

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

VIEŠOJO VALDYMO FAKULTETAS

POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

ŽIVILĖ BABRAVIČĖ

PACIENTŲ ŽALOS ATLYGINIMO POLITIKA
LIETUVOJE

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

Doc. dr. Vytautas Dumbliauskas

VILNIUS

2018

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

VIEŠOJO VALDYMO FAKULTETAS

POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

PACIENTŲ ŽALOS ATLYGINIMO POLITIKA
LIETUVOJE

Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas

Studijų programa (621L22004)

Vadovas

_____ Doc. dr. Vytautas Dumbliauskas

2018 -

Recenzentas

_____ 2018

Atliko

_____ stud. Živilė Babravičė

2018

VILNIUS

2018

TURINYS

LENTELIŲ SĄRAŠAS	4
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS	4
PRIEDŲ SĄRAŠAS	4
SANTRUMPOS	5
SĄVOKOS	6
ĮVADAS	7
1. PACIENTŲ PATIRTOS ŽALOS ATLYGINIMO POLITIKA	11
1.1. Sveikatos samprata ir jos reikšmė pacientų patirtos žalos atlyginimo politikai.....	11
1.2. Pacientų žalos samprata	12
1.3. Pacientų žalos atlyginimo politika kitose šalyse	13
2. PACIENTŲ PATIRTOS ŽALOS ATLYGINIMO POLITIKOS FORMAVIMAS IR ĮGYVENDINIMAS LIETUVOJE	20
2.1. Pacientų žalos atlyginimo politikos formavimas	21
2.2. Pacientų patirtos žalos atlyginimo tvarka Lietuvoje	24
2.3. Teismų praktika, įgyvendinanti pacientų žalos atlyginimo politiką.....	27
2.4. Pacientų patirtos žalos atlyginimo politikos alternatyvos Lietuvoje.....	28
2.5. Naujausi bandymai keisti pacientų žalos atlyginimo politiką.....	33
3. EMPIRINIO TYRIMO METODOLOGIJA.....	37
4. EMPIRINIO TYRIMO REZULTATAI	41
4.1. Pacientų žalos atlyginimo situacijos vertinimas.....	41
4.2. LR teisinė pacientų žalos atlyginimo aplinka	44
4.3. Visuomenės skiriamas dėmesys pacientų žalos atlyginimo politikai.....	46
4.4. Interesų grupių įtaka pacientų žalos atlyginimo politikai	49
4.5. Teismo pacientų žalos atlyginimo modelio įtaka medikų darbui	52
4.6. Įgyvendinamos pacientų žalos atlyginimo politikos poveikis gydymo paslaugų kokybės gerinimui	55
4.7. Pacientų ir medikų santykiai	58
4.8. Pacientų žalos atlyginimo politikos problemos.....	61
4.9. Žalos atlyginimo „be kaltės“ modelio vertinimas	64
TYRIMO REZULTATŲ APIBENDRINIMAS.....	70
IŠVADOS.....	72
PASIŪLYMAI.....	73
LITERATŪROS SĄRAŠAS	74
ANOTACIJA.....	79
ANNOTATION.....	80
SANTRAUKA.....	81
SUMMARY.....	82
PRIEDAI	83

LENTELIŲ SĄRAŠAS

<i>1 lentelė.</i> Draudimo įmokų ir žalos atlyginimo pacientams išmokų sumos.....	26
<i>2 lentelė.</i> Informantų užimamos pareigos bei institucija.....	39
<i>3 lentelė.</i> Pacientų žalos atlyginimo politikos neefektyvumas.....	42
<i>4 lentelė.</i> Pacientų žalos atlyginimo teisinė bazė.....	45
<i>5 lentelė.</i> Pacientų žalos atlyginimo politikai skiriamas dėmesys.....	48
<i>6 lentelė.</i> Interesų grupių įtaka.....	50
<i>7 lentelė.</i> Teismo pacientų žalos atlyginimo modelio įtaka medikų darbui.....	54
<i>8 lentelė.</i> Įgyvendinamos pacientų žalos atlyginimo politikos įtaka pacientų saugai.....	57
<i>9 lentelė.</i> Pacientų žalos atlyginimo politikos įtaka pacientų ir medikų santykiams.....	59
<i>10 lentelė.</i> Pacientų žalos atlyginimo politikos problemos.....	62
<i>11 lentelė.</i> Žalos atlyginimo „be kaltės“ modelio vertinimas.....	67

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

<i>1 pav.</i> Atlygintinos žalos pacientų sveikatai sumos, Eur.....	29
---	----

PRIEDŲ SĄRAŠAS

Tyrimo klausimynas ir tyrimo informantų atsakymai.....	77
--	----

SANTRUMPOS

PTŽSAĮ – Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas

SSI – Sveikatos sistemos įstatymas

LR – Lietuvos Respublika

ES – Europos Sąjunga

LAT – Lietuvos Aukščiausiasis teismas

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

CK – Civilinis kodeksas

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

ASPI – Asmens sveikatos priežiūros įstaiga

PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas

KOMISIJA – Pacientų žalos atlyginimo komisija prie Sveikatos apsaugos ministerijos

SĄSKAITA – Vyriausybės įgaliotos institucijos valdoma sąskaita, kurioje kaupiamos sveikatos priežiūros įstaigų įmokos pacientų sveikatai padarytai žalai (turtinei ir neturtinei) atlyginti.¹

¹ Lietuvos Respublikos paciento teisių ir žalos atlyginimo įstatymo Nr. I-1562, 2,7,8,13 straipsnių ir V skyriaus pakeitimo projektas, 2018, Registracijos Nr. 18-7271(2).

SAVOKOS

Deliktinė civilinė atsakomybė - yra turtinė prievolė, atsirandanti dėl žalos, kuri nesusijusi su sutartiniais santykiais, išskyrus atvejus, kai įstatymai nustato, kad deliktinė atsakomybė atsiranda ir dėl žalos, susijusios su sutartiniais santykiais.²

Neturtinė žala – tai asmens fizinis skausmas, dvasiniai išgyvenimai, nepatogumai, dvasinis sukrėtimas, emocinė depresija, pažeminimas, reputacijos pablogėjimas, bendravimo galimybių sumažėjimas ir kita.³

„Pacientas – asmuo, kuris naudojasi įstaigų teikiamomis paslaugomis, nesvarbu, ar jis sveikas, ar ligonis“⁴

² LR civilinis kodeksas. *Šeštoji knyga. Prievolių teisė*. Str. 6.245

³ LR civilinis kodeksas, 6.250 str.

⁴ Pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymas, Valstybės žinios, 1996, Nr. 102-2317.

ĮVADAS

Tyrimo aktualumas ir problema. XXI amžiuje medicinai smarkiai žengiant į priekį, mokslinių tyrimų ir išradimų dėka turint vis daugiau įrankių išsaugoti paciento sveiko gyvenimo trukmę, gydymo procese vis dar pasitaiko klaidų arba nepageidaujamų įvykių, kurie padaro negrįžtamą žalą sveikatai, o pacientui kreipiantis į gydymo įstaigą pagrįstai tikimasi, kad medikų skirtas gydymas pagerins sveikatą arba bent jau nepadarys žalos, tačiau nepageidaujamų įvykių tikimybė yra gana didelė.

Šiuolaikinė sveikatos priežiūra yra sudėtinga, ji susidaro iš daugybės sąveikų su pacientais ir slaugytojais, vaistininkais, gydytojais, technikais, kitais sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojais. Kiekviena ši sąveika, kiekvienas susitikimas su specialistu, kiekvienas gydymo ar diagnostikos žingsnis suteikia galimybę atsirasti klaidoms ir nepageidaujamiems įvykiams.⁵ Visuomenės domėjimasis medicinos pažanga daro spaudimą medikams, o sveikatos priežiūros specialistų klaidos, nepakankamas dėmesingumas nėra toleruojamas. Dėl klaidų gydymo metu yra kaltinami gydytojai ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai, medikams dažnu atveju tenka gintis teismuose. Todėl teigiama, kad pacientų žalos atlyginimo teisinis reglamentavimas netinkamas, nors ir nėra jokių įrodymų apie reglamentavimo įtaką profesiniam elgesiui ar gydymo praktikai.⁶ Pacientų patirtos žalos sveikatai atlyginimo politikos įgyvendinimas, įtvirtintas LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme, probleminis dar ir dėl to, kad įgyvendinant šią politiką yra supriešinami pacientai su medikais, kurie teisminių procedūrų metu atsako civiline tvarka. Šis dviejų pusių supriešinimas lemia problemas visoje sveikatos sistemoje: nukenčia gydymo kokybė, gydytojai nėra linkę fiksuoti gydymo metu padarytų klaidų, nepageidaujamų įvykių, yra skatinama gynybinė medicina, kuri yra suprantama kaip ydingas reiškinys sveikatos apsaugos sistemoje, kuomet gydytojo dėmesio centre yra ne paciento sveikata, tačiau pastangos išvengti teisinio persekiojimo dėl žalos paciento sveikatai.⁷ Pacientai taip pat neturi pakankamai galimybių reikalauti, kad jų sveikatai padaryta žala būtų atlyginta.

Lietuvoje pastaraisiais metais pastebima vis daugiau diskusijų, susijusių su pacientų patirtos žalos atlyginimo tema, teisiniu jos reglamentavimu. Ši tema aktuali tiek medikams, kurių darbui pacientų žalos atlyginimo klausimai daro tiesioginę įtaką, tiek pacientams ir jų artimiesiems, kurie, siekdami aukščiausio savo sveikatos lygio, tikisi profesionalių gydymo paslaugų, o patyrus sveikatos sutrikdymų dėl medikų kaltės, susiduria su ilgu ir brangiu gydytojo kaltės įrodinėjimo procesu, o

⁵ Page, W. David, *The laparoscopic surgery revolution: finding a capable surgeon in a rapidly advancing field*, Prager, 2017, 46.

⁶ Quick O. *A scoping study on the effects of health professional regulation on those regulated: final report submitted to the Council for Healthcare Regulatory Excellence*. 2011, prieiga internete <<https://www.professionalstandards.org.uk/docs/default-source/publications/research-paper/study-on-the-effects-of-health-professional-regulation-on-those-regulated-2011.pdf>>. Žiūrėta 2018 02 10

⁷ Labanauskas L., Justickis V., Sivakovaitė A. *Istatymo įvykdymas. šiuolaikinė gydytojo atsakomybės didinimo tendencija*. Socialinių mokslų studijos. 2010, 4(8), 89.

patirtą žalą ne visada lengva įrodyti. Dėl finansinės naudos pacientų žalos atlyginimo politika aktuali įstaigų draudimo įmonėms bei teisininkams. Pacientų žalos atlyginimo politikos klausimai aktualūs atskiroms interesų grupėms ir pacientų žalos atlyginimo politiką formuojančioms institucijoms.

Dėl anksčiau minėto pacientų žalos atlyginimo politikos problemiško ir didelio visuomenės suinteresuotumo, svarbu iširti Lietuvoje suformuotą pacientų teisių žalos atlyginimo politiką, kokios išryškėja šios politikos problemos tam, kad gilesnių studijų pagalba būtų galima rasti sprendimus, kaip šią politiką ir jos įgyvendinimą būtų efektyvu keisti, kokiais būdais būtų galima ją patobulinti.

Apie pacientų žalos atlyginimo politikos klausimų aktualumą parodo ir š.m. birželio mėnesį Sveikatos apsaugos ministerijos užregistruotas LR PTŽSAĮ pakeitimo projektas, kurio pakeistas variantas atnaujintas ir užregistruotas š.m. spalio mėn. Jeigu Seime šis įstatymo projektas bus patvirtintas, tai šis įstatymas iš esmės pakeis pacientų žalos atlyginimo modelį Lietuvoje, įteisindamas pacientų žalos atlyginimą „be kaltės“.

Tyrimų apžvalga. Tyrimui atlikti buvo naudojami įvairūs mokslinės literatūros šaltiniai, teisės aktai, buvo remiamasi teismų praktika, sociologinių tyrimų rezultatais, bei ekspertų tyrimais. Paciento teisių reglamentavimas buvo analizuojamas L. Markausko⁸ T. Birmontienės⁹, ir J. Juškevičiaus¹⁰ moksliniuose straipsniuose. 2001 m. Bioetikos draugija ir Pilietinių iniciatyvų centras atliko kokybinį sociologinį tyrimą,¹¹ tai buvo vienas iš pirmųjų projektų, po 1996 metais PTŽĮ įstatyme įtvirtinto pacientų patirtos žalos politikos įgyvendinimo, kuriuo buvo siekiama sociologinio tyrimo pagalba iširti įvairių visuomenės grupių nuomonę apie pacientų teisių būklę Lietuvoje. Vėliau paciento teises į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą ir žalos sveikatai atlyginimą daktaro disertacijoje tyrinėjo D. Brogienė¹², M.Morkūnaitė tyrė pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo be kaltės modelį ir jo pritaikymą Lietuvai,¹³ taip pat teisminį pacientų patirtos žalos atlyginimo modelį.¹⁴ J. Juškevičius ir A.

⁸ Markauskas L., *Konstitucinė teisė į nemokamą gydymą: interpretavimo problemos*. *Jurisprudencija*. 64(56); 132-139.

⁹ Birmontienė T., *Pacientų teisės Lietuvoje ir Europos žmogaus teisių konvencija*. Vilnius: Teisės reforma Lietuvoje ir Lenkijoje ir Žmogaus teisių konvencija. 1999, 139-155; T. Birmontienė, *The influence of the Rulings of the Constitutional Court on the Development of Health Law in Lithuania*. *European Journal of Health Law*. 2007, 14: 1-13; T. Birmontienė, *Sveikatos teisės doktrinos problemos*. *Justitia*. 1997, 6: 11-13; T. Birmontienė, *Sveikatos teisės problemos Lietuvoje*. *Medicina*. Kaunas, 1997, 11-16. T. Birmontienė, *Sveikatos teisė ir Lietuvos teisės reforma. Lietuvos valstybingumo teisinės problemos. Pirmojo pasaulinio lietuvių teisininkų kongreso straipsnių ir tezių rinkinys*. Vilnius, 1993, 105-112; T. Birmontienė, *Sveikatos teisės konstituciniai principai. Naujų teisės šakų kūrimosi problemos. Lietuvos teisės kūrimo principai*. Vilnius, 1995, 70 – 75.

¹⁰ Juškevičius J., *Teisės principų taikymas norminant sveikatos priežiūros sritį*. *Jurisprudencija*. 2008, 12(114): 7-18.

¹¹ Projekto „Pacientų teisės Lietuvoje: Situacijos analizė ir visuomenės aktyvinimas“ Medžiaga, projekto koordinatorius „Bioetikos draugija“ 2002.

¹² Brogienė D., *Paciento teisės į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą ir žalos sveikatai atlyginimą*, Daktaro disertacija, 2010, Vilnius, prieiga internete <<http://talpykla.elaba.lt/elaba-fedora/objects/elaba:1936927/datastreams/MAIN/content>>, Žiūrėta 2017 08 14

¹³ Morkūnaitė M., *Pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo be kaltės modelis*, ISSN 2424-6050 (Online) ISSN 1392-1274 (Print). TEISĖ 2017 102, prieiga internete <<http://www.zurnalai.vu.lt/teise/article/view/10522/8878>>, Žiūrėta 2018 09 10.

¹⁴ Morkūnaitė M., *Teisminis pacientų patirtos žalos atlyginimo modelis*, ISSN 2424-6050 (Online) ISSN 1392-1274 (Print). TEISĖ 2017 103.

Rudzinskas tyrė sveikatos priežiūros įstaigų ir gydytojų civilinę atsakomybę dėl pacientų žalos atlyginimo.¹⁵ Paciento teisių pažeidimų Lietuvoje nagrinėjimą tyrė M. Sriubas.¹⁶ Apie specialiąsias pacientams padarytos žalos atlyginimo sistemas išsamiai rašoma šių užsienio autorių darbuose: A. Kachalia¹⁷, P. Danzon¹⁸, M. Bismark¹⁹ ir kitų.

Lietuvoje yra nemažai atlikta mokslinių tyrimų, kurie nagrinėja sveikatos politikos problemas, tačiau tyrimų, skirtų išsamiam pacientų patirtos žalos atlyginimo politikos probleminių aspektų nagrinėjimui, trūksta – politikai ir įtaką darančios institucijos dažnai nesutaria dėl pacientų patirtos žalos atlyginimo formavimo, o kartu ir dėl Lietuvos Respublikos pacientų teisės ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo klausimų.

Tyrimo objektas – pacientų patirtos žalos sveikatai atlyginimo politika.

Tyrimo tikslas – ištirti pacientų patirtos žalos atlyginimo politikos problemas.

Uždaviniai:

1. Apžvelgti, kaip įgyvendinama pacientų žalos atlyginimo „be kaltės“ politika kitose šalyse.
2. Aptarti pacientų žalos atlyginimo politikos formavimą ir įgyvendinimą Lietuvoje.
3. Išanalizuoti, kokios yra siūlomoms pacientų patirtos žalos atlyginimo politikos alternatyvos Lietuvoje.
4. Ištirti, kokias pacientų žalos atlyginimo politikos problemas išskiria ekspertai.

Tyrimo metodika. Darbe atlikta literatūros šaltinių, mokslinių straipsnių teisės aktų bei kitų dokumentų analizė, kuri apima pacientų žalos politikos formavimą ir įgyvendinimą. Siekiant išsiaiškinti pacientų žalos atlyginimo politikos problemas Lietuvoje, buvo atliktas kokybinis tyrimas, kurį atliekant buvo taikytas pusiau struktūruoto interviu metodas. Tyrimo informantais buvo pasirinkti ekspertai, kurie savo darbe susiduria su pacientų žalos atlyginimo politikos klausimais. Tai ilgus metus dirbantys vyr. gydytojai, asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovai, asmens sveikatos priežiūros

¹⁵ Juškevičius J. ir Rudzinskas A., *Civilinės atsakomybės už netinkamą sveikatos priežiūros ir paslaugų teikimą taikymo Lietuvoje ir Italijoje ypatumai*, Jurisprudencija, 2018, 73-81.

