorijas: *psichologinio saugumo ir kasdienio darbo rutinos santykis, gynybinė medicina ir perteklinė dokumentacijos našta* bei *klaidų prevencijos ir grįžtamojo ryšio vakuumas* (3.2.4 lentelė).

Viena iš išryškėjusių subkategorijų – *psichologinio saugumo ir kasdienio darbo rutinos santykis.* Vertindami tiesioginį sistemos poveikį, gydytojai pateikė dvejopus vertinimus. Informantas ***G1*** įžvelgė teigiamą tiesioginį poveikį, pabrėždamas, kad modelis *„leidžia ne tik, kad gydytojui jaustis saugesniam*

*priimant sprendimus, bet taip pat nebijoti tam tikrų drąsesnių sprendimų ir aiškesnių nuomonių išreiškimo“*. Tai rodo, kad galimybė išvengti tiesioginės asmeninės atsakomybės už netyčinę žalą suteikia medikams daugiau laisvės ieškant geriausio gydymo varianto. Kita vertus, informantas ***G2*** atkreipė dėmesį, kad pačios kasdienės rutinos ir darbo krūvio atžvilgiu sistema esminių pokyčių neatnešė: *„dirbam kaip dirbę, tikrai niekas dėl to nepalengvėjo“*. Tai leidžia daryti prielaidą, kad nors įstatyminė bazė sukuria saugesnę aplinką, praktinis gydytojo darbas su pacientu išlieka toks pat intensyvus ir reikalaujantis maksimalios atsakomybės.

Itin reikšminga tyrimo subkategorija apima *gynybinės medicinos apraiškas ir perteklinę dokumentacijos naštą*. Nors „žalos be kaltės“ modelis turėjo mažinti gynybinę mediciną, informantų atsakymai rodo, kad ji niekur nedingo, o tiesiog transformavosi į apsidraudžiamąjį dokumentų pildymą. Informantas ***G2*** atvirai pripažino, kad konfliktinėse situacijose dokumentacija pildoma siekiant teisinės apsaugos: *„jei čia koks konfliktinis, tai jau dar kokius dar papildomus 3 sakinius [įrašai], kad jeigu ką, tai jau <...> nekibtų“*. Jis šį reiškinį apibūdina labiau kaip apsidraudimą, o ne klasikinę gynybinę mediciną. Tačiau informantas ***G1*** pateikė dar aštresnį vertinimą, nurodydamas, kad medikai sąmoningai adaptuojasi prie sistemos siekdami išvengti bet kokių kaltinimų: *„gydytojas vis tiek stengsis tai parodyti arba dokumentuoti, kad na į jį nebūtų nukreipta tiesioginė žala. Na, kitaip tariant, gydytojai išmoksta prisitaikyti prie sistemos ir ją pajungti savo naudai“*. Be to, informantas ***G1*** pabrėžė giliai įsišaknijusias baimes, kurios trukdo atvirumui: *„gydytojai vis dar pagal seną paprotį turi tam tikrus įsišaknijusių baimių, kurios lemia, jog gydytojai vis dėlto slepia savo klaidas“*. Gynybinę laikyseną patvirtina ir teisininkai – informantas ***T3*** pastebėjo, kad net ir žalos nagrinėjimo posėdžiuose *„gydymo įstaiga vis tiek ginasi <...> atsiveda savo gydytojus. Tas pasiteisinimo aspektas vis tiek liko“*. Tai įrodo, kad teisinė baimė nėra eliminuota, o medikai bei įstaigos ir toliau jaučia poreikį gintis nuo galimų neigiamų pasekmių.

Trečioji, interviu metu išryškėjusi subkategorija, yra *klaidų prevencijos ir grįžtamojo ryšio vakuumas*. Informantai vieningai pabrėžė, kad dabartinė sistema visiškai nefunkcionuoja kaip mokymosi iš klaidų mechanizmas. Informantas ***G2*** tai įvardijo kaip didžiausią modelio trūkumą: *„visiškai, kad jis niekaip vėliau neatsiduria. Na mano supratimu, turėtų jis grįžti pas gydytoją į įstaigą ir kažkaip pagerinti ir užkirsti kelią, kad neatsirastų kartotiniai dalykai“*. Anot jo, nustatyta žala turėtų virsti gairėmis ir saugikliais įstaigose, tačiau *„nėra jokio atgalinio ryšio“*. Šiai minčiai pritarė ir informantas ***G1***, pabrėždamas, kad sistema yra

orientuota tik į finansinį rezultatą pacientui, apeinant gilesnę analizę: *„įstatyminiame lygmenyje sistema labiau orientuota yra į rezultatą arba į jo nebuvimą, nei apskritai klinikinio proceso analizę ir klaidų vengimo metodą“*. Be tinkamo prevencinio mechanizmo „žalos be kaltės“ modelis praranda vieną esminių savo tikslų – gerinti sveikatos priežiūros kokybę ir išvengti tų pačių klaidų pasikartojimo ateityje.

Apibendrinant galima teigti, kad žalos nustatymo sistemos poveikis medicinos praktikai yra dvilypis. Nors teoriškai sistema suteikia gydytojams daugiau psichologinio saugumo, priimant sudėtingus klinikinius sprendimus, praktikoje šis saugumas nepašalino profesinės atsakomybės baimės. Gynybinės medicinos apraiškos vis dar yra akivaizdžios – jos pasireiškia pertekline, apsidraudžiamąja medicinine dokumentacija bei gydymo įstaigų gynybine pozicija nagrinėjant žalos atvejus. Didžiausia sistemos spraga, pasak medikų, yra visiškas grįžtamojo ryšio ir prevencinių priemonių trūkumas, dėl kurio nustatytos žalos netampa pamokomis įstaigoms ir neprisideda prie sisteminio sveikatos priežiūros paslaugų saugumo gerinimo.

***3.2.4 lentelė.*** **Poveikio medicinos praktikai ir gynybinės medicinos apraiškų vertinimas**

| Kategorija | Subkategorija | Citatos |
|---|---|---|
| **Poveikis medicinos praktikai** | **Psichologinio saugumo ir kasdienio darbo rutinos santykis** | ***G1****: „<...> leidžia ne tik, kad gydytojui jaustis saugesniam priimant sprendimus, bet taip pat nebijoti tam tikrų drąsesnių sprendimų ir aiškesnių nuomonių išreiškimo <...>“* |
| | | ***G2****: „<...> dirbam kaip dirbę, tikrai niekas to nepalengvėjo. <...>“* |
| | **Gynybinė medicina ir perteklinė dokumentacijos našta** | ***G2****: „<...> jei čia koks konfliktinis, tai jau dar kokius dar papildomus 3 sakinius [įrašai], kad jeigu ką, tai jau <...> nekibtų.“* |

| | | |
|---|---|---|
| | | ***G1**: „<...> gydytojas vis tiek stengsis tai parodyti arba dokumentuoti, kad na į jį nebūtų nukreipta tiesioginė žala. <...> gydytojai išmoksta prisitaikyti prie sistemos ir ją pajungti savo naudai.“* |
| | | ***T3**: „<...> gydymo įstaiga vis tiek ginasi <...> atsiveda savo gydytojus. Tas pasiteisinimo aspektas vis tiek liko...“* |
| | | ***G1**: „<...> gydytojai vis dar pagal seną paprotį turi tam tikrus įsišaknijusių baimių, kurios lemia, jog gydytojai vis dėlto slepia savo klaidas...“* |
| | **Klaidų prevencijos ir grįžtamojo ryšio vakuumas** | ***G2**: „Visiškai, kad jis niekaip vėliau neatsiduria. Na mano supratimu, turėtų jis grįžti pas gydytoją į įstaigą ir kažkaip pagerinti ir užkirsti kelią, kad neatsirastų kartotiniai dalykai.“* |
| | | ***G2**: „Faktas, kad tai turėtų nugulti į gaires ir atsirasti kažkokį saugikliai. <...> Aš visiškai pasigedau, ten nėra jokio atgalinio ryšio...“* |
| | | ***G1**: „<...> įstatyminiame lygmenyje sistema labiau orientuota yra į rezultatą arba į jo nebuvimą, nei apskritai klinikinio proceso analizę ir klaidų vengimo metodą.“* |

### 3.2.5. Sprendimų kokybė, interesų balansas ir tobulinimo perspektyvos

Siekiant išsiaiškinti žalos atlyginimo proceso efektyvumą ir ateities perspektyvas, informantų buvo klausiama: *„Kaip užtikrinamas sprendimų*

*objektyvumas, nuoseklumas ir procedūrinis teisingumas? Ar procesas pakankamai atsižvelgia į visų šalių interesus? Kokių pokyčių reikėtų, kad sistema veiktų efektyviau ir kaip geriau subalansuoti pacientų teises ir gydytojų atsakomybę"?* Šiais klausimais siekta atskleisti, kaip praktikoje užtikrinamas sprendimų skaidrumas, ar išlaikomas teisinis balansas tarp silpnesniosios šalies (paciento) ir valstybės ar medicinos įstaigos aparatų bei kokios konkrečios reformos reikalingos sistemai tobulinti.

Tyrimo rezultatai parodė, kad sprendimų objektyvumą galima vertinti nevienareikšmiškai, išryškėja stiprus interesų disbalansas valstybės naudai, o sistemos tobulinimo pasiūlymai apima nuo procedūrinių terminų optimizavimo iki esminių finansinių ir teisinių reformų. Informantai išskyrė šias pagrindines subkategorijas: *sprendimų objektyvumo ir procedūrinio teisingumo užtikrinimas, interesų disbalansas ir paciento pažeidžiamumas, bei sistemos tobulinimo kryptis (procesines, finansines ir prevencines)* (3.2.5 lentelė).

Vertindami *sprendimų objektyvumą, nuoseklumą ir procedūrinį teisingumą*, Komisijos nariai pabrėžė formalius nešališkumo mechanizmus ir dokumentų vertinimo svarbą. Informantas ***K3*** nurodė, kad nariai pasirašo nešališkumo deklaracijas ir privalo nusišalinti esant interesų konfliktui, o objektyvumas užtikrinamas remiantis faktais bei medicinine dokumentacija. Informantas ***K2*** teigė, kad objektyvumą padeda užtikrinti pati Komisijos sandara, kurioje dalyvauja ir nevyriausybinių organizacijų, ir medikų atstovai, o sprendimų priėmimo nuoseklumą stipriai formuoja teismų praktika. Tačiau teisininkai šį objektyvumą vertino kur kas kritiškiau. Informantai ***T1*** ir ***T2*** įžvelgė subjektyvumo riziką, kai Komisija priima sprendimus be nepriklausomų ekspertų išvadų. Pasak informanto ***T2***, jeigu bylos srities specialistas yra pačioje Komisijoje, kiti nariai lyg pasitiki juo vienu, kas *„su teisingumu nelabai koreliuoja"*, informantas ***T1*** pritarė, nurodydamas, kad tokiu atveju priimamas vienašališkas sprendimas, nesikreipiant į išorinius ekspertus, kas sumažina tyrimo išsamumą. Tai rodo, kad nepriklausomų išorės ekspertų trūkumas sukuria procedūrinio teisingumo spragų.

Analizuojant, *ar procesas atsižvelgia į visų šalių interesus,* tyrimo duomenys atskleidė drastišką galios disproporciją: pacientas, būdamas silpnoji pusė, dažnai net nenutuokia sistemos masto ir šiame procese jaučiasi tarsi skruzdėlė prieš dramblį. Susidaro paradoksalus „valstybės prieš valstybę" konfliktas, kai Valstybinė ligonių kasa (VLK) teismuose aktyviai ginčija tos pačios valstybės

vardu veikiančios Komisijos sprendimus, siekdama juos panaikinti. Šią situaciją ypač vaizdžiai apibūdino informantas T3, pažymėdamas, kad po to, kai VLK įgavo teisę teikti priešieškinius, „*balansas tarp šalių <...> palankesnis valstybei<...> visi ant galo prieš pacientą, kuris tiesiog sėdi ir apskritai nebesupranta, į kokį biurokratinį mechanizmą pateko*“. Informantai ***T1*** ir ***T2*** vieningai konstatavo, kad didžiausi šio modelio laimėtojai yra gydymo įstaigos, kurios tiesiog sumoka įmokas į VLK administruojamą fondą ir visiškai išvengia atsakomybės bei bylinėjimosi. Iš kitos pusės, informantai ***G1*** ir ***G2*** pabrėžė, kad siekiant tikro balanso, neturėtų būti pamiršta ir paciento atsakomybė. Informantas ***G1*** siūlė, kad teisingumas turėtų veikti į abi puses: jeigu pacientas piktnaudžiauja sistema ar teikia melagingą informaciją, jam taip pat turėtų grėsti atsakomybė. Iš esmės gydytojai akcentavo ir paciento pareigų svarbą – jeigu pacientas pats nesilaikė gydymo rekomendacijų, į tai privalu atsižvelgti priimant sprendimą.

Trečioji, itin plati subkategorija apima *sistemos tobulinimo kryptis*. Informantų pasiūlymus galima suskirstyti į tris sritis:

**Teisiniai ir finansiniai pokyčiai:** Informantas ***T3*** pabrėžė būtinybę indeksuoti neturtinės žalos dydžio balus, nes nuo reformos pradžios (t. y. nuo 2020 m.) jie nebuvo keisti ir pritaikyti prie šių dienų ekonominės situacijos, todėl šiuo metu kompensacijos yra neadekvačios. Informantas ***T1*** iškėlė esminį finansinio prieinamumo klausimą – siūlė valstybei kompensuoti profesionalios teisinės pagalbos (advokatų) išlaidas, ypač kai žala yra pripažįstama, kas palengvintų paciento dalią ir pagerintų pačių prašymų kokybę. Tuo tarpu informantas ***T2*** ragino grąžinti finansinę motyvaciją įstaigoms per kintamas įmokas arba regreso teisę, nes dabar įstaigos nebaudžiamos.