¹⁶ Sriubas M., *Paciento teisių pažeidimų nagrinėjimas Lietuvoje*, ISSN 1392-1592, Teisės problemos, 2010. Nr. 1 (67)

¹⁷ Kachalia A., *Beyond Negligence: Avoidability and Medical Injury Compensation*. *Social Science & Medicine*. 2008, 66(2): 387-402.

¹⁸ Danzon P., *The Swedish Patient Compensation System. Lessons for the United States*. *The Journal of Legal Medicine*. 1994, 15: 199-247; P. Danzon, *Liability for Medical Malpractice. Handbook of Health Economics*. Volume 1. Amsterdam: Elsevier. 2000, 5(3): 1394-1404; P. Danzón, *The Swedish Patient Compensation System: Myths and Realities*. *International Review of Law and Economics*. 1994. 14: 453-466; P. Danzon., *The Swedish Patient Compensation System. Lessons for the United States*. *The Journal of Legal Medicine*. 1994, 15: 199-247.

¹⁹ Bismark M., Paterson, R. *No-Fault Compensation in New Zealand: Harmonizing Injury Compensation, Provider Accountability, and Patient Safety*. *Health Affairs*. 2006, 25(1): 278-283; M. Bismark, et al. *Claiming Behavior in a No-Fault System of Medical Injury: a Descriptive Analysis of Claimants and Non – Claimants*. *The Medical Journal of Australia*. 2006, 185 (4):203-217.

įstaigų teisininkai. Su informantų sutikimu, interviu buvo įrašinėjami diktofonu, o vėliau įrašai transkribuoti ir atlikta kokybinė turinio analizė. Toks analizės būdas leido įvairiapusiškai įvertinti išskiriamas pacientų žalos atlyginimo politikos problemas Lietuvoje, įvertinti pacientų žalos sveikatai atlyginimo politikos pokyčių svarbą.

Darbo struktūra. Darbą „Pacientų žalos atlyginimo politika Lietuvoje“, sudaro paveikslų, priedų, lentelių, sąvokų ir santraukų sąrašai, turinys, įvadas, keturi skyriai, išvados, rekomendacijos, literatūros sąrašas, santrauka ir anotacija lietuvių ir anglų kalbomis bei magistro darbo priedai.

Pirmajame skyriuje analizuojama pacientų žalos samprata, sveikatos reikšmė pacientų žalos atlyginimo politikai, taip pat analizuojama užsienio šalių patirtis, įgyvendinant alternatyvias pacientų žalos atlyginimo politikas, panašias į tokias, kokios yra siūlomos įgyvendinti ir Lietuvoje.

Antrame magistro darbo skyriuje aprašomas pacientų žalos atlyginimo politikos formavimas, pacientų žalos atlyginimo tvarka, Lietuvos teismų praktika analizuojant pacientų patirtos žalos sveikatai atlyginimo bylas, taip pat antrame darbo skyriuje yra aprašomos pacientų žalos atlyginimo alternatyvos Lietuvoje bei naujausi bandymai keisti pacientų žalos atlyginimo politiką.

Trečiame skyriuje yra aprašoma empirinio tyrimo metodologija, tyrimo organizavimas ir etiniai principai: klausimyno sudarymas, informantų pasirinkimas, pasiruošimas interviu, aprašytas gautų duomenų apdorojimas ir analizė, šiame skyriuje taip pat aprašytos problemos, su kuriomis susidūrė tyrėjas.

Ketvirtame skyriuje yra pristatomi tyrimo rezultatai, atliekama tyrimo metu gautų duomenų analizė.

Darbo apimtis. Magistro baigiamąjį darbą sudaro 82 puslapiai (be priedų), jame yra 11 lentelių, 1 paveikslas, panaudoti 72 literatūros šaltiniai.

1. PACIENTŲ PATIRTOS ŽALOS ATLYGINIMO POLITIKA

1.1. Sveikatos samprata ir jos reikšmė pacientų patirtos žalos atlyginimo politikai

Kiekvienos politikos formavimas sveikatos politikos srityje – glaudžiai susijęs su sveikatos samprata. Lietuvos Respublikos Sveikatos įstatyme sveikatos sąvoka apibrėžiama labai plačiai. Įstatyme rašoma, kad Lietuvos Respublikos Seimas, pasirašydamas šį įstatymą, pripažįsta, kad gyventojų sveikata – tai pati didžiausia visuomenės ekonominė ir socialinė vertybė.²⁰ Įstatyme taip pat sakoma, kad „sveikata - tai ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimas, bet ir fizinė, dvasinė bei socialinė žmonių gerovė“²¹. Kad sveikata yra daugiau nei fizinė būklė, pasisako ir Pasaulio sveikatos organizacija (toliau – PSO)²². PSO konstitucijoje taip pat teigiama, kad sveikata yra tiek fizinė, tiek psichikos ir socialinė gerovė, o ne tik ligų ir negalios nebuvimas“²³. Remiantis PSO deklaracijomis bei LR įstatymais, kurie apibrėžia sveikatos sąvoką, galima daryti prielaidą, kad tiek Lietuvos sveikatos politikos, tiek Jungtinių Tautų mastu, sveikata yra suvokiama kaip individo ir visos visuomenės vertybė, kuri lemia daugelį žmogaus ir visos valstybės gerovės aspektų, kadangi pastebima, kad įgyvendinant pacientų patirtos žalos atlyginimo politiką išryškėja probleminiai aspektai, kurie turi tiesioginės įtakos pacientų sveikatai, formuojant politiką, svarbu suvokti žmogaus ir visuomenės sveikatos politinę svarbą.

Dėl ypatingos sveikatos reikšmės visuomenės ir šalies vystymuisi, siekis aukščiausio galimo savo sveikatos lygio turėtų būti kiekvieno žmogaus asmeninis tikslas, o valstybiniu lygiu – kiekvieno racionalaus politiko siekis. Tam, kad būtų sudarytos palankios sąlygos siekti aukščiausio visuomenės sveikatos lygio, svarbu sudaryti palankias sąlygas ir kitose politikos srityse, kadangi jos daro tiesioginę įtaką žmogaus sveikatai. Remiantis LR Sveikatos įstatyme deklaruotais sveikatą lemiančiais veiksniais, galima teigti, kad kelti visuomenės sveikatos lygį galima šiomis priemonėmis: sudarant sąlygas stabiliai ekonominei raidai, sudarant palankias sąlygas visuomenės socialiniam saugumui, švietimo garantijoms, gyventojų užimtumo gerinimui ir jų pakankamoms pajamoms, aprūpinimui būstu, taip pat gerinant sąlygas sveikatos priežiūros priimtinumui ir prieinamumui didinti, užtikrinant palankias žmogaus sveikatai darbo sąlygas, kokybiškos mitybos galimybes, svarbu paminėti, jog politikai ir sveikatos politiką formuojančios įstaigos turėtų siekti aplinkosaugos problemų efektyvesnių

²⁰ LR Sveikatos sistemos įstatymas, Valstybės žinios 1994, 63-1231.

²¹ Ten pat.

²² Pasaulio sveikatos organizacija, *Sveikatą stiprinkime kartu*, Pasaulio sveikatos organizacijos atstovybė Lietuvoje, 2009 m., Vilnius, 4.

²³ Pasaulio sveikatos organizacijos konstitucija, 1, prieiga internete

http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf Žiūrėta 2017 12 11.

sprendimų ir t.t.²⁴ Toks požiūris į sveikatos stiprinimą, kuomet sveikata – suvokiama plačiąja prasme – atspindi į visuomenę orientuotą sveikatos politiką.

Įprastai sveikata kasdienėje kalboje suvokiama siauresne prasme ir įvardijama kaip gera fizine būklė. Politinėje – kaip visuomenės gerovės pagrindas. Teisinėje kategorijoje sveikatos sąvoka suvokiama kaip neturtinė asmeninė vertybė. Šios vertybės apsaugai skiriamas ypatingas dėmesys.²⁵ PTŽSAĮ Lietuvoje įteisindamas paciento teisę į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, siekiant aukščiausio paciento sveikatos lygio, suteikė teisę pacientams ir į patirtos žalos atlyginimą dėl sveikatos priežiūros įstaigos ar jos darbuotojų kaltės.

Dėl asmens ir visuomenės sveikatos svarbos, o kartu ir su ja susijusios sveikatos priežiūros ypatingos reikšmės, yra iškelti ypatingai aukšti reikalavimai gydytojo profesijai ir kartu sveikatos priežiūros įstaigoms. Dėl sveikatos svarbos kiekvieno gyvenime, yra būtina garantuoti tinkamą gydymo, sveikatos priežiūros paslaugų teikimą visuomenei. Sveikatos reikšmė, formuojant kiekvieną sveikatos politikos sritį – fundamentali sąvoka, pagal kurią gali būti keliami formuojamos politikos reikalavimai.

1.2. Pacientų žalos samprata

Žala – tai nukentėjusiojo turtinio ar kitokio intereso pažeidimas, t.y. nukentėjusiojo turtiniai ar kitokie praradimai, dėl kurių nukenčia jo turtinė padėtis arba padaromas neigiamas poveikis neturtiniams interesams.²⁶ Atlygintina žala – „pakenkimas paciento sveikatai, jo sužalojimas ar mirtis, atsiradę dėl sveikatos priežiūros paslaugas teikusio asmens neteisėtos kaltos veikos“.²⁷ Pagal civilinį kodeksą, žala yra asmens turto netekimas arba sužalojimas, turėtos išlaidos, kurios įvardijamos kaip tiesioginiai nuostoliai, taip pat ir negautos pajamos, kurias asmuo būtų gavęs, jeigu nebūtų buvę neteisėtų veiksmų. Pagal LR CK, piniginei žalos išraiška yra nuostoliai. Jeigu šalis nuostolių dydžio negali tiksliai įrodyti, tai jų dydį nustato teismas.²⁸ Žala asmens sveikatai, kuri yra suvokiama kaip didžiausia ekonominė ir socialinė vertybė, yra vertinama kaip paciento patirta žala, kuomet yra sutrikdyta jo sveikata, yra priskiriama prie neturtinės žalos rūšies. Neturtine žala yra laikomas asmens fizinis skausmas, dvasiniai išgyvenimai, nepatogumai, dvasinis sukrėtimas, emocinė depresija,

²⁴ Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, Valstybės žinios, 1996, Nr. 102-2317.

²⁵ Lietuvos Respublikos civilinio kodekso komentaras. *Pirmoji knyga*. Bendrosios nuostatos, Vilnius, Justitia, 2001.

²⁶ Mikelėnas, V., et al., Lietuvos Respublikos Civilinio Kodekso komentaras. Šeštoji knyga. Prievolių teisė (1). Vilnius: Justitia, 2003, 342.

²⁷ Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, Valstybės žinios, 1996, Nr. 102-2317, 2 str.

²⁸ Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas, šeštoji knyga. Prievolių teisė. 6.249 str.

pažeminimas, reputacijos pablogėjimas, bendravimo galimybių sumažėjimas ir kita.²⁹ Išryškėja dvi žalos rūšys: turtinė ir neturtinė.

Asmens žalos, tiek turtinės, tiek moralinės atlyginimą numato ir LR Konstitucija – žalos atlyginimą nustato įstatymas.³⁰ Pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymas numato žalos atlyginimą pacientams „pacientas turi teisę į žalos, padarytos pažeidus jo teises teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, atlyginimą. Žalos atlyginimo sąlygos ir tvarka nustatyta LR PTŽSA įstatymo V skyriuje, Civiliniame kodekse, Draudimo įstatyme ir kituose teisės aktuose.“³¹ Šie dokumentai yra pagrindiniai žalos atlyginimo pacientams įgyvendinamos politikos šaltiniai.

1.3. Pacientų žalos atlyginimo politika kitose šalyse

Pasaulyje, siekiant užtikrinti pacientų patirtos žalos atlyginimą ir turėti tvarias sveikatos priežiūros paslaugų sistemas, šalys kartu įgyvendina ir tam tikras pacientų žalos atlyginimo politikas. Dėl skirtingai suformuotų politikų, pastebimi ir skirtingi žalos atlyginimo modeliai: teisminiai arba administraciniai, kurie dažnai dar vadinami žalos atlyginimo „be kaltės“ modeliais. Lietuvoje šiuo metu įgyvendinamas teisminis žalos atlyginimo modelis, tačiau medikai, Sveikatos apsaugos ministerija, kai kurie politikai ir kitos suinteresuotosios grupės aktyviai kelia klausimą dėl pacientų žalos atlyginimo politikos pokyčio reikalingumo, todėl tiriant šį klausimą Lietuvoje, svarbu pasidomėti, kaip kitos šalys sprendė teismo modelio įgyvendinimo problemas, kokią pacientų žalos atlyginimo sistemą pasirinko, kaip ji veikia, kaip ji yra finansuojama, kaip būtų galima pritaikyti kitų šalių jau turimus modelius Lietuvoje.

Naujoji Zelandija – tai šalis, kurios pacientų patirtos žalos atlyginimo modelis smarkiai skiriasi nuo lietuviškojo, nes čia yra įtvirtintas žalos atlyginimo „be kaltės“ modelis. N. Zelandijoje buvo suvokiama, kad kompensavimas už pacientų patirtą žalą, pagrįstas individualiu kaltės įrodymo principu, yra neveiksmingas, todėl buvo nuspręsta, kad turėtų būti bendruomeninė atsakomybė.³² Naujosios Zelandijos Parlamento Generalinė Asamblėja 1974 metais patvirtino 1972 metais išleistą žalos atlyginimo akto (angl. An Act to amend the Accident Compensation Act 1972) pakeitimą, kuriuo įtvirtino žalos atlyginimo „be kaltės“ modelį ir tapo pirmąja šalimi pasaulyje, kuri turi tokią žalos kompensavimo sistemą.³³ Šios sistemos veikimui buvo įsteigtas įvykių kompensavimo fondas.³⁴

²⁹ Ten pat, 250 str. 1 dalis.

³⁰ LR Konstitucija, 30 str., 2 dalis.

³¹ Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, Valstybės žinios, 1996, Nr. 102-2317, 13 str.

³² Michelle M. Mello, M. Allen Kachalia, David M. Studdert, *Issues in international health policy*, Commonwealth fund, 2011, Vol 14, prieiga internete << <https://pdfs.semanticscholar.org/35ff/6ad98d169a374417e2f6e50d54c61941abd5.pdf> >> Žiūrėta 2018 01 15

³³ Accident Compensation Amendment 1974, No. 71, prieiga internete

<< http://www.nzlii.org/nz/legis/hist_act/aca19741974n71311.pdf >> Žiūrėta 2018 01 05

Kadangi įtvirtinus naują žalos atlyginimo modelį pacientai, kol nepasinaudoja galimybe gauti kompensaciją už patirtą žalą žalos atlyginimo „be kaltės“ modelio pagalba, negali kreiptis į teismą dėl civilinės atsakomybės taikymo, pacientų, kurie kreipėsi į teismą skaičius ženkliai sumažėjo.³⁵ Tokia žalos atlyginimo sistema prisideda prie veiksmų, gerinančių socialines garantijas susižalojimo ar ligos atvejais. Ši sistema apima ne tik medikų padarytas klaidas, bet ir nelaimingus, nepageidaujamus įvykius asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, sunkius sužalojimų atvejus bei sveikatos vadybininkų padarytas klaidas. Naujosios Zelandijos žalos dėl nelaimingų atsitikimų atlyginimo įstatyme yra įtvirtintos patirtos žalos kompensavimo sąlygos ir sumos už atskirus nelaimingus įvykius ir patirtą žalą, kompensuojama ir patirta neturtinė žala iki 10 tūkstančių dolerių. Tyrimais įrodyta, kad ši sistema Naujojoje Zelandijoje garantuoja patirtų nuotolių kompensavimą ir galimybes reabilituotis.³⁶ Žala gali būti atlyginama ir pasiūlius pacientui reabilitacijos paslaugas. Pažymėtina, kad apie trečdalis sveikatos priežiūros įstaigų N. Zelandijoje naudojami privatus civilinio draudimo sistema.³⁷ Naujosios Zelandijos sistema užtikrina, kad gydytojai nebūtų kaltinami dėl padarytos žalos pacientų sveikatai. Gydytojai čia moka medicininės apsaugos mokesčius, kurie per metus sudaro 790 svarų sterlingų.³⁸ Taigi, lyginant su Lietuvoje siūlyta žalos „be kaltės“ modelio sistema, toks gydytojų mokeskis kaip Naujojoje Zelandijoje, Lietuvoje siūlytas nebuvo, o kadangi diskusijose dėl tokio modelio taikymo Lietuvoje, gana svarbus klausimas buvo finansavimas, neiškūs jo šaltiniai, tokio mokesčio Lietuvoje įvedimas galėtų būti vienas iš siūlymų. Tačiau svarbu paminėti, kad vidutinis mediko darbo užmokeskis itin žemas, dėl to taip pat vyksta aršios diskusijos tarp medikų ir politikų, todėl tokio mokesčio įvedimas atneštų dar daugiau sumaišties, jis susilauktų didelio medikų pasipriešinimo, nebent būtų rasta būdų ženkliam darbo užmokesčio didinimui.

Naujajai Zelandijai pradėjus taikyti žalos atlyginimo be kaltės modelį, netrukus, jau 1975 metais **Švedijoje**, siekiant pacientų patirtos žalos atlyginimo efektyvumo, pradėtas taikyti liberalesnis žalos atlyginimo modelis, kuomet, buvo priimtas Pacientų draudimo įstatymas (ang. Patient injury Act). Priėmus šį įstatymą Švedijoje visos gydymo įstaigos pradėjo drausti pacientus, nes sveikatos priežiūros įstaigos prisiėmė atsakomybę už pacientų patirtos žalos atlyginimą. To pasekoje, pacientai, kurių sveikatai buvo padaryta žala, paprastesne tvarka gauna kompensacijas iš Pacientų draudimo fondo.