**Procedūrinis optimizavimas:** Informantai ***K1*** ir ***K3*** efektyvumui didinti siūlė atsisakyti prievolės rengti gyvus posėdžius su pareiškėjais. Jų teigimu, tiesioginis prisijungimas dažniausiai neduoda naujos faktinės informacijos, yra varginantis ir tik eikvoja laiką. Informantas ***G2*** pateikė siūlymą išvis atsijoti smulkias, menkavertes pretenzijas, o labai sudėtingas, su mirtimis susijusias bylas, iškart perduoti teismams, nes Komisija tiesiog „užsikapsto“.

**Klaidų prevencijos atkūrimas.** Tyrimo duomenys atskleidė visų trijų informantų grupių sutarimą – būtent prevencijos srityje egzistuoja didžiausias tobulinimo poreikis, siekiant užtikrinti sistemos efektyvumą. Kaip pažymėjo informantas ***G2***, nustatyta žala privalo virsti įstaigos gairėmis ir saugikliais ateičiai,

nes šiuo metu *„nėra jokio atgalinio ryšio“*. Informantas ***K1*** taip pat pritarė, kad pačiai Komisijai būtų labai naudinga gauti grįžtamąjį ryšį iš VLK po teismų sprendimų, jog institucija galėtų *„pasimokyti iš savo klaidų“*.

Apibendrinant galima teigti, kad sprendimų objektyvumas ir procedūrinis teisingumas pacientų žalos nustatymo sistemoje vis dar susiduria su rimtais iššūkiais, ypač dėl nepriklausomų ekspertų stygiaus ir valstybės dominavimo ginčuose prieš pacientą. Dabartinis modelis neužtikrina šalių interesų balanso, nes visiškai atleidžia gydymo įstaigas nuo bylinėjimosi ir finansinės naštos, tuo tarpu pacientai paliekami be teisinio atstovavimo kompensavimo ir susiduria su neadekvačiai mažomis žalos atlyginimo sumomis. Informantų siūlomi pokyčiai – žalos balų indeksavimas, advokatų išlaidų kompensavimas, perteklinių gyvų posėdžių atsisakymas bei, svarbiausia, realaus atgalinio ryšio (klaidų prevencijos) mechanizmo sukūrimas – yra būtini, norint sistemą paversti efektyvesne, teisingesne ir iš tikrųjų orientuota į pacientų saugumą.

***3.2.5 lentelė.*** **Sprendimų kokybės, interesų balanso ir tobulinimo perspektyvų vertinimas**

| Kategorija | Subkategorija | Citatos |
|---|---|---|
| **Sprendimų kokybė, interesų balansas ir tobulinimo perspektyvos** | **Sprendimų objektyvumo ir procedūrinio teisingumo užtikrinimas** | ***K3****: „Mes esam visi pasirašę <...> nešališkumo tokį dokumentą <...> tikrai, kad užtikrinti tą objektyvumą, tai remiamės faktais ne pareiškėjų emocijomis. O ypač gautais dokumentais ir ekspertų <...> atsakymais...“* |
| | | ***T2****: „<...> reiškias visa Komisija, lygtai, kaip ir pasitiki juo vienu [savo nariu], kuris pasako <...> visi pasirašo, nes nu jie nekvestionuoja jo to klinikinio vertinimo <...> tas tikrai vat su teisingumu nelabai koreliuoja...“,* |

| | | |
|---|---|---|
| | **Interesų disbalansas ir paciento pažeidžiamumas** | ***T3**: „<...>balansas tarp šalių <...> palankesnis valstybei<...> visi ant galo prieš pacientą, kuris tiesiog sėdi ir apskritai nebesupranta, į kokį biurokratinį mechanizmą pateko“,* |
| | | ***G1**: „<...> jeigu įrodoma, kad pacientas piktnaudžiauja arba sakykim, melagingai parodo tai tokiam pacientui taip pat turėtų grėsti teisinė atsakomybė. <...> žaidimas turėtų būti į abi puses...“,* |
| | | ***G2**: „<...> jeigu pacientas išvis kažkokių rekomendacijų nevykdė ir nedarė, tai čia <...> šiaip jau visada, ar pacientas laikėsi rekomendacijų savo pareigų <...> tai irgi labai detaliai, bet į tą Komisija atsižvelgdavo.“,* |
| | **Sistemos tobulinimo kryptys (finansinės ir teisinės)** | ***T3**: „<...> nurodyta balo vertė, kuri nuo 2020 metų <...> nesikeitė. <...> Turi būti atsižvelgiama tiek į infliaciją, tiek į kitą ekonominį augimą... bet komisijoj šitas neatsispindi...“,* |
| | | ***T1**: „<...> galbūt vertėjo užtikrinimas, galbūt numatyti, kad <...> suteikiama teisė spręsti dėl profesionalios teisinės pagalbos atlyginimo išlaidų <...> palengvintų pačios Komisijos [darbą]...“* |

| | | |
|---|---|---|
| | **Sistemos tobulinimo kryptys (procedūrinės ir prevencinės)** | ***K1**: „<...> planuojama atsisakyti, kad pareigos Komisijai į posėdžius kviesti visus. <...> pareiškėjai <...> posėdžio metu arba neturi ką pasisakyti, arba tiesiog vat pakartoja tą patį <...> kažkokios pridėtinės vertės Komisijai tas neduoda.“,* |
| | | ***G2**: „<...> tikrai sudėtingi, pasibaigę, mirtimis ar labai sunkiais sveikatos sutrikdymais turėtų gal ne Komisija tą žalą <...> iš karto gal atiduoti teismui.“* |
| | | ***G2**: „Faktas, kad tai turėtų nugulti į gaires ir atsirasti kažkokį saugikliai. Na, kad taip neatsitiktų vėliau <...> Aš visiškai pasigedau, ten nėra jokio atgalinio ryšio...“* |

### 3.2.6. Tyrimo rezultatų aptarimas

Atliktas empirinis tyrimas leidžia daryti išvadą, kad Lietuvoje veikiantis pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo modelis vertinamas kaip pažangus ir perspektyvus pokytis, iš esmės atitinkantis šiuolaikinius sveikatos teisės standartus. Informantų pasisakymai rodo bendrą sutarimą, jog pasirinkta „žalos be kaltės“ kryptis yra teisinga ir reikalinga siekiant didinti sistemos skaidrumą bei mažinti paciento procesinę naštą.

Nors bendroji sistemos koncepcija vertinama palankiai, tyrimas atskleidė, kad dėl savo naujumo modelis dar turi tobulintinų procedūrinių, finansinių ir prevencinių aspektų.

Galima teigti, kad šiuo metu vyksta natūralus pokyčio procesas, kurio metu teoriniai įstatymo siekiai palaipsniui derinami su praktine institucijų veikla. Išryškėjęs atotrūkis tarp teorijos ir praktikos vertintinas ne kaip sisteminė klaida, o

kaip tobulinimo erdvė, turinti potencialo ateityje dar efektyviau realizuoti Skandinavijos šalyse taikomo „žalos be kaltės“ modelio principus Lietuvoje.

**„Žalos be kaltės“ modelio transformacija.** Nors informantai palankiai vertina perėjimą prie „no-fault“ modelio kaip pažangų žingsnį, tyrimas rodo, kad šioje ankstyvojoje stadijoje praktikoje dar pastebima tradicinė orientacija į „neteisėtumo“ ar „kaltės“ elementus. Skandinavijos šalyse (pavyzdžiui, Švedijoje) ši praktika yra labiau nusistovėjusi taikant „patyrusio specialisto“ (angl. experienced specialist) standartą, kai kompensacija siejama su žalos išvengiamumu, o ne konkrečia klaida.

Priešingai nei Skandinavijos šalyse, Prancūzijoje pacientas gali rinktis – eiti į teismą (įrodinėti kaltę) arba kreiptis į ONIAM[61] (gauti kompensaciją be kaltės įrodinėjimo). Prancūzijos modelis (ONIAM) numato tam tikrą žalos sunkumo slenkstį (pavyzdžiui, neįgalumą ar mirtį), kuris leidžia sistemai susikoncentruoti į sudėtingiausių medicininių nelaimingų atsitikimų sprendimą, taip užtikrinant efektyvesnį resursų paskirstymą.

Tuo tarpu Lietuvoje pastebima tam tikra metodologinė takoskyra: nors naujasis reguliavimas deklaruoja „žalos be kaltės“ principą, praktiniame vertinime vis dar stipriai jaučiama civilinės atsakomybės inercija. Informantas T1 atkreipia dėmesį, kad medicinos ekspertai, vertindami atvejus, vis dar prioritetą teikia „neteisėtumo“ paieškoms: „*nesu nei karto matęs, kad nevertintų neteisėtumo*“.

Tai rodo, kad naujasis modelis šiuo metu išgyvena natūralų adaptacijos etapą, kurio metu dar pasitelkiama ankstesnė civilinės atsakomybės logika, o tai sukuria erdvę tolimesniam praktikos tobulinimui ir teisinio aiškumo didinimui.

**Gynybinės medicinos aspektai ir subjektyvus medikų saugumas**. Atliktas tyrimas atskleidė, kad gydytojai (G1, G2) išlaiko nepakitusį profesinį atsakingumą ir siekia geriausių rezultatų pacientui lygiai taip pat, kaip ir iki reformos. Visgi, adaptuojantis prie naujojo modelio, medikų bendruomenėje išlieka tam tikras subjektyvus neapibrėžtumas ir stresas dėl galimo poveikio licencijai, kas praktikoje skatina papildomas atsargumo priemones.

Skandinavijos šalyse, pavyzdžiui, Danijoje, šis pereinamasis laikotarpis buvo įveiktas sukuriant aplinką, kurioje žalos atlyginimas yra visiškai atskirtas nuo bet kokių drausminimo procedūrų. Tokia praktika leidžia gydytojui tapti paciento partneriu žalos nustatymo procese, nes tai neturi įtakos jo profesinei reputacijai.

[61] Koch, B. A. (Ed.). (2011). *Medical Liability in Europe: A Comparison of Selected Jurisdictions*. De Gruyter.

Lietuvoje, sistemai dar tik grynėjant, gydytojai yra linkę į medicininę dokumentaciją įtraukti „papildomus sakinius“, siekdami užtikrinti maksimalų informatyvumą ir savo procedūrinį saugumą. Įstaigos, siekdamos apsaugoti savo specialistus, posėdžiuose taip pat linkusios užimti aktyvią poziciją.

Tai atitinka lenkų mokslininkų K. Buczkowski ir P. Bachmat [62] pastebėjimus, jog pereinant prie „no-fault“ sistemos yra kritiškai svarbu nuosekliai keisti institucinę kultūrą – nuo orientacijos į asmeninę atsakomybę link sisteminio mokymosi. Nors „kaltinimo metodas“ teisiškai nebėra taikomas, jo poveikis profesinei elgsenai išnyksta pamažu, todėl dabartinis „žalos be kaltės“ modelis Lietuvoje vertintinas kaip svarbus žingsnis kuriant didesnį medikų ir pacientų tarpusavio pasitikėjimą.

**Prevencijos trūkumas**. Tyrimas atskleidė kritinę problemą – Lietuvoje visiškai nefunkcionuoja grįžtamasis ryšys: nustatyta žala netampa pamoka įstaigai. Informantai G2 ir K1 vieningai pabrėžė, kad nėra jokio mechanizmo, kuris leistų nustatytą žalą paversti prevencinėmis gairėmis. Skandinavijos šalyse žalos atlyginimo fondai yra tiesiogiai susieti su pacientų saugumo sistemomis, kur kiekviena išmoka automatiškai generuoja ataskaitą ligoninės kokybės vadovui.

Lietuvoje, pasak informanto T2, gydymo įstaigos nebejaučia tokios stiprios tiesioginės atsakomybės, nes už žalą dabar sumoka valstybės fondas, o ne pati ligoninė. Nors įstaigoms tai finansiškai patogu, dėl tokio anonimiškumo jos neturi didelio motyvo gilintis į savo klaidas. Todėl informacija apie nustatytą žalą dažnai paprasčiausiai negrįžta atgal į ligonines kaip pamoka, taigi šioje vietoje svarbų vaidmenį turėtų atlikti Prevencijos komisija.

Mokslininkė Maja Ovčak Kos[63], nagrinėjusi „no-fault“ modelio Slovėnijos patirtį, taip pat akcentuoja, kad kompensacijų mokėjimas iš bendro fondo, neįtraukiant įstaigos finansinės atsakomybės, neutralizuoja prevencinį modelio poveikį ir demotyvuoja siekti paslaugų kokybės gerinimo.

**Šalių lygiavertiškumas ir sistemos ištekliai**. Informantas T2 pastebi, kad Lietuva siekia įgyvendinti pažangų modelį dar tik grynindama jam reikalingus išteklius. Kadangi Komisijos nariams šis darbas nėra vienintelės ir pagrindinės pareigos, tai sukuria didelį darbo krūvį, o informacijos gavimas ne visuomet vyksta taip sklandžiai, kaip tikimasi.