³⁴ Michelle M. Mello, M. Allen Kachalia, David M. Studdert, *Issues in international health policy*, Commonwealth fund, 2011, Vol 14, prieiga internete << <https://pdfs.semanticscholar.org/35ff/6ad98d169a374417e2f6e50d54c61941abd5.pdf>>> Žiūrėta 2018 01 15

³⁵ Bismark M., Brennan T., Davis P., Studdert D., *Claiming behaviour in a no-fault system of medical injury: a descriptive analysis of claimants and non-claimants*. *Med J Aust.* 2006;185(4):203-207.

³⁶ Davis P., Lay-Yee R., Scott A., Briant R., Schug S., *Acknowledgement of “no fault” medical injury: review of patients’ hospital records in New Zealand*. *BMJ* 2003;326:79-80.

³⁷ Michelle M. Mello, M. Allen Kachalia, David M. Studdert, *Issues in international health policy*, Commonwealth fund, 2011, Vol 14, prieiga internete << <https://pdfs.semanticscholar.org/35ff/6ad98d169a374417e2f6e50d54c61941abd5.pdf>>> Žiūrėta 2018 01 16

³⁸ Katherinne A Wallis, No-fault, no difference: no fault compensation for medical injury and healthcare ethics and practice, 2017, prieiga internete << <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5198606/>> Žiūrėta 2018 04 15

Iš Pacientų draudimo fondo Švedijoje kompensacija pacientui gali būti mokama šiais atvejais:

- jeigu pacientas patyrė sužalojimų ar kitų sveikatos sutrikimų, kuriems buvo galima užkirsti kelią;
- jei gydymo metu pacientas buvo infekuotas;
- pacientas patyrė nepageidaujamą įvykį gydymo metu/ odontologinio gydymo metu;
- jeigu gydytojas paskyrė pacientui netinkamą vaistą;
- jeigu pacientui buvo diagnozuota neteisinga ligos diagnozė;
- jeigu gydant pacientą buvo naudojama netinkama medicinos ar stomatologijos įranga;
- jeigu pacientas dėl patirtos žalos gydymo įstaigoje prarado pajamas ar patyrė papildomas išlaidas;
- jeigu pacientas dėl netinkamo gydymo ar kitų sąlygų patyrė skausmą ir kančias;
- jeigu pacientas patyrė negrįžtamų sužalojimų, pavyzdžiui, tokių kaip negalia.³⁹

Švedijoje nėra vienintelio žalos atlyginimo modelio. Čia abu modeliai veikia greta: tiek žalos atlyginimo be kaltės modelis, tiek yra palikta teisė ir kreiptis į teisimą (angl. health court).⁴⁰ Švedijoje žalos atlyginimo „be kaltės“ modelis laikomas vienu iš „gerovės valstybės“ prioritetų, jam skiriamas finansavimas, to pasekoje ir nukentėję pacientai noriai naudojami šia sistema, nes ji efektyvi, paprasta, priimtina ir suprantama žmogui.⁴¹

Toks žalos atlyginimo modelis Švedijoje leidžia paprastesne, greitesne tvarka atlyginti žalą patirtą gydymo įstaigoje ir žalą, patirtą dėl lankymosi gydymo įstaigoje, t.y. dėl medikų ar kito gydymo įstaigos personalo padarytų klaidų. Dėl šio modelio žalos atlyginimo procesas ne tik greitesnis, bet ir kompensacijos yra išmokamos dažnesniu atveju. Pavyzdžiui, Švedijoje 2011 metais apie 45 proc. pacientų, kurie kreipėsi dėl sveikatai padarytos žalos atlyginimo pagal žalos atlyginimo įstatymą, gavo kompensacijas.⁴² Pabrėžtina, kad Švedijoje gali būti kompensuojama ir neturtinė žala.

Švedija ypatinga tuo, kad šalyje veikia daugiau kaip 100 įvairių, pacientų teises atstovaujančių organizacijų.⁴³ Tai leidžia daryti prielaidą, kad įvairios interesų grupės turi galimybę veikti per šias organizacijas ir daryti įtaką politikų priimamiems sprendimams, ypač, kai daugiausia sprendimų dėl sveikatos priežiūros ir sveikatos politikos yra priimami apskrityse.⁴⁴ Didžiausia pacientų teises Švedijoje atstovaujanti organizacija turi 60 tūkstančių narių,⁴⁵ jos įtaka politiniams sprendimams – didžiulė. Pacientų teisių ir žalos atlyginimo atvejais, kuomet yra skirstomas apskrities biudžetas

³⁹ Anders Anell, Anna H.Glenngard and Sherry M. Merkur, *Sweden: health system review*, 2012 m. 46. Prieiga internete <[http://eprints.lse.ac.uk/43952/1/Sweden%20health%20system%20review%20\(1sero\).pdf](http://eprints.lse.ac.uk/43952/1/Sweden%20health%20system%20review%20(1sero).pdf)> Žiūrėta 2018 03 05.

⁴⁰ Jocelyn Bogdan, *Medical Malpractice in Sweden and New Zeland: Should Their Systems Be Replicated Here?*, Center for Justice Democracy, 2011.

⁴¹ Ten pat.

⁴² Ten pat, 47.

⁴³ Ten pat, 72-188.

⁴⁴ Ten pat.

⁴⁵ Ten pat.

kompensacijoms už patirtą žalą, veikia ir suinteresuotosios šalys. Nors, pasak Virdeborn, pacientų teises atstovaujančių organizacijų tikslas – ginti savo narių interesus.⁴⁶ Tačiau verta paminėti, kad esant tokiam dideliame suinteresuotų organizacijų skaičiui, yra atvira niša per šias organizacijas veikti ir interesų grupėms, turinčioms ir kitų siekių. Apibendrinant, Švedija gali žalos atlyginimo modelį taikyti pasirinktinai – čia pacientai gali kreiptis tiek į Komisiją, kuri nagrinėja žalos atlyginimo skundus, tiek į teismą. Komisija veikia vertindama skundus pagal pagrindinį žalos išvengiamumo kriterijų, kuris reiškia, kad žala yra atlyginama tais atvejais, kai jos buvo galima išvengti, Komisija atlygina didžiąją dalį žalų, o ieškinių teismui Švedijoje mažėja, nes priimtumo kriterijai teismo ieškiniui yra gana sudėtingi.

Danijos medicininių įvykių žalos kompensavimo įstatymas priimtas 1992 – aisiais ir jis labai panašus į Švedijos Pacientų draudimo įstatymą, priimtą 1975 – aisiais.⁴⁷ Jis buvo pradėtas svarstyti, remiantis Švedijos patirtimi. Panašios problemos, kurios buvo keliamos Švedijoje, buvo įvardijamos ir Danijoje.

Nuo 1987 m. gegužės 1 d. Suomijoje veikia draudimo sistema, pagal kurią kompensuojama pacientui už sveikatai padarytą žalą pagal patį žalos faktą, kuris atsirado pacientui teikiant sveikatos priežiūros paslaugas tiek privačiose, tiek viešose įstaigose. Suomijoje pacientai yra draudžiami gydymo įstaigų ir gydytojų lėšomis.⁴⁸ Nors pacientai skundus gali teikti sveikatos priežiūros įstaigoms, šiuos skundus nagrinėja pacientų draudimo centras.

Suomijoje visos sveikatos priežiūros įstaigos privalomai turi būti apdraustos dėl pacientų žalos atlyginimo. Suomijos pacientų draudimo centras yra atsakingas už šios sistemos reikalavimus. Čia yra fiksuojama apie 7000 atvejų per metus, kuomet pacientai kreipiasi dėl žalos atlyginimo iš kurių apie 2000 pacientams būna kompensuojami.⁴⁹ Pacientų draudimo centrą prižiūri nepriklausoma pacientų žalos atlyginimo komisija, sudaryta Suomijos Sveikatos apsaugos ministerijos.

Verta paminėti, kad Suomijoje gerai pritaikytas ir nekaltumo principas.⁵⁰ Šis principas reiškia, kad vertinant skundus yra vertinama, ar žala atsirado nuo netyčinės veikos. Dėl paciento patirtos žalos medikai Suomijoje yra rečiau kaltinami, čia taip pat mažiau pastebima pacientų ir medikų santykių problematika.

Prancūzijoje veikia dviguba pacientų žalos atlyginimo sistema nuo 2002 – ujų metų. Žalos atlyginimo „be kaltės“ modelis taikomas sunkiems, nenumatytiems atvejams, medicininėms traumoms,

⁴⁶ Ten pat.

⁴⁷ Michelle M. Mello, M. Allen Kachalia, David M. Studdert, *Issues in international health policy*, Commonwealth fund, 2011, Vol 14, prieiga internete << <https://pdfs.semanticscholar.org/35ff/6ad98d169a374417e2f6e50d54c61941abd5.pdf>>> . Žiūrėta 2018 01 16

⁴⁸ Komitetas Nacionalinei pacientų saugos platformai parengti. Nacionalinė pacientų saugos platforma, 2010– 2014 m. Prieiga internete: <<http://www.vaspvt.gov.lt/node/135>>, žiūrėta 2018 09 10.

⁴⁹ Hirvensalo E., Legislation covering medical malpractice in Finland, 2018, prieiga internete <https://online.boneandjoint.org.uk/doi/abs/10.1302/0301-620X.88BSUPP_I.0880013c>, žiūrėta 2018 09 27.

⁵⁰ Ten pat.

Prancūzijoje taip pat taikomas ir teisminis modelis, kai kaltės įrodinėjimo principas taikomas kitiems atvejams.⁵¹ Pirmuoju atveju yra vertinamas traumos rimtumas, jos nuspėjamumas, bei santykis su prieš tai buvusia paciento sveikata, šis kompensavimas yra finansuojamas iš mokestinių vyriausybės lėšų. Teismo proceso metu yra vertinama sveikatos priežiūros specialisto tyčinis veikimas arba neveikimas, žalos atlyginimą kompensuoja arba draudikai, arba sveikatos priežiūros įstaiga⁵².

Norvegijos nacionalinė sveikatos sistema yra organizuojama nacionaliniu, regioniniu ir vietos lygmeniu. Atsakomybę už sveikatos priežiūros sektorių prisiima nacionalinis lygmuo – Sveikatos apsaugos ministerija.⁵³ Žalos atlyginimo „be kaltės“ schemas Norvegijoje neoficialiai pradėta įgyvendinti jau nuo 1988 – ūjų. Oficialiai pacientų žalos atlyginimo įstatymas buvo priimtas 2001 metais ir įsigaliojo 2003 metais viešajame sektoriuje, o 2009 – ais privačiame.⁵⁴ Norvegijos patirtis įgyvendinant žalos atlyginimo „be kaltės“ politiką praktiškai kaupiama jau 20 metų.

Pacientų patirtos žalos sveikatos atlyginimui Norvegijoje buvo įkurta pacientų sužalojimų kompensavimo sistema, kuri yra įsteigta prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

Norvegijos pacientų sužalojimų kompensavimo sistema kasmet gauna daugiau kaip 6000 naujų atvejų, o vertinant šiuos skundus yra gaunama virš 8000 ekspertinių vertinimų kasmet. Pasak generalinio Norvegijos pacientų sužalojimų kompensavimo sistemos direktoriaus Rolf Gunar Jostard, siekiant kokybiško ekspertinio įvertinimo, labai svarbu, kad ekspertas būtų tos srities specialistas, su kuria yra susijęs konkretus žalos atvejis. Nors daugeliu atvejų vertinant žalos kompensavimo atvejus vyrauja vieno eksperto nuomonė, labai dažnai yra reikalingas bent kelių ekspertų įvertinimas.⁵⁵ Žinoma, bendrus medicinos dalykus gali vertinti bet kuris gydytojas, tačiau specifinius, kuomet yra atliekamos atskirų specialistų procedūros, kompetencijų ekspertiniam vertinimui turi tik toks pačios srities specialistai. Norvegijos pacientų sužalojimų kompensavimo sistemos uždavinys yra įvertinti, ar asmenys, kurie kreipiasi dėl žalos kompensavimo turi teisę į žalos kompensavimą ar ne. Taip pat pacientų sužalojimų sistema vertina ir aplinkybes, kurios yra susijusios su žalos atlyginimu, ji kiekvieną kartą atlieka ir teisinį vertinimą.⁵⁶ Tam reikia ir tam tikros ekspertų teisinės kvalifikacijos, kadangi Norvegijoje ši kompensavimo sistema yra įgaliota administruoti tam tikrą įstatymų rinkinį. Dėl kompensacijos teikiami skundai turi atitikti šiuos reikalavimus:

- Reikalavimą, kad teikiamas skundas nebūtų atidėtas;

⁵¹ Sveikatos priežiūros priemonių departamentas, *Kompensavimo „be kaltės“ schemas*, 2016, 9 psl., prieiga internete < <https://eppi.ioe.ac.uk/CMS/Portals/0/PDF%20reviews%20and%20summaries/No%20Fault%20Comp%20Schemes%202016%20Dickson.pdf> >, žiūrėta 2018 08 14

⁵² Ten pat.

⁵³ Anne Maree Farrell, Sarah Devaney, Amber Dar, No fault compensation for medical injury: a review, Teisės mokykla, Mančesterio universitetas, 49 psl, prieiga internete << <https://www.gov.scot/resource/0039/00394407.pdf>>>. Žiūrėta 2018 03 15

⁵⁴ Ten pat.

⁵⁵ Rolf Gunnar Jorstad, The Norwegian system of patient injury compensation in a successful scheme, 2017, prieiga internete << <https://tidsskriftet.no/en/2017/12/debatt/norwegian-system-patient-injury-compensation-successful-scheme>>> Žiūrėta 2018. 02 18

⁵⁶ Ten pat.

- Patirta žala turi būti susijusi su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, taip pat turi būti patirti ir finansiniai nuostoliai;
- Skundas turi būti pateiktas ne vėliau kaip per trejus metus po to, kai asmuo sužinojo apie žalos faktą.⁵⁷

Jei teikiamas skundas neatitinka šių sąlygų, pareiškėjas neturi teisės į kompensaciją.⁵⁸ Skundų ar kitokių pacientų žalos atlyginimo kompensavimo prašymų nagrinėjimas ieškovams yra nemokamas. Kaip jau anksčiau minėta, skundų dėl pacientų žalos atlyginimo Norvegijoje sulaukiama kasmet virš 6000, o per pastaruosius trejus metus kompensacijas gavo 4301 pacientas ar jo artimas giminaitis, kuris kreipėsi dėl žalos atlyginimo.⁵⁹ Tai maždaug 4,5 karto mažiau negu, kad buvo gauta skundų. Tačiau, lyginant su situacija Lietuvoje, kur vidutiniškai yra kompensuojami 34 atvejai, šie skaičiai atrodo net nepalyginami ir rodo daug didesnę žalos atlyginimo sistemos kompensavimo efektyvumą. Norvegai, kur vidutiniškai per metus yra kompensuojama 1 mlrd. Norvegijos krovų už pacientų patirtą žalą dėl sveikatos priežiūros įstaigos, savo pacientų žalos kompensavimo sistemą laiko efektyvia ir sėkminga.⁶⁰

Ieškovai, kurių prašymai dėl žalos kompensavimo atitinka nustatytus kriterijus, turi teisę gauti kompensacijas už finansinius nuostolius, kurie atsirado dėl negauto darbo užmokesčio, jeigu pacientas, patyręs žalą gydymo įstaigoje negalėjo dirbti, taip pat jei pacientas patyrė išlaidas dėl medicininio gydymo ar vaistų poreikio, taip pat finansiniu nuotoliu laikomos ir transporto ir kitos paslaugos, kurios buvo reikalingos dėl sutrikdytos sveikatos.⁶¹ Pacientas gali gauti kompensaciją iš Norvegijos pacientų sužalojimų kompensavimo fondo tuomet, kai ekspertinis medicininis tyrimas yra baigtas ir yra įrodyti finansiniai nuostoliai pagal Norvegijos žalos atlyginimo įstatymą ne mažesni nei 5000 Norvegijos kronų⁶², kas eurais sudaro apie 530 eur. Pažymėtina, kad pacientas ar jo atstovas, artimas giminaitis taip pat turi teisę į papildomą kompensaciją, jei yra įrodyta, kad dėl sužalojimo pasireiškia nuolatinio poveikio žala, tai vertinama nepriklausomai nuo to, ar buvo patirti finansiniai nuostoliai, atsižvelgiama į tai ar nesumažėjo gyvenimo kokybė.⁶³ Norvegijoje dėl žalos atlyginimo į pacientų žalos kompensavimo komisiją gali kreiptis visi pacientai, kurie patyrė žalą dėl sveikatos priežiūros įstaigoje teiktų arba nesuteiktų paslaugų, tačiau yra tam tikri kriterijai, kuomet asmuo turi

⁵⁷ Anne Maree Farrell, Sarah Devaney, Amber Dar, No fault compensation for medical injury: a review, Teisės mokykla, Mančesterio universitetas, 49 psl, prieiga internete << <https://www.gov.scot/resource/0039/00394407.pdf>>> žiūrėta 2018 03 15

⁵⁸ Rolf Gunnar Jorstad, The Norwegian system of patient injury compensation in a successful scheme, 2017, prieiga internete << <https://tidsskriftet.no/en/2017/12/debatt/norwegian-system-patient-injury-compensation-successful-scheme>>> žiūrėta 2018 02 18

⁵⁹ Ten pat.

⁶⁰ Ten pat.

⁶¹ Anne Maree Farrell, Sarah Devaney, Amber Dar, *No fault compensation for medical injury: a review*, Teisės mokykla, Mančesterio universitetas, 49 psl, prieiga internete << <https://www.gov.scot/resource/0039/00394407.pdf>>>

⁶² Ten pat.

⁶³ Ten pat.

teisę į žalos atlyginimą, pavyzdžiui, visi atvejai, kuomet žala yra nereikšmingai maža, ekspertų nuomone, asmuo neturi teisės į kompensaciją, tai yra susiję su kompensacijos dydžiu, nes kompensuotinos sumos iki 530 eurų yra nekompensuojamos, į tokių žalų kompensavimą asmuo teisės Norvegijoje neturi.

Norvegijoje pacientas, kuris patyrė žalą, arba jį atstovaujantis asmuo, artimas giminaitis, kuris turi teisę dėl žalos atlyginimo taip pat gali kreiptis ir į teismą. Tai pat jei skundą pacientų žalos kompensavimo komisijai pateikęs asmuo nesutinka su išvadomis, gali kreiptis į Pacientų žalos atlyginimo kompensavimo valdybą su apeliaciniu skundu⁶⁴, tuomet čia skundas yra nagrinėjamas iš naujo.

Žalos atlyginimo „be kaltės“ arba maišyta sistema su teisiniu modeliu kitose šalyse sėkmingai veikia jau eilę metų. Šalys turi individualias, jų kultūrai pritaikytas pacientų žalos atlyginimo sistemas. Tokios šalys kaip Naujoji Zelandija, Švedija, Suomija, Norvegija, Prancūzija, Danija, kai kurios JAV valstijos, pavyzdžiui Florida, Virdžinija galėtų būti pavyzdžiais vertinant, kaip veikia kitokios pacientų žalos atlyginimo sistemos, kaip jos buvo ir yra formuojamos, įgyvendinamos, kaip jos yra finansuojamos, administruojamos ir t.t., su kokiais privalumais ir trūkumais šalys susiduria įgyvendindamos skirtingas pacientų žalos atlyginimo politikas. Nors minėtose šalyse yra įgyvendinamas žalos atlyginimo „be kaltės“ modelis, tačiau mechanizmai, kaip pacientų patirta žala yra atlyginama, skiriasi: yra nustatyti skirtingi kriterijai, pagal kuriuos yra vertinama žala, jos buvimo faktas ir kompensacijos dydis. Taip pat skiriasi bendra naudojimosi sistema tvarka, veikimas nacionalinėse sveikatos sistemose, finansavimo šaltiniai ir atsakingos institucijos.⁶⁵ Pabrėžtina, kad formuojant naują pacientų žalos atlyginimo politiką, svarbus visuomenės, gydytojų ir kitų suinteresuotų grupių tinkamas informavimas, supažindinimas su esama situacija, visais privalumais ir trūkumais bei naujos politikos poveikio pavyzdžiais kitose šalyse, kur toks modelis jau yra įgyvendinamas. Tam, kad nauja politika veiktų tvariai, žmonės turi suvokti jos poreikį, pokyčių reikalingumą.

⁶⁴ Ten pat.

⁶⁵ Studdert D.M., Brennan T.A., *No fault compensation for medical injuries. The prospect for error prevention. Health law and ethics*, 2001, Vol 286, Number 2, 219-220.

2. PACIENTŲ PATIRTOS ŽALOS ATLYGINIMO POLITIKOS FORMAVIMAS IR ĮGYVENDINIMAS LIETUVOJE

Išsivysčiusios šalys, įgyvendindamos pacientų žalos atlyginimo politiką, ją įgyvendina per žalos atlyginimo modelius. Įgyvendinant žalos atlyginimą, išryškėja du žalos atlyginimo modeliai:

1. Teisminis modelis (angl. tort litigation);

2. Žalos atlyginimo „be kaltės“ modelis (angl. no-fault system, dar vadinama „griežta atsakomybė“, angl. strict liability).

Lietuvoje, pagal šiuo metu galiojančią pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo redakciją yra įgyvendinamas teisminis žalos atlyginimo modelis⁶⁶, kuomet turtinė ir neturtinė žala, padaryta pažeidus pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme nustatytas pacientų teises, atlyginama minėto įstatymo ir LR civilinio kodekso nustatyta tvarka.⁶⁷

LR medicinos praktikos įstatymas nedetalizuoja sankcijų dėl gydytojo profesinės atsakomybės, tačiau numato, kad gydytojas atsako LR teisės aktų nustatyta tvarka.⁶⁸ PTŽSAĮ taip pat nenumato asmens sveikatos priežiūros specialisto atsakomybės dėl pacientui padarytos žalos atlyginimo, už pacientų žalos atlyginimą yra atsakinga asmens sveikatos priežiūros įstaiga. Civilinis kodeksas numato, kad asmuo, kuris samdo darbuotojus, yra atsakingas už žalos atlyginimą, kuri atsirado dėl jo darbuotojų kaltės.⁶⁹ Remiantis, LR CK, galima teigti, kad Asmens sveikatos priežiūros įstaiga, kaip darbdavys, yra atsakinga už pacientų žalos atlyginimą, kai ši žala buvo padaryta dėl gydytojo veikimo arba neveikimo.

Paciento žalos atlyginimo klausimas yra sprendžiamas, kai yra įrodoma gydytojo profesinė civilinė atsakomybė dėl žalos atsiradimo fakto. Ir civilinės teisės teorijoje⁷⁰, ir LR CK, ir LR teismų praktikoje⁷¹ yra įtvirtintos keturios civilinės atsakomybės sąlygos:

- Neteisėti veiksmai;
- Žala;
- Priežastinis ryšys tarp žalos ir neteisėtų veiksmų;
- Kaltė.

Tik tuomet, kai yra įrodomos visos šios sąlygos, galioja civilinė atsakomybė, kaip turtinė prievolė. Kai yra nustatyti neteisėti mediko veiksmai, įrodytas žalos faktas, mediko kaltė ir priežastinis

⁶⁶ Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas (su pakeitimais ir papildymais). Valstybės žinios, 2000, Nr. 74-2262, 6.245 straipsnis.

⁶⁷ Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, Valstybės žinios 1996, Nr. 102-2317, 24 str.

⁶⁸ Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas, Valstybės žinios 1996, Nr. 102-2313, 11 str.

⁶⁹ Civilinis kodeksas, Valstybės žinios 2000, Nr. 74-2262, 6.264 str.

⁷⁰ Vasarienė D. Civilinė teisė. Paskaitų ciklas. Vilnius: Vilniaus vadybos kolegija, 2002, 213 psl.

⁷¹ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus 2013 m. lapkričio 8 d. nutartis civilinėje byloje M. V. ir A. V. v. VŠĮ Klaipėdos vaikų ligoninė ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VŠĮ Kauno klinikos, Nr. 3K-3- 553/2013, žiūrėta 2018 08 15

ryšys tarp mediko neteisėtų veiksmų ir paciento patirtos žalos, pacientas gali gauti kompensaciją.⁷² Kuomet paciento žalos atlyginimo klausimai yra sprendžiami teisiniu keliu, nors ir už pacientų patirtą žalą atsako asmens sveikatos priežiūros įstaiga, kurioje dirba medikas, yra reikalinga įrodyti mediko neteisėtus veiksmus, kurie sukėlė žalą pacientui. Galima teigti, kad mediko atsakomybė tam tikra prasme išlieka, nors teisme atsakovas yra įstaiga, kurioje jis dirba.

2.1. Pacientų žalos atlyginimo politikos formavimas

Pacientų žalos atlyginimo politika Lietuvoje pradėta formuoti atkūrus nepriklausomybę, kai remiantis PSO strategija „Sveikata visiems“⁷³ 1991 metais Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos nutarimu Nr. I-1939 buvo priimta Nacionalinė sveikatos koncepcija.⁷⁴ Čia buvo nurodytos ne tik sveikatos sistemos plėtimosi kryptys, bet ir numatytas administracinių sveikatos priežiūros santykių perėjimas prie civilinių – teisinių santykių.

Vėliau teisė į asmens sveikatos apsaugą yra įtvirtinta Lietuvos Respublikos Konstitucijoje (toliau – LR Konstitucija):

„Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką.“⁷⁵ Pagrindiniame šalies įstatyme jau prieš 26 – erius (1992 m.) metus buvo kalbama apie žmogaus teises į sveikatos apsaugą, tačiau teisė į gydymo įstaigose patiriamos žalos atlyginimą konkrečiai nebuvo įtvirtinta.

1994 metais LR Seimas priėmė Sveikatos sistemos įstatymą.⁷⁶ Juo buvo įtvirtinti pagrindiniai sveikatos santykių reguliavimo principai, valdymas, sveikatos sistemos organizacinė struktūra, sveikatinimo veikla, visuomenės sveikatos priežiūra, kontrolė ir t.t.⁷⁷

1996 metais buvo priimtas LR Sveikatos draudimo įstatymas (toliau – LR SDĮ), kuris nustatė visų draustų asmenų lygias teises į sveikatos priežiūros paslaugas.⁷⁸ Šis įstatymas įtvirtino teisę į sveikatos priežiūros paslaugas, nes remiantis juo, Lietuvos gyventojai gali siekti aukščiausio savo sveikatos lygio vienodomis galimybėmis, tai nepriklauso nuo jų socialinio statuso ar pajamų. Remiantis LR SDĮ, Lietuvoje beveik visi asmenys yra privalomojo sveikatos draudimo sistemos

⁷² Mizaras V., *Civilinės teisinės atsakomybės bendrieji klausimai*, paskaitos medžiaga, prieiga internete, << http://web.vu.lt/tf/v.mizaras/wp-content/uploads/2012/03/PT_6tema.pdf>>, žiūrėta [2018.10.02]

⁷³ J. Juškevičius, *Asmens sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo raidos bruožai*, Stačiokas S., Dautartas J., Maksimaitis M. ir kt./ red. Mesonis G. Regnum est. Liber amicorum Vytautui Landsbergiui. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2010, 634 psl.

⁷⁴ Lietuvos Respublikos Seimo 1991 m. spalio 30 d. nutarimas Nr. I-1939 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“, Valstybės žinios. 1991, Nr. 33-893

⁷⁵ Lietuvos Respublikos Konstitucija, Lietuvos Respublikos piliečių priimta 1992 m. spalio 25 d. referendumu, Valstybės žinios 1992, Nr. 33-1014, 53 str.

⁷⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, Valstybės žinios. 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr. 112-3099

⁷⁷ Ten pat.

⁷⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, Valstybės žinios. 1996, Nr. 55-1287; 2002, Nr. 123-5512

dalyviais.⁷⁹ Šis įstatymas įtvirtino pacientų pareigas gauti sveikatos priežiūros paslaugas, neapibrėžiant jų pareigų.

Tais pačiais metais buvo patvirtintas ir LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, kurio pagrindu sveikatos priežiūros įstaigos nusistatė teisinius santykius su pacientais.⁸⁰ Šis įstatymas įpareigojo sveikatos priežiūros įstaigas nusistatyti vidaus tvarkos taisykles, kuriose turi būti apibrėžtos pacientų pareigos ir teisės sveikatos priežiūros įstaigoje, ginčų sprendimo tarp sveikatos priežiūros įstaigos ir pacientų tvarka.⁸¹ Nors praktikoje iki LR CK nuostatų priėmimo dėl sutartinių santykių, šis įstatymas daug reikšmės neturėjo, tai buvo bandymas ieškoti sprendimų, ginčo atveju, taip pat aiškiai atskiriant konfrontuojančias puses civilių santykių sprendimuose.

Dar vėliau, tų pačių metų rugsėjo 25 dieną buvo priimtas ir LR Gydytojų medicinos praktikos įstatymas, juo buvo apibrėžti pagrindiniai gydytojo darbo aspektai: pati gydytojo sąvoka, nustatytos gydytojų veiklos licencijavimo sąlygos, pagrindinės gydytojų teisės ir pareigos, profesinė atsakomybė.⁸² Gydytojų profesinė atsakomybė glaudžiai susijusi su pacientų žalos atlyginimo politikos formavimu.

Detaliausiai pacientų teisės įtvirtintos dar 1996 – aisiais LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme (toliau – LR PTŽSAĮ). Jame aprašytos ne tik pacientų teisės, bet ir pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo pagrindai ir tvarka.⁸³ Taigi po LR Konstitucijos paskelbimo, kartu su LR Sveikatos draudimo įstatymu, tai pirmieji dokumentai, kuriuose įtvirtintos teisės į asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. LR PTŽSAĮ pirmą kartą apibrėžtas pacientui padarytos žalos atlyginimas, nustatyta kompensavimo tvarka. Galima teigti, jog pacientų patirtos žalos politikos formavimas yra neatsiejamas nuo asmens sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo, nes ši politika buvo pagrindas vėliau formuojant pacientų patirtos žalos atlyginimo politiką. Nuo 1996 –ųjų formuojant pacientų teisių ir žalos atlyginimo politiką Lietuvoje, LR PTŽSAĮ buvo keičiamas aštuonis kartus. Pažymėtina, kad pirmoji LR PTŽSAĮ redakcija numatė administracinį žalos atlyginimo modelį, kuomet žala pacientams būtų atlyginama, neįrodžius gydytojo ar sveikatos priežiūros įstaigos kaltės. Tačiau ši sąlyga buvo keičiama ir Lietuvoje buvo priimtas teisminis žalos atlyginimo modelis. Per 1994 – 1996 metus buvo suformuota ir įstatymuose įtvirtinta pacientų žalos atlyginimo politika, kuri reguliavo sveikatos santykius. Vėliau ši politika buvo keičiama ir tobulinama.

2001- aisiais metais tiesiogiai pacientų teisės įtvirtintos Civiliniame kodekse (toliau – CK),⁸⁴ nors paciento sąvoka CK antrame skirsnyje jau buvo vartojama, kur apibrėžtas asmens sveikatos

⁷⁹ Špokienė L.. *Solidarumo principo turinys ir vaidmuo sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo srityje*, Jurisprudencija, 2010, Nr. 3(121). 329-348. .340.

⁸⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, Valstybės žinios. 1996, Nr. 66-1572; 1997, Nr. 62- 1462; 1998, Nr. 109-2995.

⁸¹ Ten pat.

⁸² Mikelėnas V. *Civilinės atsakomybės problemos: lyginamieji aspektai*. Vilnius: Justitia, 1995, .279.

⁸³ LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, Valstybės žinios 1996, 102-2317.

⁸⁴ Civilinis kodeksas, Valstybės žinios 2000, Nr. 74-2262.

priežiūros paslaugų teikimas, tačiau teisė į pacientui padarytos žalos sveikatai atlyginimą apibrėžta nebuvo, buvo kalbama tik apie žalos, padarytos fizinio asmens sveikatai atlyginimą: „jeigu fizinis asmuo suluošintas ar kitaip sužalota jo sveikata, tai už žalą atsakingas asmuo privalo nukentėjusiam asmeniui atlyginti visus jo patirtus nuostolius, įskaitant ir neturtinę žalą.“⁸⁵ Praktiškai pacientų žalos atlyginimo politiką labiausiai įtvirtino LR CK, nes 1996 – aisiais metais priimtas LR PTŽSAĮ buvo labiau deklaratyvus, nei praktiškai įgyvendinamas.

Be CK ir Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo, kaip jau minėta, apie pacientų teises kalbama ir kituose dokumentuose. Netiesiogiai apie pacientų teises rašoma Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos,⁸⁶ Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų,⁸⁷ Lietuvos Respublikos Sveikatos draudimo⁸⁸ bei kituose įstatymuose ir poįstatyminiuose aktuose. Apie pacientų teises taip pat rašoma ir Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakyme dėl sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo tvarkos apraše.⁸⁹ Pacientų žalos atlyginimo politikos klausimams vienas svarbiausių įstatymų yra LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. LR PTŽSAĮ yra vienas iš bendrųjų sveikatos priežiūros įstatymų kartu su Sveikatos sistemos įstatymu, įsigaliojusių keliais metais anksčiau nei PTŽSAĮ – nuo 1994 m., tais pačiais metais, kaip ir LR PTŽSAĮ, 1996 metais įsigaliojusiais įstatymais: Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymu, LR Gydytojo medicinos praktikos įstatymu ir Sveikatos draudimo įstatymu. Pacientų žalos atlyginimo politikai taip pat turi įtakos ir 2000 m. priimtas naujas civilinis kodeksas, jo XXXV skyriaus „Atlygintinas paslaugų teikimas“ antrame skirsnyje yra reglamentuojami sutartiniai asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo santykiai.

Nors pacientų patirtos žalos atlyginimo politika Lietuvoje pradėta formuoti dar praėjusio amžiaus pabaigoje, kaip jau minėta, įstatymiškai ji buvo koreguojama daug kartų. Tačiau apie kardinalų pacientų žalos atlyginimo modelio keitimą pradėta kalbėti gerokai vėliau. Ilgą laiką buvo diskutuojama dėl teismo modelio neefektyvumo, būtent tokio, kurį reglamentuoja LR įstatymai. Spaudoje vis atsirasdavo straipsnių apie užsitęsusių bylų nagrinėjimus, sunkius žalos, kaltės ir priežastinių ryšių įrodinėjimo atvejus. Susiklosčiusi situacija trukdo ir medikų darbui, ir gydymo procesų tobulinimui ir normaliems paciento ir mediko santykiams. Vis daugiau diskutuojama apie pacientų patirtos žalos atlyginimo politikos pokyčių poreikį remiantis kitų šalių pavyzdžiais, tokių kaip Naujoji Zelandija, Danija, Norvegija, Švedija ir kitos šalys, kurios įgyvendino žalos atlyginimo „be kaltės“ modelį arba teismo (administracinio) modelio ir žalos atlyginimo „be kaltės“ sistemų derinius. Lietuvoje pradėta kalbėti apie žalos atlyginimo „be kaltės“ įgyvendinimo galimybes – 2014

⁸⁵ Ten pat.

⁸⁶ LR Sveikatos sistemos įstatymas, Valstybės žinios 1994, 63-1231.

⁸⁷ LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, Valstybės žinios 1996, 66-1572.

⁸⁸ LR Sveikatos draudimo įstatymas, Valstybės žinios 1996, 55-1287.