[62] Buczkowski, K.; Bachmat, P. Kompensacja zdarzeń medycznych na zasadzie no fault w wybranych państwach europejskich. Warszawa: Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, 2024.
[63] Ovčak Kos, M. Introducing No-Fault Compensation in Slovenian Medical Tort Law. Studia Iuridica Lublinensia, 2022, 31(3), 165–187.

Taip pat pastebima, kad nustatyti žalos atlyginimo dydžiai dėl ekonominių pokyčių turėtų būti peržiūrėti, nes tai turi tiesioginę ekonominę reikšmę paciento žalos dydžiui.

Nors sistema siekia palengvinti paciento kelią, susidūrimas su Valstybine ligonių kasa (VLK) teismuose išlieka rimtu iššūkiu. Skandinavijoje pati sistema padeda žmogui surinkti įrodymus, o Lietuvoje pacientui dar tenka nemažai pasirūpinti pačiam, ypač kai valstybės institucijos pateikia priešieškinius. Tai rodo, kad dar turime kur tobulėti, siekiant Pasaulio sveikatos organizacijos (WHO)[64] tikslo – kad žalos atlyginimas būtų paprasta, greita ir visiems prieinama alternatyva ilgiems teismų procesams.

Apibendrinant tyrimo rezultatus, galima daryti išvadą, kad pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo sistema Lietuvoje vertinama kaip sėkmingas ir pažangus evoliucinis žingsnis. Tačiau, nors informantai įžvelgia teigiamus pokyčius dėl palengvintos paciento procesinės naštos, vis dar išlieka nemažai teisinio neaiškumo, taigi sistemą būtina tobulinti.

**Tyrimo privalumai ir trūkumai.** Šis tyrimas leido į žalos nustatymo procesą pažvelgti iš kokybinės perspektyvos, atskleidžiant profesines įžvalgas, subjektyvias patirtis bei institucinę dinamiką, kurių neparodo kiekybinė statistika. Taikytas trianguliacijos metodas (gydytojų, teisininkų ir Komisijos narių apklausa) užtikrino duomenų visapusiškumą ir leido identifikuoti sistemos ypatumus iš skirtingų interesų grupių pozicijų.

Prie trūkumų galima priskirti tai, kad tyrimas atspindi konkretų sistemos adaptacijos laikotarpį, todėl kai kurios įžvalgos gali keistis procesui tobulėjant. Be to, teismų praktika (ypač dėl Valstybinės ligonių kasos vaidmens ir priešieškinių) vis dar intensyviai formuojasi, todėl tyrimo rezultatai fiksuoja esamą situaciją, kuri ateityje gali keistis susiformavus precedentams.

**Praktinė tyrimo rezultatų reikšmė**

Tyrimo duomenys rodo, kad siekiant sėkmingesnio „žalos be kaltės“ modelio veikimo Lietuvoje, tikslinga:

1. Stiprinti grįžtamojo ryšio mechanizmą: integruoti klaidų analizę į kasdienę gydymo įstaigų veiklą, kad nustatyta žala taptų mokomąja priemone paslaugų kokybei gerinti.

[64] World Health Organization (2018). *Patient Safety: Making health care safer*

2. Peržiūrėti kompensavimo dydžius: periodiškai indeksuoti žalos atlyginimo sumas, užtikrinant, kad jos atitiktų kintančią ekonominę realybę.

3. Gryninti procesų atskyrimą: toliau nuosekliai skirti žalos kompensavimo procesą nuo gydytojų drausminimo ar licencijų vertinimo procedūrų, vadovaujantis sėkminga Danijos patirtimi.

4. Užtikrinti teisinę paramą: didinti teisinės pagalbos prieinamumą pacientams, siekiant išlaikyti šalių lygiavertiškumą sudėtinguose teisiniuose ginčuose.

# IŠVADOS

1. Teorinis ir tarptautinis kontekstas. Mokslinės literatūros ir užsienio šalių patirties analizė patvirtina, kad „žalos be kaltės“ (angl. *no-fault*) modelis yra vienas pažangiausių mechanizmų pacientų saugumui užtikrinti. Pagrindinis jo privalumas – kompensavimo proceso atskyrimas nuo medikų kaltinimo, tai leidžia institucijoms sutelkti dėmesį į žalos faktą bei jos išvengiamumą, o ne į asmeninę specialisto atsakomybę.

2. Institucinė sistemos sandara. Lietuvoje po 2020 m. reformos įtvirtintas mechanizmas atspindi sisteminį sveikatos politikos poslinkį ir yra pagrįstas daugiasluoksne institucine sistema (SAM, Komisija, VASPVT, Prevencijos komisija ir teismai), kuri leidžia aiškiai atriboti teisėkūros, administravimo, sprendimų priėmimo ir kontrolės funkcijas. Tokia struktūra užtikrina, kad strateginiai sveikatos politikos tikslai (individualių prašymų nagrinėjimas) būtų derinami su sistemine klaidų prevencija.

3. Sistemos prieinamumas ir dinamika. 2020–2024 m. laikotarpio statistinė analizė rodo nuoseklų sistemos aktyvumo augimą: gautų prašymų skaičius padidėjo nuo 218 iki 377 per metus, o išmokėtų kompensacijų suma išaugo nuo 298 tūkst. iki daugiau nei 1,6 mln. eurų. Tai patvirtina, kad naujasis modelis padidino žalos atlyginimo prieinamumą pacientams ir sukūrė veikiantį finansinį mechanizmą, kuris tampa realia alternatyva brangiam ir ilgam teisminiam bylinėjimuisi.

4. Teisinis neapibrėžtumas ir teismų vaidmuo. Nors reforma oficialiai įtvirtino „žalos be kaltės“ principą, praktikoje modelis vis dar pasižymi procedūriniu sudėtingumu. Vertinimo svoris persikėlė į medicininę-ekspertinę sritį, kurioje dar tik formuojasi vieningas žalos (ne)išvengiamumo kriterijų supratimas. Šiame kontekste Lietuvos Aukščiausiojo Teismo precedentai (ypač 2023 m. birželio 15 d. nutartis Nr. e3K-3-24-421/2023) išlieka kritiškai svarbūs, nes užpildo teisinio neapibrėžtumo spragas ir užtikrina, kad Komisijos sprendimai būtų grindžiami bendraisiais civilinės atsakomybės principais.

5. Inercija ir saugumas. Tyrimas atskleidė, kad praktikoje vis dar vyksta laipsniškas perėjimas nuo tradicinės civilinės atsakomybės logikos link objektyvaus žalos vertinimo. Tiek Komisijos, tiek ekspertų darbe pastebima inercija vertinti veiksmų teisėtumą. Nors modelis turėjo mažinti gynybinę mediciną, medikai vis dar jaučia subjektyvų neapibrėžtumą dėl poveikio licencijai, todėl siekis užtikrinti asmeninį saugumą pasireiškia itin kruopščiu ir detaliu dokumentacijos pildymu.