⁸⁹ Sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo tvarka (su pakeitimais ir papildymais), Valstybės žinios 2005, Nr. 3-50.

metais Seimui svarstyti buvo teiktas įstatymo projektas, kuris teismo žalos atlyginimo modelio panaikinęs nebūtų, tačiau priėmus įstatymą, būtų pradėta taikyti administracinė žalos atlyginimo sistema, o pacientų žala būtų kompensuojama iš tam skirtos fondo lėšų. Nors ir buvo bandymų keisti pacientų žalos atlyginimo politiką, tačiau esminių pokyčių neįvyko. Tačiau bet verta paminėti, kad šis bandymas sukėlė dar daugiau diskusijų tarp visų suinteresuotų grupių: tiek tarp medikų, tiek tarp teisininkų, draudimo kompanijų bei pacientų. Todėl galima teigti, kad minėtas Seimo narių teiktas įstatymo projektas prisidėjo prie žalos atlyginimo politikos formavimo ir vėlesnių bandymų esamą situaciją keisti.

Pacientų patirtos žalos atlyginimo politika Lietuvoje suformuota taip, kad žalos atlyginimas būtų įgyvendinamas teisiniu keliu, o teismai tirdami pacientų žalos atlyginimo bylas, kai siekiama išaiškinti padarytą žalą pacientui ir nustatyti kompensacijas, taikydami visišką teisių atkūrimo principą (*restitutio in integrum*), turi ieškoti priežastinių ryšių, ieškovai turi įrodinėti sveikatos priežiūros įstaigos, medikų kaltę dėl jų patirtos žalos. Tyrimo metu teismai turi atsižvelgti ne tik į Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymą, kuris bene plačiausiai apibrėžia, tiek pacientų tesies, tiek paciento patirtos žalos atlyginimą, bet ir į kitus, minėtus įstatymus, poįstatyminius aktus, tvarkų aprašus ir t.t. Vertinant, kaip Lietuvoje buvo ir yra formuojama pacientų teisių, žalos atlyginimo politika, galima teigti, kad tai apima įstatymų leidybą ir sprendimų priėmimą iš „viršaus“ į „apačią“, todėl kyla klausimas, kiek toks politikos formavimas yra efektyvus.

2.2. Pacientų patirtos žalos atlyginimo tvarka Lietuvoje

Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas (toliau – LR CK) 6.264 straipsnis numato, kad teikiant sveikatos priežiūros paslaugas padarytą žalą pacientui turi atlyginti sveikatos priežiūros įstaiga.⁹⁰ Ikiteisminių ginčų tarp paciento ir mediko, sveikatos priežiūros įstaigos nagrinėjimo procedūrą detalizuoja LR PTŽSAĮ⁹¹, LR Draudimo įstatymas⁹², LR Sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo tvarka⁹³. Pacientas, siekdamas žalos atlyginimo, visų pirma per vienerius metus po to kai sužino, jog patyrė žalą dėl gydymo įstaigos kaltės, arba per trejus metus po to, kad nutiko nelaimingas įvykis gydymo įstaigoje, nepageidaujamas įvykis ar dėl medikų kaltės buvo sutrikdyta paciento sveikata, gali kreiptis raštu į sveikatos priežiūros įstaigos vadovą. Sveikatos priežiūros įstaiga, gavusi skundą, gali geranoriškai atlyginti paciento patirtą žalą dėl sveikatos priežiūros įstaigos personalo kaltės ir šiuo būdu gali būti išsprendžiamas ginčas tarp medikų arba gydymo įstaigos ir paciento. Tačiau toks sprendimas

⁹⁰ Civilinis kodeksas, Valstybės žinios 2000, Nr. 74-2262.

⁹¹ Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, Valstybės žinios 1996, 102-2317.

⁹² LR Draudimo įstatymas, Valstybės žinios 2003, Nr. 94-4246.

⁹³ Sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo tvarka (su pakeitimais ir papildymais), Valstybės žinios 2005, Nr. 3-50.

praktikoje yra retas. Bet kuriuo atveju, Sveikatos priežiūros įstaiga, gavusi paciento skundą, privalo jį išnagrinėti ir raštu pranešti pacientui įstaigos išvadą ne vėliau kaip per 20 darbo dienų.⁹⁴ Jeigu Sveikatos priežiūros įstaiga atsisako geranoriškai atlyginti žalą pacientui, nesutinka su kalte arba paciento netenkina Sveikatos priežiūros įstaigos sprendimas dėl sutrikdytos sveikatos, tokiu atveju pacientas gali ikiteismine tvarka privalomai kreiptis į prie Sveikatos apsaugos ministerijos veikiančią Pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo komisiją (jeigu žala buvo patirta po 2005 m. sausio 1 d.), kuri skirta tokio pobūdžio ginčams nagrinėti.

Pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo komisija ne vėliau kaip per 2 mėn. nuo kreipimosi privalo priimti sprendimą, sprendimo priėmimo terminas gali būti pratęstas dar dviem mėnesiams, jeigu dėl sprendimo priėmimo yra reikalinga kreiptis į Sveikatos priežiūros specialistus dėl kvalifikuotų išvadų.⁹⁵ Jeigu komisijos sprendimas nėra skundžiamas nei vienos iš šalių, jis yra privalomas vykdyti. Priimdama sprendimą, Komisija nustato, ar buvo atlikti neteisėti medikų veiksmai atsižvelgdama į visas reikšmingas aplinkybes, Valstybinės medicinos audito inspekcijos ir kitų institucijų, kurios kontroliuoja sveikatos priežiūros įstaigas, išvadas. Tuo atveju, kai nustatoma, kad neteisėti veiksmai buvo atlikti, Komisija pagal paciento pareiškimą nustato patirtos turtinės ir neturtinės žalos dydį, kurio atlyginimui viena iš priemonių yra sveikatos priežiūros įstaigų privalomasis civilinės atsakomybės draudimas. Tačiau dėl ministro įsakymu nustatytos privalomos minimalios draudimo sumos, kurios dydis tesiekia – 8 689⁹⁶ Eur, ši priemonė yra neefektyvi. Numatytos žalos atlyginimo sumos dydis yra nepakankamas žalos atlyginimo užtikrinimui. 2018 m. įsigaliojusioje LR PTŽSAĮ redakcijoje šie pagrindai nedetalizuojami. 6.254 Civilinio kodekso straipsnio antroje dalyje rašoma, kad jeigu draudimo išmokėtos sumos nepakanka visiškai atlyginti žalai, skirtumą tarp draudimo atlyginimo ir faktinės žalos dydžio atlygina apdraustasis asmuo, kuris yra atsakingas už padarytą žalą.⁹⁷ Civilinės atsakomybės draudimas, kuriuo privalomai draudžiasi sveikatos priežiūros įstaigos, nepanaikina asmens civilinės atsakomybės, taip pat priimtas Komisijos sprendimas nukentėjusiojo paciento netenkina, jis gali dėl žalos atlyginimo kreiptis į teismą, be šios Komisijos sprendimo, pacientas kreiptis į teismą dėl patirtos žalos atlyginimo negali, tai yra būtina ikiteisminė procedūra ginčams dėl paciento pažeidimo fakto nagrinėjimo. Vien iki kreipimosi į teismą dėl paciento patirtos žalos atlyginimo, jei toks kreipimasis reikalingas po anksčiau minėtų galimų žalos atlyginimo būdų, pacientas turi skirti nemažai laiko, turėti informacijos, fizinių ir finansinių galimybių. Pacientų žalos sveikatai atlyginimo mechanizmas Lietuvoje yra sudėtingas.

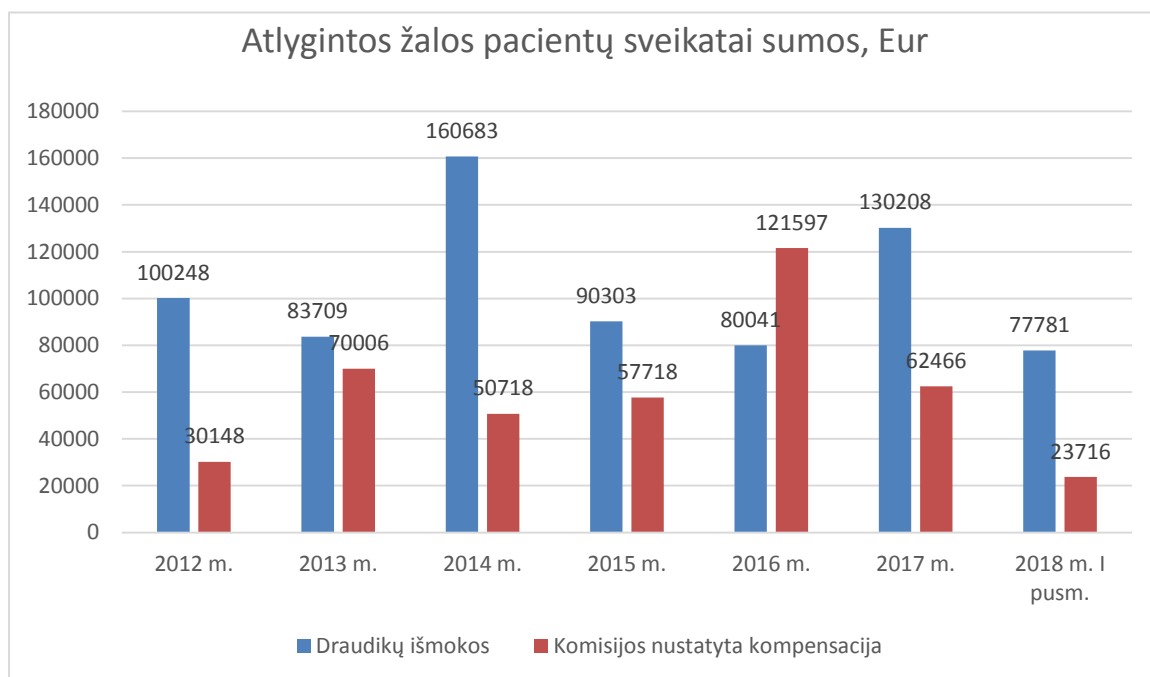
⁹⁴ Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (su pakeitimais ir papildymais), Valstybės žinios 1996, Nr. 102-1217.

⁹⁵ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija << <https://sam.lrv.lt/lt/darbo-grupes/pacientu-sveikatai-padarytos-zalos-nustatymo-komisija>>>. Žiūrėta 2018 09 05

⁹⁶ Ministro įsakymas dėl sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės minimalių draudimo sumų nustatymo (su pakeitimais ir papildymais), Valstybės žinios 2010, Nr. 30-1388.

⁹⁷ Lietuvos Respublikos Civilinis kodeksas (su pakeitimais ir papildymais), Valstybės žinios 2000, Nr. 74-2262.

1 pav. Atlygintinos žalos pacientų sveikatai sumos, Eur.



Šaltinis: Lietuvos Respublikos paciento teisių ir žalos atlyginimo įstatymo Nr. I-1562, 2,7,8,13 straipsnių ir V skyriaus pakeitimo įstatymo ir kitų įstatymų aiškinamasis raštas.⁹⁸

1 Lentelė. Draudimo įmokų ir žalos atlyginimo pacientams išmokų sumos.

Metai	Draudimo įmokų suma, EUR	Išmokų pacientams suma, EUR	Išmokų skaičius	Vidutinė išmoka, EUR
2012	997 397	100 248	30	3 342
2013	1 347 687	83 709	22	3 805
2014	2 192 861	160 683	47	3 419
2015	2 009 387	90 303	55	1 642
2016	1 212 553	80 041	29	2 760
2017	1 279 050	130 208	35	3 720
2018 I pusm.	842 855	77 781	18	4 321
Iš viso	9 881 790	722 973	236	
Vidurkis	1 411 684	103 282	34	3 287

Šaltinis: Privalomojo draudimo veiklos statistika <<http://www.lb.lt/lt/draudikai-veiklos-rodikliai#ex-1-4>>⁹⁹

⁹⁸ Lietuvos Respublikos paciento teisių ir žalos atlyginimo įstatymo Nr. I-1562, 2,7,8,13 straipsnių ir V skyriaus pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr- 1367 5 ir 33 straipsnių pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymo Nr. I-1555 6 ir 8 straipsnių pakeitimo įstatymas, Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymo Nr. IX-413 7 ir 8 straipsnių pakeitimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos biomedicininiių tyrimų etikos įstatymo Nr VIII-169 12 straipsnio pakeitimo įstatymo projektų aiškinamasis raštas.

⁹⁹ Parengta pagal Privalomojo draudimo veiklos statistiką <http://www.lb.lt/lt/draudikai-veiklos-rodikliai#ex-1-4> ir Lietuvos Respublikos paciento teisių ir žalos atlyginimo įstatymo Nr. I-1562, 2,7,8,13 straipsnių ir V skyriaus pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr- 1367 5 ir 33 straipsnių pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymo Nr. I-1555 6 ir 8 straipsnių pakeitimo įstatymas, Lietuvos Respublikos slaugos

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos civilinės atsakomybės draudimui kasmet išleidžia apie 0,2 procentus savo metinių pajamų.¹⁰⁰ Iš Sveikatos apsaugos ministerijos aiškinamajame rašte pateiktos lentelės duomenų matome, kad įstaigų draudimo įmokų sumos ženkliai viršija sumas, kurios yra išmokėtos pacientams – 13 kartų. O skaičiuojant nuo 2012 metų, įstaigų sumokėtų sumų draudimams buvo prarasta virš devynių milijonų eurų, tai yra skirtumas tarp ASPĮ sumokėtų draudimo įmokų ir išmokėtų žalos atlyginimo sumų pacientams. Nuo 2012 metų išmokėta tik 236 išmokos už pacientų patirtą žalą, o išmokų vidurkis tesiekia 4 321 Eur. Vertinant istorinius įmokų ir išmokų duomenis, akivaizdu, kad šiuo metu galiojant pacientų žalos atlyginimo politika, paremta įstaigų draudimo sistema yra neveiksminga. Sveikatos sistema praranda milijonines lėšas, todėl siekiant efektyvesnio sveikatos priežiūros įstaigų lėšų panaudojimo, yra reikalinga keisti žalos atlyginimo politiką.

2.3. Teismų praktika, įgyvendinant pacientų žalos atlyginimo politiką

Remiantis LR civiliniu kodeksu, asmuo turi pareigą elgtis taip, kad savo veikimu arba neveikimu kitam asmeniui žalos nepadarytų, o žalą padarius, tiek turtinę, tiek neturtinę privalo pilnai atlyginti,¹⁰¹ Sveikatos priežiūros darbuotojo civilinė atsakomybė atsiranda tuomet, kai jam atliekant profesinę veiklą yra pažeidžiama subjekto fizinis – psichinis integralumas ar netgi gyvybė, tokiu atveju nukentėjęs asmuo gali reikalauti atlyginti žalą iš privačios ar viešos sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje jis nukentėjo, arba iš sveikatos priežiūros darbuotojo, kurio veikimas arba neveikimas turėjo tiesioginės įtakos žalą sukėlusiam įvykiui.¹⁰² Mediko arba sveikatos priežiūros įstaigos atsakomybė yra deliktinė civilinė atsakomybė, kuri yra turtinė prievolė, atsirandanti dėl padarytos turtinės ar neturtinės žalos, kuri nesusijusi su sutartiniais santykiais.¹⁰³ Tai reiškia, kad sveikatos priežiūros įstaiga privalomai turi atlyginti turtinę ir neturtinę žalą pacientams, kai ši yra įrodoma.

Analizuojant Lietuvos Aukščiausiojo teismo praktiką, pastebima, kad yra laikomasi nuoseklios pozicijos, kad gydytojo deliktinė civilinė atsakomybė yra jo, kaip mediko profesinė atsakomybė už netinkamą pareigų atlikimą. Gydytojams yra taikomi aukštesni kvalifikuotumo

praktikos ir akušerijos praktikos įstatymo Nr. IX-413 7 ir 8 straipsnių pakeitimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos biomedicininii tyrimų etikos įstatymo Nr VIII-169 12 straipsnio pakeitimo įstatymo projektų aiškinamąjį raštą.

¹⁰⁰ Ten pat.

¹⁰¹ Ten pat, 6.263 str.

¹⁰² J. Juškevičius ir A. Rudzinskas, *Civilinės atsakomybės už netinkamą sveikatos priežiūros ir paslaugų teikimą taikymo Lietuvoje ir Italijoje ypatumai*, Jurisprudencija, 2008, 73-81.

¹⁰³ LR civilinis kodeksas. Šeštoji knyga. Prievolių teisė. 6.245 str.

laipsnio, atidumo, rūpestingumo, atsargumo reikalavimai.¹⁰⁴ Medikas, turėdamas gydytojo licenciją, kartu turi ir pripažintą teisę taikyti specialiąsias, profesines žinias, ši teisė įpareigoja atitikti minėtus reikalavimus.

Remiantis Lietuvos Aukščiausiojo teismo nutartimis, medicinoje neįmanoma garantuoti rezultato, todėl gydytojo atsakomybės klausimas dėl paciento sveikatai padarytos žalos, vertinant gydytojo veiksmus, privalo būti vertinamas proceso, o ne jų rezultato aspektu.¹⁰⁵ Taigi gydytojo civilinė profesinė atsakomybė yra apibrėžiama gydytojo įdėtomis pastangomis, kad gydymo procesas būtų sėkmingas, vertinama, ar gydytojas nepažeidė profesinės etikos normų, ar veikė pagal pripažintas gydymo praktikos taisykles, tinkamai taikė profesines žinias, ar taikė gydymo ir diagnostikos metodus pagal esamą mokslo ir praktikos lygį, vadovavosi sąžiningumo ir protingumo kriterijais, veikė pagal įstatymus.

Pacientus ir sveikatos priežiūros įstaigas sieja privaloma pareiga ne garantuoti ar pasiekti gydymo rezultatą, bet užtikrinti kvalifikuotumo, rūpestingumo, atsargumo ir atidumo laipsnį.¹⁰⁶ Lietuvos Aukščiausiasis teismas nurodo, kad medikas negali garantuoti rezultato dėl objektyvių priežasčių.

Deliktinėje civilinėje atsakomybėje yra vertinimas gydytojo veiksmų tinkamumas/teisėtumas teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, pasitelkiant teismo medicinos ekspertų išvadas, pagal kurias yra nustatoma, ar buvo laikomasi protingumo, sąžiningumo ir atidumo principų.¹⁰⁷ Taip pat svarbu pažymėti, kad vertinant gydytojo veiksmus, remdamasis kasacinio teismo praktika Lietuvos Aukščiausiasis teismas pažymi, kad vertinant atitiktį šiam profesionalaus gydytojo standartui, gydytojas neprivalo atlikti visų įmanomų tyrimų ir taikyti visų įmanomų gydymo metodų.¹⁰⁸ Jei įrodoma, kad gydytojas konkrečiu atveju elgėsi taip, kaip būtų elgęsis bet kuris kitas minėtus standartus atitinkantis gydytojas, suteikęs sveikatos priežiūros paslaugas laikantis protingo, sąžiningo ir atidaus profesionalo principų, remiantis Aukščiausiojo Teismo praktika, gydytojas nebūtų atsakingas už pacientui padarytą žalą.

2.4. Pacientų patirtos žalos atlyginimo politikos alternatyvos Lietuvoje

¹⁰⁴ Lietuvos Aukščiausiasis Teismas, 2009 m. spalio 13 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-408/2009; 2010 m. vasario 23 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 35-3-59/2010; 2016 m. birželio 2 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-292-686/2016.

¹⁰⁵ Lietuvos Aukščiausiasis Teismas, 2011 m. vasario 21 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-59/2011; 2011 balandžio 19 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-170/2011; 2016 m. birželio 2 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-292-686/2016.

¹⁰⁶ Lietuvos Aukščiausiasis Teismas, 2013 m. lapkričio 8 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-553/2013.

¹⁰⁷ Lietuvos Aukščiausiasis Teismas, 2017 m. kovo 30 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 2-619-259/2017.

¹⁰⁸ Lietuvos Aukščiausiasis Teismas, 2016 m. birželio 2 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-292-686/2016.

Remiantis kitų šalių, tokių, kaip Danija, Naujoji Zelandija, Šiaurės šalys ir kt. pavyzdžiais, Lietuvoje jau eilę metų iškyta diskusijos dėl pacientų žalos atlyginimo politikos pokyčių reikalingumo. Siūloma alternatyva Lietuvoje – žalos atlyginimo „be kaltės“ modelis.

Vienas iš skiriamųjų bruožų sistemų, kurios naudoja žalos atlyginimo „be kaltės“ modelį, siekiant atlyginti pacientams žalą yra tas, kad nėra privaloma įrodyti gydytojo ar gydymo įstaigos darbuotojų aplaidumo, siekiant gauti kompensaciją pacientui patyrus žalą dėl gydytojo ar gydymo įstaigos kaltės.¹⁰⁹ Taigi Lietuvoje siūlomas alternatyvus pacientų žalos atlyginimo politikos įgyvendinimas per žalos atlyginimo „be kaltės“ modelį supaprastintą žalos atlyginimo procedūras.

Žalos pacientų sveikatai atlyginimo „be kaltės“ modelis Nacionalinėje pacientų saugos platformoje 2010 – 2014 m. parengtoje Komiteto Nacionalinei pacientų saugos platformai parengti, yra įvardijamas kaip viena iš prielaidų pacientų saugai ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybei gerinti.¹¹⁰

Siekiant keisti Lietuvoje suformuotą pacientų žalos atlyginimo politiką, 2014 metais buvo bandyta per žalos atlyginimo „be kaltės“ modelio įgyvendinimą 2014 m. Lietuvoje buvo parengiant ir Lietuvos Respublikos Seimui tų pačių metų gruodžio 11 d. įteikiant Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo Nr. I-1562 straipsnio ir V skyriaus pakeitimo įstatymo projektą Nr. XIIP-2620. Šį projektą Seimui svarstyti pateikė šie Seimo nariai: Dangutė Mikutienė, Antanas Matulas, Kazimieras Kuzminskas, Vida Marija Čigriejienė, Vilija Filipovičienė, Kęstas Komskis, Alma Monkauskaitė, Irina Rozova.¹¹¹ Šis įstatymo projektas Seime buvo svarstytas, tačiau tiesioginis projekto tikslas nebuvo pasiektas, 2017 metų Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarime, nurodyta, kad nutariama nepritarti šiam įstatymo projektui dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015 m. kovo 25 d. nutarime Nr. 297 nurodytų priežasčių.¹¹² (Šį nutarimą pasirašė Ministras Pirmininkas Saulius Skvernelis ir Sveikatos apsaugos ministras Aurelijus Veryga).

Minėtame nutarime nurodytos šios nepritarimo pakeitimams priežastys¹¹³:

1. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšos Turtinės ir (ar) neturtinės žalos paciento sveikatai atlyginimo fondui formuoti negali būti naudojamos, kaip siūloma įstatymo

¹⁰⁹ Dr Anne-Maree Farrell, Ms Sarah Devaney and Ms Amber Dar, *No – fault compensation schemes for medical injury: a review*, 2010. Scottish Government Social Research, prieiga internete < <http://www.gov.scot/resource/0039/00394407.pdf> > . Žiūrėta 2018 03 06

¹¹⁰ Komitetas Nacionalinei pacientų saugos platformai parengti. *Nacionalinė pacientų saugos platforma*, 2010– 2014 m. Prieiga internete: <<http://www.vaspvt.gov.lt/node/135>>, žiūrėta 2018 09 10.

¹¹¹ Pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymo Nr. I-1562 2 straipsnio ir V skyriaus pakeitimo įstatymo projektas, Nr. XIIP-2620.

¹¹² Nutarimas dėl Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo Nr. I-1562 2 straipsnio ir V skyriaus pakeitimo įstatymo projekto Nr. XIIP- 2620, Teisės aktų registras 2017, Nr. 8541.

¹¹³ Nutarimas dėl Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo Nr. I-1562 2 straipsnio ir V skyriaus pakeitimo įstatymo projekto Nr. XIIP- 2620, Teisės aktų registras 2015, Nr. 4886.

pakeitimo projekte, pagrindžiant, kad Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 21 straipsnyje nurodytame lėšų panaudojimo sąraše, toks lėšų panaudojimas nenumatytas;¹¹⁴

2. Neatitiktis LR Konstitucijai dėl sukuriamos teisinės situacijos, kuomet išleidžiamas įstatymas, kurio įgyvendinimui reikia lėšų, kurių nėra skiriama, arba skiriama nepakankamai. Nutarime taip pat paaiškinama, kad įmokoms į Turtinės ir (ar) neturtinės žalos paciento sveikatai atlyginimo fondą bus reikalinga skirti daugiau lėšų, nei, kad šiuo metu reikia skirti sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės draudimo įmokoms, taip pat pažymima, kad reikės dar papildomų lėšų valstybės informacinių sistemų diegimui, kurių neaišku, ar galėtų būti skirta;¹¹⁵

3. Nėra pagrįstas projekto būtinumas konkrečiais pavyzdžiais, nepateikti projekto poveikio vertinimo rezultatai, taip pat pabrėžiama, kad Vyriausybė yra įsipareigojusi nedidinti valstybės tarnautojų ir valdymų organų skaičiaus,¹¹⁶ Lietuvoje įgyvendinus žalos atlyginimo „be kaltės“ modelį, nebūtų pasiekti projekto, kuriame Vyriausybė yra įsipareigojusi nedidinti biurokratinio aparato, tikslai;¹¹⁷

4. Kadangi pagal projektą žala būtų atlyginama nevertinant medikų ar sveikatos priežiūros įstaigos neteisėtumo, jų kaltės, tokių žalos atlyginimo atvejų būtų labai daug, ko pasekoje, neužtektų jų visų atlyginti ir fondo lėšų, todėl nutarime pažymėta, kad pateikto projekto tikslas – „padėti kuo didesniai ratui pacientų, patyrusių sveikatos sužalojimą teikiant jiems sveikatos priežiūros paslaugas, greičiau ir paprasčiau gauti žalos atlyginimą“, nebūtų pasiektas¹¹⁸;

5. Sistema, kuomet žala kompensuojama pacientui, nenustačius sveikatos priežiūros specialisto kaltės, Lietuvoje negali būti įgyvendinta, nes Lietuvos Respublikos darbo kodekse, LR civiliniame kodekse yra numatyta regresio teisė dėl žalos atlyginimo.¹¹⁹ Taip pat pažymima, kad toks pakeitimas neužtikrins didelių pokyčių, ir toliau išliks vadinamoji gynybinė medicina, nes žalą padariusiojo sveikatos priežiūros specialisto licencijos galiojimas galės būti svarstomas profesinės kompetencijos vertinimo komisijoje.¹²⁰

Nors pateiktas įstatymo projektas patvirtintas ir nebuvo, tačiau tai buvo vienas iš bandymų keisti dalį pacientų žalos atlyginimo probleminių aspektų, tai sukėlė dar didesnes diskusijas, paskatino domėtis šia sritimi labiau sveikatos politikus, mokslininkus, medikus ir įvairias interesų grupes. Vykusiose diskusijose buvo įvairių nuomonių ir argumentų dėl poreikio keisti pacientų žalos atlyginimo modelį. Tuo metuėjusi Sveikatos reikalų komiteto pirmininkės pareigas, D.Mikutienė

¹¹⁴ Ten pat.

¹¹⁵ Ten pat.

¹¹⁶ Šešioliktosios Vyriausybės 2012–2016 metų programos, kuriai pritarta Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimu Nr. XIIP-51 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“, 407 punktą

¹¹⁷ Nutarimas dėl Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo Nr. I-1562 2 straipsnio ir V skyriaus pakeitimo įstatymo projekto Nr. XIIP-2620, Teisės aktų registras 2015, Nr. 4886.

¹¹⁸ Ten pat.

¹¹⁹ Ten pat.

¹²⁰ Ten pat.

pasisakė, už pacientų žalos atlyginimo politikos keitimą, ją įgyvendinant per žalos atlyginimo „be kaltės“ modelį. Ji argumentavo, kad „Lietuvos banko duomenimis, 2013 metais draudikams sumokėta daugiau nei puse milijono litų, o išmokų – 289 tūkstančių litų.“¹²¹ Taigi remiantis šiuo argumentu, sveikatos priežiūros įstaigų draudimas, kuris skirtas pacientų žalai atlyginti, įstaigoms kainuoja ženkliai daugiau, negu, kad pacientui yra atlyginama žalos, kurią įrodyti dažnu atveju yra sudėtinga. Dėl procentaliai didelių sumų, kurios lieka draudimo bendrovių sąskaitoje, galima manyti, kad teisminis žalos atlyginimo modelis draudikams yra palankesnis, nes lėšos, skirtos žalos atlyginimui, visų pirma, skiriamos draudimo įmokoms, o ne žalos atlyginimo fondo išlaikymui, kaip galėtų būti žalos atlyginimo „be kaltės“ modelio įgyvendinimo atveju.

D. Mikutienė taip pat pažymėjo, kad žalos atlyginimo „be kaltės“ modelis sudarytų sąlygas daugiau ginčų išspręsti sveikatos sistemoje, finansinius resursus palikti joje, nepaisant to, kad didesnių ginčų atveju galimybė kreiptis į teismą išliktų.¹²² Pagrindinis pacientų žalos atlyginimo politikos pokytis šiuo atveju galėtų būti finansinių išteklių paskirstymas, kurių pagalba daugiau pacientų žalos atlyginimo ginčų būtų galima išspręsti dar iki teisminių procedūrų.

Diskusijose už pacientų žalos atlyginimo politikos tobulinimą pasisakė ir D. Jankauskienė. Ji teigia, kad medikai su pacientais yra supriešinami.¹²³ Kaip ir D. Mikutienė, profesorė taip pat pastebi didžiulį draudikų interesą formuojant pacientų žalos atlyginimo politiką.¹²⁴ Draudikams žalos atlyginimo „be kaltės“ modelis būtų mažiau palankus, nes įstaigos daugiau lėšų skirtų šio modelio išlaikymui ir pacientų žalos kompensavimui per jį, o ne draudimo pagalba, nors savanoriško draudimo pasirinkimas visada išlieka, tačiau įgyvendinus žalos atlyginimo „be kaltės“ modelį privalomojo įstaigų draudimo, su sveikatos apsaugos ministro patvirtintomis minimaliomis draudžiamąjį įvykio sumomis, kurios turi įtakos ir draudimo įmokoms, nebeliktų. D. Jankauskienė taip pat teigė jog įgyvendinant naują žalos atlyginimo modelį palikus galimybę kreiptis į teismą, žalos atlyginimas „be kaltės“ netenka prasmės.¹²⁵ Jos siūlymu, žalos atlyginimo politika Lietuvoje turėtų „eiti“ link tokio modelio, kuris apeitų teismų sistemą, kad ginčai tarp pacientų ir sveikatos priežiūros įstaigų, medikų būtų išspręžiami sveikatos sistemoje. Nors, pacientų žalos atlyginimo politikos keitimas, įgyvendinant žalos atlyginimą „be kaltės“ reikalauja didelių pokyčių, pakeitimų Civiliniame kodekse, Sveikatos draudimo įstatyme ir Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme, kaip yra išdėstyta

¹²¹ E.Machova, A. Daukševič, *Apskritojo stalo diskusija: pacientų žalos atlyginimas be kaltės prabanga ar būtinybė?*, 2015 m. prieiga internete << <http://lsveikata.lt/aktualijos/apskritojo-stalo-diskusija-pacientu-zalos-atlyginimas-be-kaltės-prabanga-ar-butinybe-2453>>> [žiūrėta 2018.09.21];

¹²² Ten pat.

¹²³ Ten pat.

¹²⁴ Ten pat.

¹²⁵ Ten pat.

ir 2017 metų Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarime¹²⁶, kuriame buvo išdėstytas įstatymo projektui, kuriame numatytas pacientų žalos atlyginimo „be kaltės“ modelis.

D. Brogienė sako, kad lėšas, kurias sveikatos priežiūros įstaigos skiria civiliniam draudimui skyrus pacientų žalos atlyginimo fondui, gydymo įstaigos nenukentėtų. Ji taip pat pažymi, kad sveikatos priežiūros sistemos pinigais turėtų disponuoti tik ji pati, o ne draudimo kompanijos.¹²⁷ Vertinant D. Brogienės išsakytas mintis, svarbu pažymėti, kad draudimo kompanijos yra įgalintos sutartimis su sveikatos priežiūros įstaigomis, disponuoti už draudimo paslaugas mokamais pinigais, draudimo bendrovės pačios numato sąlygas, kuriomis yra išmokamos išmokos už patirtą žalą. O pagal Lietuvos banko duomenis, įmokų draudimo kompanijoms suma ženkliai viršija draudimo išmokų už patirtą žalą sumą, taigi sveikatos sistema šį skirtumą praranda. Daroma prielaida, kad nukenčia ir pacientai, nes gauti kompensacijas už patirtą žalą dėl mediko ar gydymo įstaigos kaltės privalu įrodyti kaltę, o teisiniu keliu šis procesas sudėtingas, ilgas, reikalaujantis teisininkų paslaugų.

Diskusijose dėl pacientų žalos atlyginimo politikos, pastebima ir prieštaravimų, ir nuomonių prieš pokyčius, pavyzdžiui, ekonomistė Rūta Vainienė teigia, kad naujasis žalos atlyginimo „be kaltės“ modelis sistemos iš esmės nepakeistų, tai yra tik finansinių išteklių perskirstymo klausimas, ji taip pat sako, jog žalos atlyginimo fondo, naujos sistemos išlaikymas bus brangesnis negu tos, kurią dabar turime, o ir teisė kreiptis į teismą išliktų.¹²⁸ Remiantis ekonomistės nuomone, nauja pacientų žalos atlyginimo politika nekuria vertės, nes akivaizdžių pokyčių esą nebus, o sistema kainuos brangiau, nors gilesnių, konkrečių paskaičiavimų rasti nepavyksta.

Advokatės Vilmos Ramanauskienės nuomonė dėl žalos atlyginimo „be kaltės“ modelio taip pat priešiška. Pasak jos, pagal naują žalos atlyginimo tvarką, pacientų skundų teisme galėtų net gi padaugėti.¹²⁹ Vertinant į diskusijas kviečiamų savo sričių specialistų nuomonę, ji išsiskiria, pabrėžtina, kad trūksta konkrečių skaičiavimų, tyrimų, daug kas vertinama pagal turimą patirtį ir intuiciją, teigiant, kad duomenų situacijos sprendimui visgi trūksta.

Apibendrinant, pacientų žalos atlyginimo politika Lietuvoje yra sudėtinga, reikalaujanti didelių pacientų pastangų, siekiant patirtos žalos atlyginimo, dėmesingo teisininkų įsigilinimo, kurianti įtampas tarp medikų ir pacientų, jų santykių problemas, tačiau suformuoti naują politiką neužtenka vien svarių argumentų, reikalingi gilesni tyrimai, ekonominiai paskaičiavimai, interesų suderinamumas, pokyčiai įstatyminėje bazėje ir t.t. Politikos formavimas užtrunka daug laiko, reikalauja resursų ir pastangų, viso to reikia ir jos įgyvendinimo procedūroms užtikrinti, tačiau,

¹²⁶ Nutarimas dėl Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo Nr. I-1562 2 straipsnio ir V skyriaus pakeitimo įstatymo projekto Nr. XIIP- 2620, Teisės aktų registras 2017, Nr. 8541.

¹²⁷ E.Machova, A. Daukševič, *Apskritojo stalo diskusija: pacientų žalos atlyginimas be kaltės prabanga ar būtinybė?*, 2015 m. prieiga internete << <http://lsveikata.lt/aktualijos/apskritojo-stalo-diskusija-pacientu-zalos-atlyginimas-be-kaltės-prabanga-ar-butinybe-2453>>> žiūrėta 2018 09 21.

¹²⁸ Ten pat.

¹²⁹ Ten pat.

siekiant pokyčių reikia sistemingai dirbti tiek interesų grupėms, tiek politikams, teisininkams, tiek sveikatos priežiūros specialistams, reikia ieškoti būdų, kaip patobulinti esamus įgyvendinimo modelius, reikia tyrinėti situacijas Lietuvoje ir kitose šalyse.