6. Interesų pusiausvyra ir informacinis disbalansas. Tyrimu identifikuotas poreikis stiprinti šalių lygiavertiškumą: pacientas, neturėdamas specifinių medicininių žinių, išlieka silpnesne puse, o Valstybinės ligonių kasos (VLK) praktika teismuose ginčyti Komisijos sprendimus sukuria papildomų procesinių iššūkių. Tai rodo, kad sistemai bręstant būtina didinti profesionalios teisinės pagalbos prieinamumą pacientams.

7. Sveikatos politikos įgyvendinimo deficitas. Tyrimas atskleidė esminį disbalansą tarp deklaruojamų tikslų ir realaus poveikio: sistema efektyviai atlieka finansinę kompensavimo funkciją, tačiau nepasiekia strateginio sveikatos politikos tikslo – sisteminio saugumo didinimo. Kadangi trūksta funkcionuojančio grįžtamojo ryšio mechanizmo, sukaupti duomenys apie žalą netampa įrankiu sveikatos priežiūros įstaigoms, jų teikiamų paslaugų kokybei gerinti. Tai rodo, kad dabartinis modelis veikia kaip izoliuotas finansinis institutas, o ne kaip integruota sveikatos sistemos valdysenos dalis, todėl ateityje būtina politinė lyderystė siekiant pereiti prie įrodymais grįsto klaidų valdymo.

# SIŪLYMAI

Remiantis atlikta analize, galima teigti, kad Lietuvos pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo sistema sėkmingai įveikė pradinį diegimo etapą, tačiau siekiant visaverčio „žalos be kaltės“ modelio veikimo ir didesnio sistemos efektyvumo, siūloma:

1. LR Sveikatos apsaugos ministerijai siūlytina inicijuoti teisės aktų pakeitimus, kuriais būtų įtvirtintas automatinis žalos atlyginimo balų vertės indeksavimas (pavyzdžiui, susiejant jį su metine infliacija arba minimalia mėnesine alga (MMA)). Tai leistų išvengti politinio delsimo ir užtikrintų, kad kompensacijos neprarastų savo perkamosios galios realiuoju laiku.

2. LR Teisingumo ministerijai siūlytina inicijuoti Valstybės garantuojamos teisinės pagalbos įstatymo pakeitimus, numatant supaprastintą procedūrą pacientams gauti antrinę teisinę pagalbą, kai jų ginčas persikelia į teismą dėl VLK skundo. Taip pat siūloma kurti specializuotą pacientų advokatų ir (ar) konsultantų tinklą (pavyzdžiui, prie Pacientų teisių tarybos), kuris teiktų pirmines konsultacijas medicininės teisės klausimais dar ikiteisminėje stadijoje.

3. Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai prie Sveikatos apsaugos ministerijos siūlytina rengti ir viešinti metines sistemines žalos ir klaidų apžvalgas, paremtas Komisijos priimtais sprendimais. Šios išvados turėtų būti integruotos į privalomus gydymo įstaigų vadovų mokymus ir tapti pagrindu Sveikatos priežiūros kokybės stebėsenos rodikliams. Taip pat siūloma sukurti anoniminę klaidų mokymosi platformą (duomenų bazę), kurioje gydymo įstaigos galėtų analizuoti pasikartojančius žalos atvejus kaip prevencinę mokomąją medžiagą, nebijodamos asmeninės sankcijos.

# BIBLIOGRAFINIŲ ŠALTINIŲ SĄRAŠAS

## I. Norminiai teisės aktai


1. Lietuvos Respublikos Konstitucija. *Valstybės žinios*, 1992, Nr. 33-1014.
2. Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas. *Valstybės žinios*, 2000, Nr. 74-2262 (su vėlesniais pakeitimais).
3. Lietuvos Respublikos civilinio proceso kodeksas. *Valstybės žinios*, 2002, Nr. 36-1340 (su vėlesniais pakeitimais).
4. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. *Valstybės žinios*, 1996, Nr. 102-2317 (su vėlesniais pakeitimais).
5. Visuotinė žmogaus teisių deklaracija (1948). *Valstybės žinios*, 2006, Nr. 68-2497.
6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. 2004 m. gruodžio 8 d. įsakymas Nr. V-874 „Dėl Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos sudarymo“. *Valstybės žinios*, 2004, Nr. 180-6685.
7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. 2020 m. sausio 8 d. įsakymas Nr. V-24 „Dėl Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos sudarymo“. *TAR*, 2020, Nr. 2020-00326.
8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. 2020 m. sausio 9 d. įsakymas Nr. V-36 „Dėl Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo įgyvendinimo“. *TAR*, 2020, Nr. 2020-00446.
9. Lietuvos Respublikos Vyriausybė. 2005 m. vasario 10 d. nutarimas Nr. 152 „Dėl Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos nuostatų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2005, Nr. 21-664 (su vėlesniais pakeitimais).
10. Lietuvos Respublikos Vyriausybė. 2020 m. sausio 8 d. nutarimas Nr. 3 „Dėl Turtinės ir neturtinės žalos, atsiradusios dėl paciento sveikatai padarytos žalos, atlyginimo aprašo patvirtinimo“. *TAR*, 2020, Nr. 2020-00344.


## II. Teismų praktika


11. Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2014 m. gegužės 27 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-291/2014.
12. Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2023 m. sausio 5 d. nutartis civilinėje byloje Nr. e3K-3-63-403/2023.
13. Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2023 m. birželio 15 d. nutartis civilinėje byloje Nr. e3K-3-24-421/2023.

**III. Specialioji literatūra**


14. Bitinas, B.; Rupšienė, L.; Žydžiūnaitė, V. *Kokybinių tyrimų metodologija: vadovėlis*. Vilnius: Kronta, 2008.
15. Brogienė, D. *Paciento teisės į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą ir žalos sveikatai atlyginimą*. Daktaro disertacija. Vilnius: Vilniaus universitetas, 2010.
16. Buczkowski, K.; Bachmat, P. *Kompensacja zdarzeń medycznych na zasadzie no fault w wybranych państwach europejskich*. Warszawa: Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, 2024.
17. Dambrauskienė, G. ir kt. *Lietuvos teisės pagrindai*. Vilnius: Justitia, 2004.
18. Donabedian, A. *Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. 1: The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.
19. Drėgvienė, I. *Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos 2016–2019 m. gautų pareiškimų ir priimtų sprendimų analizė*. Magistro baigiamasis darbas. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, 2020.
20. Gaižauskaitė, I.; Valavičienė, N. *Socialinių tyrimų metodai: kokybinis interviu*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2016.
21. Kardelis, K. *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras, 2016.
22. Koch, B. A. (Ed.). *Medical Liability in Europe: A Comparison of Selected Jurisdictions*. De Gruyter, 2011.
23. Kutkauskienė, J. Paciento teisių ir pareigų teisinio reglamentavimo Lietuvoje problematika ir raidos tendencijos. *Jurisprudencija*, 2008, Nr. 12(114), p. 82–91.
24. Mikelėnas, V. *Civilinės atsakomybės problemos: lyginamieji aspektai*. Vilnius: Justitia, 1995.
25. Mikelėnas, V. *Prievolių teisė. Bendrosios nuostatos*. Vilnius: Justitia, 2007.
26. Morkūnaitė, M. Pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo be kaltės modelis. *Teisė*, 2017, t. 102, p. 127–147.
27. Norkūnas, A.; Selelionytė-Drukteinienė, S. *Civilinės atsakomybės praktikumas*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2008.
28. Ovčak Kos, M. Introducing No-Fault Compensation in Slovenian Medical Tort Law. *Studia Iuridica Lublinensia*, 2022, 31(3), 165–187.