2.5. Naujausi bandymai keisti pacientų žalos atlyginimo politiką

Be aktyvių diskusijų viešojoje erdvėje 2015 metais, pacientų žalos atlyginimo politikos klausimai buvo keliami ir vėliau. Pats naujausias bandymas keisti pacientų žalos atlyginimo politiką Lietuvoje šiuo metu, tai Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – SAM) parengtas ir 2018 metų birželio 11 dieną užregistruotas LR PTŽSAĮ pakeitimo įstatymo projektas, kuriuo siūloma keisti 2,7,8,13 straipsnius ir V skyrių.¹³⁰ Šis įstatymo projektas buvo derinamas ir 2018 metų spalio 4 dieną buvo užregistruotas atnaujintas jo variantas. Kadangi šis LR PTŽSAĮ projektas šiuo metu yra aktualiausias, kuris kartu yra ir pacientų žalos atlyginimo politikos kaitos pagrindinis dokumentas, pagal kurį ši politika galimai bus įgyvendinama, jį plačiau ir paanalizuosime. Taigi LR PTŽSAĮ Nr. I-1562 2, 7, 8 ir 13 straipsnių bei V skyriaus pakeitimo projektas tiesiogiai neliečia paciento teisių ar pareigų punktų, šie, įstatymo projekte numatyti pakeitimai yra susiję su žala, jos apibrėžimais, ginčų sprendimu, siekiant įrodyti paciento sveikatai padarytą žalą.

Visų pirma, užregistruotame įstatymo pakeitime siūloma naikinti atlygintinos paciento žalos sąvoką, kuri suponuoja į gydytojo kaltės įrodymą dėl paciento žalos sveikatai atsiradimo, sukuriant naują paciento žalos sąvoką, kuri apibrėžiama kaip žala, atsiradusi dėl teiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, taip pat 2 straipsnį papildant nauju punktu, kuriame atsirastų neišvengiamos žalos sąvoka, kuri apibrėžiama, kaip „neišvengiama dėl alternatyvių asmens sveikatos priežiūros paslaugų nebuvimo žalos atsiradimo metu arba dėl to, kad atsirado teikiant būtinąją pagalbą, kurios nesuteikus kiltų pavojus paciento gyvybei ar kiltų sunkaus neįgalumo grėsmė“.¹³¹ Vertinant jau vien sąvokų pasikeitimus, akivaizdu, kad siekiama palengvinti mediko kaltės įrodinėjimo našta, o kartu švelninti ir mediko bei paciento santykius. Prie to prisideda ir 7 straipsnio pakeitimas, kurio esminis pakeitimas yra tas, kas pacientui nereikės savomis lėšomis dengti kaštų jam paprašius jo ligos medicinos dokumentų kopijų, diagnozės ar gydymo aprašymų.¹³²

LR PTŽSAĮ siūlomame keisti 13 straipsnyje nurodytos žalos atlyginimo sąlygos pat keičiasi, paliekant LR PTŽSAĮ V skyrių, LR CK bei kitus teisės aktus ir išbraukiant Draudimo įstatymą, kaip aktualų. Pastebimas svarbus pacientų žalos atlyginimo politikos pokytis, nes draudimo sistema yra naikinama, kaip pacientų patirtos žalos atlyginimo pagrindinis šaltinis.

¹³⁰ Lietuvos Respublikos paciento teisių ir žalos atlyginimo įstatymo Nr. I-1562, 2,7,8,13 straipsnių ir V skyriaus pakeitimo projektas, 2018, Registracijos Nr. 18-7271(2).

¹³¹ Ten pat.

¹³² Ten pat.

Užregistruotu įstatymo pakeitimo projektu planuojama keisti ir 23 LR PTŽSAĮ straipsnį, kuriame yra išdėstyta paciento teisė skųstis. Šiame straipsnyje visų pirma, yra išdėstyta paciento teisė skųstis sveikatos priežiūros įstaigai, dėl paciento manymu, jo teisių pažeidimo sveikatos priežiūros įstaigoje. Didelių, esminių pokyčių šiame straipsnyje nėra numatyta, tai daugiau papildymas jau esamų reikalavimų paciento skundo teikimui, jo patikslinimas, kuriame papildomai nurodoma nurodyti teikiamo skundo esmę, apimančią pažeistas paciento teises ir aplinkybes, kuri įrodytų paciento teisių pažeidimus. Svarbu paminėti, kad naujoje straipsnio redakcijoje plačiau išdėstomos ir paciento skundo atmetimo aplinkybės. Ankstesnėje redakcijoje nurodyta, kad skundai, kurie neatitinka reikalavimų yra grąžinami pacientui su išvardintomis priežastimis, o įstatymo pakeitime yra numatytas terminas – 90 dienų, per kurias skundo nagrinėjimo prašymą pateikęs asmuo turi laiko pašalinti nurodytus trūkumus.¹³³ 23 straipsnis taip pat detalizuotų ir skundų atmetimo priežastis.

Pacientų žalos atlyginimo politikos galimų pokyčių galima matyti ir LR PTŽSAĮ projekto 24 straipsnyje kurio keičiasi ir pats pavadinimas, patikslinant, kad straipsnyje bus numatytas pacientui padarytos turtinės ir neturtinės žalos atlyginimas.¹³⁴ Šiame straipsnyje yra detalizuojama paciento kreipimosi į Pacientų žalos atlyginimo komisiją prie SAM (toliau – Komisija) tvarka. Lyginant su šiuo metu galiojančia LR PTŽSAĮ redakcija¹³⁵, visų pirma, įstatymo projekte yra daugiau aiškumo: patikslinamas terminas (treji metai), per kurį pacientas ar jo įgaliotas asmuo po turtinės ar neturtinės žalos atsiradimo gali kreiptis į Komisiją dėl žalos atlyginimo.¹³⁶ Įstatymo projekte taip pat plačiau detalizuojama, kokia informacija yra būtina pateikti, kreipiantis į Komisiją dėl žalos atlyginimo, taigi tai taip pat suteikia daugiau informacijos, aiškumo besikreipiančiajam. Taip pat pažymėtina, kad šio straipsnio 9 punktą palieka galimybę pacientui ar jo atstovui ištaisyti klaidas kreipimesi, jį papildyti, pateikti papildomus žala įrodančius dokumentus ir pan. Šiam patikslinimui yra suteikiamas 90 dienų terminas.¹³⁷ Įstatymo projekte taip pat numatytas ir greitesnis Komisijos darbas, kuomet vietoj 2 mėn. sprendimui priimti su galimybe šį terminą pratęsti dar 2 mėnesiams, lieka tik dviejų mėnesių terminas.¹³⁸ Vienas esminių šio projekto punktų yra dešimtas, kuris numato, kad Komisija dėl paciento žalos atlyginimo sprendimą priima nevertindama sveikatos priežiūros specialisto kaltės.¹³⁹ Šis punktas, kaip jau ir anksčiau minėtas sąvokų pokytis 2 – amė ir 7 – amė straipsniuose nurodo esminį pacientų žalos atlyginimo politikos pokytį, kryptį link žalos atlyginimo „be kaltės“ modelio.

¹³³ Ten pat.

¹³⁴ Ten pat.

¹³⁵ Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (su pakeitimais ir papildymais), Valstybės žinios (1996, Nr. 102-1217).

¹³⁶ Lietuvos Respublikos paciento teisių ir žalos atlyginimo įstatymo Nr. I-1562, 2,7,8,13 straipsnių ir V skyriaus pakeitimo projektas, 2018, Registracijos Nr. 18-7271(2).

¹³⁷ Ten pat.

¹³⁸ Ten pat.

¹³⁹ Ten pat.

Keturioliktame 24- to įstatymo projekto straipsnio punkte taip pat nurodyta, kad turtinės ir neturtinės žalos dydį Komisija nustato pagal Vyriausybės ar jos įgaliotos institucijos patvirtintą žalos atlyginimo dydžio tvarkos aprašą.¹⁴⁰ Akivaizdu, kad šio įstatymo projekto patvirtinimui ir naujos žalos atlyginimo politikos įgyvendinimui yra reikalinga daugiau tvarkų, aprašų, nurodančių žalos atlyginimo aplinkybes, kurių nenumato įstatymo projektas.

Straipsnyje taip pat nurodoma, kokiais atvejais pacientui žala yra atlyginama ir kokiais ne. Galima sakyti, kad paciento sveikatai padaryta žala yra atlyginama visais atvejais, kai pacientas žalą patyrė dėl jam teiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų. Išskyrus atvejus, kai paciento žala yra priskiriama neišvengiamai žalai. Atlygintini paciento žalos sveikatai dydžiai yra nustatomi pagal atlygintinus paciento žalos sveikatai kriterijus.¹⁴¹ Taip pat pažymima, kad išmoka pacientui, kuri yra nurodyta Komisijos sprendime, yra išmokama per 10 darbo dienų iš sąskaitos, kurioje numatoma kaupti lėšas pacientų žalai atlyginti.¹⁴² Pažymėtina, kad pagal įstatymo projektą, jeigu pacientas ar jo artimieji kreipiasi dėl žalos atlyginimo į teismą, Komisijos nustatytas paciento sveikatai padarytos žalos dydis nėra išmokamas. 24 – tame LR PTŽSAI projekto straipsnyje yra detaliam aprašomas pacientų žalos atlyginimo politikos pokytis, kuris iš esmės nulemia kitokį politikos įgyvendinimą, eliminuojant jau ilgą laiką aptariamą pacientų žalos atlyginimo politikos problemas. Šiame straipsnyje pastebimas efektyvesnis Pacientų žalos atlyginimo komisijos prie Sveikatos apsaugos ministerijos darbas, užtikrinantis greitesnį, efektyvesnį pacientų žalos sveikatai atlyginimą, tiek pacientui patyrus turtinę, tiek neturtinę žalą. Taip pat išryškėja ir svarbus gydytojų kaltės įrodinėjimo klausimas. Pagal šį projektą, žalos atlyginimui visiškai nebeaktualus tampa sveikatos priežiūros specialisto kaltės įrodymas dėl paciento patirtos žalos atlyginimo fakto, o tai leidžia manyti, kad jeigu įstatymo projektas būtų priimtas, Lietuvoje būtų įgyvendinta pacientų žalos atlyginimo „be kaltės“ politika, nors galimybė pacientams ar jų įgaliotiems asmenims kreiptis į teismą ir išliktų.

Paminėtina, kad LR PTŽSAI projekte, kaip ir šiuo metu galiojančioje įstatymo redakcijoje, yra palikta teisė Komisijos sprendimą skusti teismui, paliekant tą patį 30 dienų terminą, pagal kurią teismo sprendime nurodytas žalos kompensavimo dydis po teismo sprendimo įsigaliojimo per 10 darbo dienų turi būti išmokamas nukentėjusiajam iš žalos atlyginimo sąskaitos lėšų.¹⁴³ Taigi 25 straipsnis, apspręsdamas žalos atlyginimo naštos apmokėjimą, kuri yra priteisiama teisiniu keliu, išspręstų ir ilgus metus trukusias diskusijas dėl žalos atlyginimo „be kaltės“ modelio netobulumo, kuomet yra paliekama galimybė pacientui, jo įgaliotam asmeniui ar jį globojusiam giminaičiui dėl netenkinančio Komisijos sprendimo kreiptis į teismą.

¹⁴⁰ Ten pat.

¹⁴¹ Ten pat.

¹⁴² Ten pat.

¹⁴³ Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (su pakeitimais ir papildymais), Valstybės žinios 1996, Nr. 102-1217.

Įstatymo projekto 26 – amė straipsnyje yra numatyti Komisijos sudarymo kriterijai, jos veiklos pagrindai, atlyginimo mokėjimo dydis.

27 – tu straipsniu yra aprašyta pacientų žalos atlyginimo sąskaita. Numatyta, kad lėšas į šią sąskaitą mokės sveikatos priežiūros įstaigos, vertinant praėjusių metų pajamas už sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Šis mokestis sudarys 0,3 proc.¹⁴⁴

Apibendrinant šis įstatymo projektas, jeigu Seimo dauguma jam pritartų, iš esmės pakeistų pacientų žalos atlyginimo politiką Lietuvoje, nuo teismo žalos atlyginimo modelio būtų pereinama prie žalos atlyginimo „be kaltės“ modelio. Nei pacientui nereikėtų įrodinėti mediko kaltės, neteisėtų veiksmų, dėl žalos paciento sveikatai atsiradimo fakto, nei medikams nebereikėtų slėpti sveikatos priežiūros įstaigose pasitaikančių nepageidaujamų įvykių, teisintis dėl klaidų, kurios ne visada nuo jų priklauso, galiausiai gintis teismuose ar prieš savo įstaigos vadovybę, rizikuoti netekti licencijos sveikatos priežiūros paslaugoms teikti. Taip pat galima daryti prielaidą, kad pritarus siūlomam pacientų žalos atlyginimo politikos pokyčiui, pagerėtų ir medikų bei pacientų santykis.

¹⁴⁴ Ten pat.

3. EMPIRINIO TYRIMO METODOLOGIJA

Atlikus teorinę pacientų žalos atlyginimo politikos formavimo ir įgyvendinimo analizę, išanalizavus užsienio šalių praktiką ir įvertinus galimas pacientų žalos atlyginimo politikos alternatyvas, siekiant kuo detaliau išanalizuoti ir įvertinti pacientų žalos atlyginimo politikos probleminius aspektus, buvo pasirinktas kokybinis tyrimo metodas, atliekant pusiau struktūruotą ekspertinį interviu.

Šioje dalyje aptariamas kokybinio tyrimo metodas, pristatomas tyrimo objektas, tikslas ir tikslui pasiekti iškelti uždaviniai, aprašomas tyrimo organizavimas, etinių principų laikymasis, taip pat pristatomos tyrimo metu iškilusios problemos bei aprašoma tiriamosios imties charakteristika.

Tyrimo **objektas** – pacientų žalos atlyginimo politika ekspertų požiūriu.

Šio darbo empirinio **tyrimo tikslas** – ištirti pacientų žalos atlyginimo politikos problemas.

Empirinio **tyrimo uždaviniai**:

- Ištirti kaip ekspertai vertina pacientų žalos atlyginimo situaciją Lietuvoje.
- Išsiaiškinti ar visuomenė skiria pakankamai dėmesio pacientų žalos atlyginimo politikos klausimams.
- Ištirti interesų grupių įtaką pacientų žalos atlyginimo politikos formavimui.
- Išanalizuoti teismo žalos atlyginimo modelio įtaką medikų darbui/kokybės gerinimui.
- Išsiaiškinti kokią įtaką pacientų žalos atlyginimo politika daro medikų ir pacientų santykiams.
- Išanalizuoti kaip ekspertai vertina žalos atlyginimo „be kaltės“ modelį.

Siekiant išsamiai išanalizuoti ekspertų nuomonę apie pacientų žalos atlyginimo politiką, jos probleminius aspektus buvo pasirinktas pusiau struktūruoto interviu metodas, kuris leido atlikti gilesnę analizę, tyrėjui valdant pokalbį su tyrimo informantu. Iš anksto buvo numatyti pagrindiniai klausimai, leidžiantys užduoti ir papildomus klausimus pašnekovams, kas suteikia galimybę labiau įsigilinti į analizuojamą klausimą, nenukrypstant nuo temos.

Interviu su pacientų žalos atlyginimo politikos ekspertais buvo įrašinėjami diktofonu, vėliau įrašai buvo transkribuojami.

Pasirinktas metodas leidžia gauti duomenis iš pirminių šaltinių, todėl tyrėjas turi galimybę giliau išanalizuoti tiriamą problemą.

Tyrimo organizavimas ir etiniai principai

Atliktą ekspertinį tyrimą galima suskirstyti į šiuos etapus:

1. tyrimo klausimyno sudarymas;
2. tyrimo informantų pasirinkimas;
3. pasiruošimas giluminiam interviu bei jo atlikimas;
4. tyrimo metu gautų duomenų apdorojimas ir analizė.

Klausimyno sudarymas. Tyrimo klausimai buvo formuojami remiantis atliktos teorinės pacientų žalos atlyginimo politikos formavimo ir įgyvendinimo analizės duomenimis, taip pat užsienio šalių praktika ir šiuo metu formuojama pacientų žalos atlyginimo politika Lietuvoje.

Pirmu klausimu buvo siekiama išsiaiškinti ekspertų nuomonę apie pacientų žalos atlyginimo situaciją Lietuvoje. Šis klausimas skirtas pradėti pokalbį su pašnekovu, pradedant nuo plačiausio klausimo, naudojant piltuvėlio principą, vėliau pereinant prie detalesnių temos probleminių aspektų. Antru klausimu buvo siekiama išsiaiškinti, kaip informantai vertina teisinę bazę, aktualią nagrinėjamai temai, kitu klausimu buvo siekiama išsiaiškinti, ar visuomenė skiria pakankamai dėmesio pacientų žalos atlyginimo politikos klausimams. Ketvirto klausimo tikslas – išsiaiškinti, kaip interesų grupės veikia pacientų žalos atlyginimo politiką, jos efektyvumą, žalos atlyginimo modelio pasirinkimą. Kiti klausimai buvo skirti išsiaiškinti pacientų žalos atlyginimo politikos problemas, kurios kyla medikų darbe, kaip tai veikia gydymo procesus, pacientų saugos politikos plėtrą, taip pat buvo siekiama išanalizuoti pacientų ir medikų santykių problematiką, priežastis ir pasekmes. Galiausiai paskutiniais klausimais tyrimo ekspertų buvo klausama, kaip jie vertina žalos atlyginimo „be kaltės“ modelį, kuris galimai išspręstų dalį dabar esamų pacientų žalos atlyginimo politikos problemų.

Informantų pasirinkimas. Siekiant kuo išsamiau atlikti tyrimą, tyrimas buvo atliekamas jame kviečiant dalyvauti pacientų žalos atlyginimo politikos ekspertus iš visos Lietuvos, kurie dalyvauja sprendžiant pacientų žalos atlyginimo politikos klausimus, formuojant politiką, arba susiduria su šiais klausimais kasdienėje darbinėje veiklos.