29. Reader, T. W.; Gillespie, A.; Roberts, J. Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. *BMJ Quality & Safety*, 2014, Nr. 23, p. 678–689.
30. Rupšienė, L. *Kokybinio tyrimo duomenų rinkimo metodologija*. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla, 2007.
31. Tidikis, R. *Socialinių mokslų tyrimų metodologija*. Vilnius: Lietuvos teisės universitetas, 2003.

**IV. Kiti šaltiniai ir interneto prieiga**

32. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington (DC): National Academies Press, 2001.
33. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (SAM). *Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija*. [Žiūrėta 2026-02-15]. Prieiga per internetą: https://sam.lrv.lt/lt/struktura-ir-kontaktine-informacija/komisijos-ir-darbo-grupes/pacientu-sveikatai-padarytos-zalos-nustatymo-komisija/
34. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (SAM). *Žalos pacientų sveikatai prevencijos komisija*. [Žiūrėta 2026-02-17]. Prieiga per internetą: https://sam.lrv.lt/lt/struktura-ir-kontaktine-informacija/komisijos-ir-darbo-grupes/zalos-pacientu-sveikatai-prevencijos-komisija/
35. OECD. *Improving health quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. UK, 2019.
36. Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija. *2024 m. veiklos ataskaita*. Vilnius: VASPVT, 2025.
37. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba (VASPVT). *Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija*. [Žiūrėta 2026-02-17]. Prieiga per internetą: https://vaspvt.lrv.lt
38. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba (VASPVT). *Pacientų teisių priežiūros funkcijų vykdymas*. [Žiūrėta 2026-02-17]. Prieiga per internetą: https://vaspvt.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/pacientu-teisiu-prieziuros-funkciju-vykdymas/
39. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos (VASPVT). *Žalos pacientų sveikatai prevencijos komisija*. [Žiūrėta 2026-02-17]. Prieiga per internetą: https://vaspvt.lrv.lt/lt/zalos-pacientu-sveikatai-prevencijos-komisija/
40. WHO. *Handbook for national quality policy and strategy*. Geneva: WHO, 2018.
41. WHO. *Patient Safety: Making health care safer*. Geneva: WHO, 2018.

# SANTRAUKA

**Magistro darbo tema:** Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo proceso Lietuvoje analizė.

**Darbo aktualumas ir tiriamoji problema.** Pacientų teisių apsauga yra viena pamatinių šiuolaikinės sveikatos teisės sričių, nes ji tiesiogiai susijusi su asmens sveikata, gyvybe ir orumu. Viena svarbiausių paciento teisių gynimo priemonių yra teisė reikalauti žalos atlyginimo tais atvejais, kai teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientui padaroma žala. Temos aktualumą ypač sustiprina tai, kad nuo 2020 m. Lietuvoje pradėtas taikyti „žalos be kaltės“ modelis, iš esmės pakeitęs ankstesnę įrodinėtąja kalte grįstą sistemą. Tačiau, nepaisant naujojo teisinio reguliavimo siekio užtikrinti greitesnį ir pacientui prieinamesnį procesą, praktikoje kyla neaiškumų dėl medicininių aplinkybių vertinimo, ekspertinių išvadų reikšmės bei sprendimų pagrįstumo. Trūksta kompleksinių tyrimų, analizuojančių realų Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos sprendimų priėmimo procesą bei praktines problemas, su kuriomis susiduria proceso dalyviai.

**Tyrimo tikslas** – išanalizuoti pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo procesą Lietuvoje. Tikslui pasiekti buvo suformuoti šie **uždaviniai:**

1. Apžvelgti pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo teorinius pagrindus: principus, sampratą ir civilinės atsakomybės ypatumus.
2. Išanalizuoti pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo modelį ir jo raidą Lietuvoje.
3. Išnagrinėti pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo proceso Lietuvoje organizavimą.
4. Ištirti, kaip praktikoje vertinamas pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo procesas Lietuvoje, ir identifikuoti kylančias problemas.

**Tyrimo metodologija.** Magistriniame darbe taikomas kokybinis tyrimas, pagrįstas pusiau struktūruoto ekspertinio interviu metodu. Tyrimo dalyviais pasirinkti asmenys, tiesiogiai dalyvaujantys žalos nustatymo procese: Komisijos nariai, gydytojai ir teisininkai (iš viso 8 informantai). Surinkti duomenys analizuoti taikant teminę turinio (content) analizę, išskiriant esmines kategorijas, susijusias su sistemos vertinimu, teisinio reguliavimo spragomis bei poveikiu medicinos praktikai.

**Tyrimo rezultatai.** Teorinė analizė atskleidė, kad „žalos be kaltės“ modelis yra orientuotas į paciento saugumą ir klaidų prevenciją, tačiau jo sėkmė tiesiogiai priklauso nuo institucinio pasitikėjimo kultūros bei adekvačių sistemos išteklių. Empirinis tyrimas parodė, kad šiuo metu Lietuvoje modelis išgyvena natūralų adaptacijos etapą: nors procesinė našta pacientui pastebimai palengvėjo, o išmokamų kompensacijų suma 2024 m. viršijo 1,6 mln. eurų, praktikoje vis dar jaučiama civilinės atsakomybės logika pagrįsta vertinimo inercija. Ekspertai, vertindami atvejus, vis dar prioritetą teikia „neteisėtumo“ paieškoms, o procedūrinis svoris persikėlė į sudėtingą medicininį-ekspertinį vertinimą, kuriame trūksta vieningos „neišvengiamos žalos“ kriterijų interpretacijos.

Tyrimas taip pat išryškino poveikį medikų bendruomenei – išliekantis poreikis didinti procedūrinį saugumą pasireiškia gynybinės medicinos apraiškomis, kai gydytojai, bijodami poveikio licencijai, pildo itin detalią, apsidraudžiamąją dokumentaciją. Be to, identifikuotas kritinis klaidų prevencijos ir grįžtamojo ryšio vakuumas: nustatyta žala dažniausiai negrįžta į gydymo įstaigas kaip mokomoji medžiaga, todėl sistema labiau veikia kaip kompensacinis aparatas, o ne kokybės gerinimo įrankis. Pastebimas ir šalių interesų disbalansas, kurį stiprina Valstybinės ligonių kasos (VLK) praktika ginčyti Komisijos sprendimus teismuose, paliekant pacientą be reikiamos teisinės paramos sudėtingame biurokratiniame mechanizme.

**Pagrindinės išvados ir siūlymai.** Darbe daroma išvada, kad Lietuvos modelis sėkmingai atlieka pirminę kompensavimo funkciją ir turi didelį potencialą ateityje tapti visaverčiu saugumą didinančiu įrankiu. Siekiant didinti sistemos efektyvumą, pateikiamos rekomendacijos dėl kompensacijų (balų vertės) indeksavimo, privalomo klaidų analizės bei grįžtamojo ryšio mechanizmo integravimo gydymo įstaigose bei teisinio atstovavimo išlaidų kompensavimo pacientams, siekiant nuosekliai priartėti prie aukščiausių pacientų saugumo standartų.

**Raktiniai žodžiai:** „žalos be kaltės“ modelis (no-fault), pacientų teisių gynimas, gynybinė medicina, klaidų prevencija, pacientų saugumas, šalių lygiavertiškumas, sveikatos priežiūros teisė.

# SUMMARY

**Master's Thesis Topic:** Analysis of the Process for Determining Damage Caused to Patients' Health in Lithuania.

**Relevance of the Work and Research Problem.** The protection of patient rights is one of the fundamental areas of modern health law, as it is directly related to individual health, life, and dignity. One of the most important means of defending patient rights is the right to claim compensation for damages in cases where a patient is harmed during the provision of personal health care services. The relevance of the topic is particularly reinforced by the fact that since 2020, a „no-fault" damage model has been applied in Lithuania, fundamentally changing the previous system based on proven fault. However, despite the new legal regulation's aim to ensure a faster and more accessible process for patients, uncertainties arise in practice regarding the assessment of medical circumstances, the significance of expert conclusions, and the validity of decisions. There is a lack of comprehensive research analyzing the actual decision-making process of the Commission for the Determination of Damage to Patients' Health and the practical problems faced by the participants in the process.

**Research Aim** – to analyze the process of determining damage caused to patients' health in Lithuania. **To achieve this aim, the following objectives were formulated:**

1. To review the theoretical foundations of compensation for damage to patients' health: principles, concept, and peculiarities of civil liability.
2. To analyze the model of compensation for damage to patients' health and its development in Lithuania.
3. To examine the organization of the process for determining damage to patients' health in Lithuania.
4. To investigate how the process for determining damage to patients' health is evaluated in practice in Lithuania and to identify emerging problems.

**Research Methodology.** The Master's thesis applies a qualitative research approach based on the semi-structured expert interview method. The research participants selected were individuals directly involved in the damage determination process: Commission members, doctors, and lawyers (a total of 8 informants). The collected data were analyzed using thematic content analysis, identifying key categories related to the evaluation of the system, gaps in legal regulation, and the impact on medical practice.

**Research Results.** Theoretical analysis revealed that the "no-fault" model is focused on patient safety and error prevention, but its success directly depends on a culture of institutional trust and adequate systemic resources. Empirical research showed that the model in Lithuania is currently undergoing a natural stage of adaptation: although the procedural burden on the patient has lightened noticeably and the amount of compensation paid in 2024 exceeded 1.6 million euros, evaluation inertia based on civil liability logic is still felt in practice. Experts, when evaluating cases, still prioritize the search for "unlawfulness" and the procedural weight has shifted to a complex medical-expert assessment, which lacks a unified interpretation of the "unavoidable damage" criteria.

The research also highlighted the impact on the medical community – the persistent need to increase procedural safety manifests as appearances of defensive medicine, where doctors, fearing an impact on their licenses, fill out extremely detailed, insurance-oriented documentation. Furthermore, a critical vacuum of error prevention and feedback was identified: determined damage most often does not return to health care institutions as educational material; therefore, the system acts more as a compensatory apparatus than a quality improvement tool. An imbalance of interests between the parties is also observed, reinforced by the practice of the National Health Insurance Fund (VLK) to challenge the Commission's decisions in court, leaving the patient without the necessary legal support in a complex bureaucratic mechanism.

**Main Conclusions and Proposals.** The thesis concludes that the Lithuanian model successfully performs its primary compensation function and has great potential to become a full-fledged safety-enhancing tool in the future. In order to increase the efficiency of the system, recommendations are provided for indexing compensation (point value), integrating a mandatory error analysis and feedback mechanism in health care institutions, and compensating legal representation costs for patients to consistently approach the highest standards of patient safety.

**Keywords:** no-fault model, protection of patient rights, defensive medicine, error prevention, patient safety, equality of parties, health care law.

**PRIEDAS Nr. 1**

## PUSIAU STRUKTŪRUOTO INTERVIU KLAUSIMYNAS

### I BLOKAS. Sistemos samprata ir bendrasis vertinimas

**1.** Kaip apibūdintumėte pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo sistemą Lietuvoje?

### II BLOKAS. Teisinis reguliavimas ir reforma

**2.** Kaip vertinate dabartinį teisinį reguliavimą ir sistemos pokyčius po LR Pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymo reformos?
**3.** Kaip vertinate „žalos be kaltės“ modelio taikymą praktikoje?

### III BLOKAS. Proceso eiga, dalyvių vaidmenys ir informacijos problemos

**4.** Kaip praktikoje vyksta žalos nustatymo procesas – nuo kreipimosi iki galutinio sprendimo?
**5.** Koks yra skirtingų proceso dalyvių – paciento, gydytojo, komisijos, teisininkų – vaidmuo šiame procese?
**6.** Kokie proceso etapai yra sudėtingiausi ar problemiškiausi?
**7.** Su kokiais iššūkiais susiduriama renkant ir vertinant informaciją žalos bylose?
**8.** Kokie dažniausi ginčai ar nesutarimai kyla nagrinėjant žalos atvejus?

### IV BLOKAS. Poveikis medicinos praktikai

**9.** Kaip žalos nustatymo sistema veikia medicinos praktiką ir gydytojų kasdienį darbą?
**10.** Ar pastebimos gynybinės medicinos apraiškos?

### V BLOKAS. Sprendimų kokybė ir tobulinimo perspektyvos

**11.** Kaip užtikrinamas sprendimų objektyvumas, nuoseklumas ir procedūrinis teisingumas?
**12.** Ar procesas pakankamai atsižvelgia į visų šalių interesus ir kiekvieno atvejo sudėtingumą?
**13.** Kokių pokyčių reikėtų, kad sistema veiktų efektyviau ir teisingiau?
**14.** Kaip būtų galima geriau subalansuoti pacientų teises ir gydytojų atsakomybę?