Informantų atrankos kriterijai buvo šie:

1. pacientų žalos atlyginimo politikos mokslinė ar praktinė reikšmė;
2. aktyvus dalyvavimas pacientų žalos atlyginimo politikoje;
3. priklausymas sveikatos politikos darbo grupėms;
4. užimamos pareigos.

Tyrimo dalyvavo 6 informantai: iš 5 buvo paimtas interviu, o 1 ekspertas atsakymus atsiuntė elektroniniu paštu. Tyrimo dalyvavo trys vyrai ir trys moterys, turintys aukštąjį universitetinį

išsilavinimą. Du iš jų turi daktaro mokslinį laipsnį, 4 – magistro. Informantų amžiaus vidurkis 46 metai, jauniausiam buvo 31 metai, o vyriausiam – 61 metai. Informantų užimamos pareigos bei institucija yra pavaizduoti 2 lentelėje.

2 lentelė. Informantų užimamos pareigos bei institucija.

Eil. Nr.	Informantai	Užimamos pareigos	Institucija
1.	A	Direktorius	Asmens sveikatos priežiūros įstaiga
2.	B	Teisininkas	Asmens sveikatos priežiūros įstaiga
3.	C	Direktoriaus pavaduotojas medicinai	Asmens sveikatos priežiūros įstaiga
4.	D	Direktoriaus pavaduotojas medicinai	Asmens sveikatos priežiūros įstaiga
5.	E	Teisininkas	Asmens sveikatos priežiūros įstaiga
6.	F	Personalo skyriaus vedėjas	Asmens sveikatos priežiūros įstaiga

Pasiruošimas pusiau struktūruotam ekspertų interviu ir jo atlikimas. Interviu su ekspertais buvo vykdomi vyko 2018 m. rugsėjo ir spalio mėnesiais. Tyrimas truko šiek tiek ilgiau nei mėnesį. Interviu trukmė buvo įvairi: nuo 30 minučių iki 70 minučių. Pokalbių laikas buvo derinamas su kiekvienu ekspertu individualiai, o vieno jų prašymu klausimai buvo išsiųsti elektroniniu paštu.

Gautų duomenų apdorojimas ir analizė. Interviu metu gauti atsakymai buvo įrašomi diktofonu, o vėliau transkribuojami atskiruose dokumentuose. Empirinio tyrimo duomenis sudaro transkribuoti 5 informantų atsakymai, gauti interviu būdu ir 1 informanto atsakymas, atsiųstas elektroniniu paštu. Gauti duomenys buvo analizuojami turinio analizės metodu, kuris leidžia tyrėjui formuluoti išvadas, remiantis tyrimo rezultatais. Analizę sudarė šie etapai: daugkartinis transkribuoto ir informanto parašyto teksto skaitymas, kategorijų išskyrimas, ir jų turinio skaidymas į subkategorijas bei jų interpretavimas ir išvadų formulavimas.

Tyrimo etiniai principai. Vykdam tyrimą, buvo laikomasi pagrindinių tyrimuose taikomų etikos principų. Ekspertai, sutikę dalyvauti kokybiniame pacientų žalos atlyginimo politikos tyrime, dalyvavo savanoriškai, buvo gautas informantų sutikimas dėl pokalbių įrašinėjimo diktofonu. Interviu su ekspertais buvo atliekami planuotai, iš anksto suderinus laiką, taip pat jiems buvo papasakota apie atliekamo tyrimo pobūdį ir tikslą, o informantų duomenys buvo koduojami, išlaikant jų konfidencialumą ir anonimiškumą.

Tyrimo metu iškilusios problemos. Didžiausia tyrimo metu iškilusi problema buvo informantų įtraukimas į tyrimą. Dalis tyrimui svarbių ekspertų atsisakė dalyvauti dėl asmeninių priežasčių, laiko stokos ar kitų priežasčių. Kita problema buvo ta, kad dėl laiko stokos vienas informantas sutiko į tyrimo klausimus atsakyti tik raštu.

4. EMPIRINIO TYRIMO REZULTATAI

4.1. Pacientų žalos atlyginimo situacijos vertinimas

Pradedant interviu, pokalbio pradžioje, bendro vaizdo susidarymui apie situaciją Lietuvoje, visų informantų buvo klausama apie pacientų žalos atlyginimo situaciją, kaip jie ją vertina. Vertindami esamą situaciją problemų išvėlgė visi informantai: „*Mano nuomone, dabartinis pacientų žalos atlyginimo mechanizmas nėra visai teisingas pacientui ir gydytojui, kadangi pacientui, neturinčiam specialių žinių, yra pakankamai sudėtinga įrodyti, kad gydytojas padarė klaidą. Tačiau gydytojas ne visada turi galimybę suteikti paslaugas taip, kaip reikalauja teisės aktai (pvz., jam trūksta laiko, sudėtingi ir daug pacientų, ne visada yra galimybių kelti kvalifikaciją ne tik Lietuvoje, bet ir užsienyje dėl finansinių išteklių, nėra vieningų medicinos standartų, nėra objektyvių kriterijų dėl paslaugos kokybės įvertinimo ir pan.)*.“- teigia informantas F, informantas B taip pat vertindamas situaciją akcentavo sudėtingą gydytojo kaltės įrodinėjimą, ko pasekoje išryškėja daug kitų probleminių aspektų. „*Pacientų žalos atlyginimas Lietuvoje nėra efektyvus, teisminiai procesai užtrunka ilgai, sveikatos priežiūros įstaigos kaltę dėl žalos fakto dažniais atvejais sudėtinga įrodyti*.“ Informantas D, vertindamas pacientų žalos atlyginimo situaciją taip pat išvėlgia pacientų žalos atlyginimo politikos trūkumų: „*Vertinu nevienareikšmiškai, nes, manau, ji netenkina nei gydymo įstaigų, nei pacientų, nebent draudimo kompanijas*“, informantas C, išvėlgia medikų ir pacientų supriešinimą per neadekvačią paciento teisių ir pareigų sistemą, jis teigia, kad „*Pacientai, patyrę žalą dėl sveikatos priežiūros specialistų kaltės tikrai yra pakankamai apsaugoti teisinės bazės... Bet kuriuo atveju, tie, kas žalą patyrė iš tikrųjų tą įrodo ir gauna kompensacijas iš gydymo įstaigų, o ta pacientų dalis, susiviliojusi teisininkų pažadais ir turinti nepamatuotų lūkesčių, manau, yra atsijojama būtent ekspertizės metu*.“ Taigi informantas C, vertindamas esamą situaciją išvėlgia atvejus, kuomet norima pasipelnyti iš susiklosčiusių situacijų, o ne tik pelnytai gauti kompensaciją už patirtus nuostolius dėl žalos sveikatai. Informantas A apibūdindamas žalos atlyginimo situaciją, tai daro taip pat per jos problemišumą, įvardindamas visus pagrindinius niuansus: „*Neefektyvi. Visų pirma dėl teisinės aplinkos... . Kitas dalykas, deliktinė teisės sistema yra silpna pacientams, mano galva...Trečias dalykas, neefektyvu, nes nėra kompetencijos. Susirenka žmonės, kurie nėra ekspertai ir jie sprendžia be kažkokių esminių kriterijų, t.y. jie dažniau sprendžia savo nuojauta... Tai mūsų atveju sistema yra tokia, kad mokama daug pinigų, bet išmokos nėra didelės, taigi sistema pati efektyviai kaip konstruktas neveikia*.“

Apibendrinant ekspertų pacientų žalos atlyginimo situacijos vertinimą, ji yra problematiška. Visi informantai apibūdindami situaciją, išskiria esminius dabartinės pacientų žalos atlyginimo politikos trūkumus. Vieni įvardija teismo žalos atlyginimo modelio problematiškumą ir iš jo

kylančias visas kitas problemas, kiti ekspertai konkrečiai įvardija, atskiras keistinas sritis, kurios galėtų būti keičiamos nebūtinai keičiant ir patį žalos atlyginimo modelį. Esminiai dabartinės sistemos bruožai, tai neefektyvumas dėl teisinės, politinių sprendimų, interesų grupių įtakos, medikų ir pacientų supriešinimo, kaip ekspertų įvardinta, neteisingo žalos atlyginimo mechanizmo palaikymo tiek pacientų, tiek medikų atžvilgiu.

3 lentelė. Pacientų žalos atlyginimo politikos neefektyvumas.

Kategorija	Subkategorija	Pasitvirtinantys teiginiai
Pacientų žalos atlyginimo politikos neefektyvumas	Teisinė aplinka	<p>„Nes kaltumo/nekaltumo prezumpcija pagrįsta sistema yra paremta žmogiškojo faktoriaus teorija ir kaltų suradimo, sugėdinimo, atleidimo, nubaudimo“,</p> <p>„Deliktinė teisės sistema yra silpna pacientams...“,</p> <p>„...svorius palyginus, turbūt svorio taškas ne paciento pusėj...“,</p> <p>„Pacientų skundai dažnai nevirsta teisminiais ieškiniais, bet jeigu būtų labiau iš paciento pusės ta sistema sutvarkyta, tai ir tų skundų daugiau virstų teisminiais ieškiniais.“,</p> <p>„Ne tik komisija yra neefektyvi, bet ir teisminiai procesai užtrunka labai ilgai, ši procedūra yra varginanti ir, manau, kad žmonės dažnai nesiryžta eiti šiuo keliu“,</p> <p>„teisminiai procesai užtrunka ilgai“,</p> <p>„sveikatos priežiūros įstaigos kaltę dėl žalos fakto dažnais atvejais sudėtinga įrodyti“,</p> <p>„procesas su teisininkais užtrunka ilgai ir yra pakankamai nepigus“,</p> <p>„Teisiškai tai yra labai ilgas, finansiškai brangus ir psichologiškai sunkus procesas tiek pacientui, tiek gydytojui.“,</p> <p>„...pacientui, neturinčiam specialių žinių, yra pakankamai sudėtinga įrodyti, kad gydytojas padarė klaidą.“</p>
	LR SAM	„Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija

	<p>sudaryta Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos neefektyvumas</p>	<p><i>taip pat yra neveiksminga, nes iš jos didžioji dalis bylų keliauja į teismą.</i>“, <i>„Vietoj šios institucijos aš matyčiau mediacijos procesą.</i>“, <i>„Manau, kad nėra objektyvumo.</i>“, <i>„...ne tik komisija yra neefektyvi, bet ir...“.</i></p>
	<p>Kompetencijos stoka</p>	<p><i>„Susirenka žmonės, kurie nėra ekspertai ir jie sprendžia be kažkokių esminių kriterijų, t.y. jie dažniau sprendžia savo nuojauta.</i>“.</p>
	<p>Interesų grupių įtaka</p>	<p><i>„Tai leidžia pagalvoti, kad gali būti susitarimai: „tu mano įstaigos neliesi, aš tavo įstaigos neliesiu“ tarp vadovų, tarp gydytojų.</i>“, <i>„problema yra ta, kad iniciatyva yra gydytojų sąjungos, todėl, kad gydytojai yra suinteresuota pusė, čia turėjo nepriklausoma pusė inicijuoti tuos dalykus.</i>“, <i>„Gydytojų sąjunga yra suinteresuota pusė“</i>, <i>„jei pažiūrėtume į komisijos sudėtį, skundų nagrinėjimo, kurioje yra ir pačių įstaigų vadovai, kurie yra suinteresuota pusė“.</i></p>
	<p>Dideli kaštai</p>	<p><i>„Ieškinių, išmokų pacientams skaičiai, kiek pinigų yra sumokama draudimo fondams, o kokios išmokos yra pacientams. Išmokama turbūt ten kokia dvidešimtoji dalis to, kas surenkama.</i>“, <i>„Išmokos nemažos, o išmokų dalis, kuri turi pasiekti įstaigas yra pakankamai maža.</i>“, <i>. Tai mūsų atveju sistema yra tokia, kad mokama daug pinigų, bet išmokos nėra didelės.</i>“, <i>„sudaro nemenkas išlaidas ir duoda mažai naudos“</i>, <i>„Ko gero tik draudimo kompanijos turi iš to naudos“</i>, <i>„daug kainuoja, kuomet atneša menkus rezultatus. Panašu, kad iš susiklosčiusios situacijos labiausiai išlošia įstaigų draudėjai“.</i></p>

	Medikų ir pacientų santykiai	„....psichologiškai sunkus procesas tiek pacientui, tiek gydytojui.“, „Medikams ši sistema kelia nerimą savo darbe, pacientams ji neužtikrina sklandaus žalos atlyginimo“.
	Kiti veiksniai	„Tačiau gydytojas ne visada turi galimybę suteikti paslaugas taip, kaip reikalauja teisės aktai (pvz., jam trūksta laiko, sudėtingi ir daug pacientų, ne visada yra galimybių kelti kvalifikaciją ne tik Lietuvoje, bet ir užsienyje dėl finansinių išteklių, nėra vieningų medicinos standartų, nėra objektyvių kriterijų dėl paslaugos kokybės įvertinimo ir pan.).“.

4.2. LR teisinė pacientų žalos atlyginimo aplinka

Analizuojant pacientų žalos atlyginimo situaciją, išryškėjo ypatinga teisinės aplinkos svarba. Keičiant, tobulinant pacientų žalos atlyginimo politiką, teisiniai instrumentai yra patys pagrindiniai įrankiai, kurie turi didžiulę įtaką naujos politikos efektyvumui. Pastebėta, kad ankstesniais metais, siekiant keisti pacientų žalos atlyginimo modelį vienas iš trukdžių buvo – teisinė bazė, kuri buvo nepakankamai išanalizuota, nebuvo aptarti visi keistini įstatymai ir teisės aktai, kurie pagal siūlomą naują pacientų žalos atlyginimo politiką turėjo keistis, kad nebūtų teisinių prieštaravimų ir naujasis modelis galėtų veikti. Taigi dėl teisinės aplinkos svarbos, žalos atlyginimo politikos efektyvumui ir problemiškumui, svarbu išsiaiškinti, kaip pacientų žalos atlyginimo politikos ekspertai vertina teisinę bazę, susijusią su šiuo klausimu.

Tyrimo informantai vertindami teisinę bazę įžvelgia spragų. Pavyzdžiui informantas A sako: „Lietuvos Respublikoje galiojantis pacientams padarytos žalos atlyginimo teisinis reglamentavimas yra sudėtingas, neefektyvus ir neužtikrinantis sklandaus paciento teisės į žalos atlyginimą įgyvendinimo praktikoje mechanizmo.“ Šis ekspertas išsakydamas daug kritikos LR teisinei bazei, kuri aktuali pacientų žalos atlyginimo politikos klausimams ypatingai akcentavo problemišumą pacientų atžvilgiu: „deliktinė teisės sistema yra silpna pacientams“, o informantas C – priešingai, vertindamas teisinę bazę ir bendrai pacientų žalos atlyginimo politiką kritiškiau vertina medikų situaciją, ir problemų įžvelgia daugiau medikų darbe, akcentuodamas pacientų teisių viršenybę, „PTŽSAI yra vienas griežčiausių Europoje ir labiau orientuotas būtent į paciento teises“, tačiau informantas taip pat

sako, kad teisinė bazė turi trūkumų: „*Nemanau kad teisinė bazė gera.*“. Informantas B, teisinę bazę įvardija kaip „*Nepakankama*“. Informantas D, išvelgdamas draudimo kompanijas, kaip vienintelę pusę, kuriai palanki esama pacientų žalos atlyginimo politika dėl jos problemiško kaltina būtent teisinę bazę: „*Būtent teisinė bazė ir suponuoja tokią situaciją – tai yra prievartinis draudimas su vienu laimėtoju.*“. Informantas E teigia, kad „*Teisinė bazė pagal esamą situaciją pakankama*“, o informantas F sako, kad „*Reikėtų peržiūrėti, ypač dėl to, kas turėtų įrodinėti.*“ Taip pat papildo, kad „*Trūksta nacionaliniu lygiu vieningų medicinos standartų.*“.

Taigi remiantis 5 – ių iš 6 – ių informantų atsakymais galima teigti, kad LR pacientų žalos atlyginimo teisinė bazė yra nepakankama, o teisinis pacientų žalos atlyginimo reglamentavimas yra sudėtingas tiek medikams, tiek pacientams. Teisminiai procesai užtrunka daug laiko, kainuoja daug pinigų tiek pacientams, kurie dėl didelių kaštų dažnai net nesiryžta kreiptis dėl patirtos žalos atlyginimo, o asmens sveikatos priežiūros įstaigoms tai taip pat sudaro finansinius kaštus, nes teisinės paslaugos yra mokamos. Teisinė bazė turi trūkumų ir bet kuriuo atveju, tiek keičiant pacientų žalos atlyginimo politiką, tiek pasiliekant prie „senojo“ pacientų žalos atlyginimo modelio LR teisinę bazę, susijusią su pacientų žalos atlyginimo klausimais yra reikalinga peržiūrėti.

4 lentelė. Pacientų žalos atlyginimo teisinė bazė.

Kategorija	Subkategorija	Pasitvirtinantys teiginiai
Pacientų žalos atlyginimo teisinė bazė	Reikalinga keisti	„...teisinis reglamentavimas yra sudėtingas, neefektyvus ir neužtikrinantis sklandaus paciento teisės į žalos atlyginimą įgyvendinimo praktikoje mechanizmo.“, „Nepakankama.“, „Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija ribota savo veiksmuose.“, „Nemanau kad teisinė bazė gera.“. „Reikėtų peržiūrėti, ypač dėl to, kas turėtų įrodinėti.“ „Trūksta nacionaliniu lygiu vieningų medicinos standartų.“.
	Pakankama	„Teisinė bazė pagal esamą situaciją pakankama.“
	Naudinga interesų	„Nes jei pažiūrėtume į komisijos sudėtį, skundų nagrinėjimo, kurioje yra ir pačių įstaigų vadovai, kurie yra suinteresuota pusė.“,

	grupėms	„Būtent teisinė bazė ir suponuoja tokią situaciją – tai yra prievartinis draudimas su vienu laimėtoju.“
	Neobjektyvi	„...kaltumo/nekaltumo prezumpcija pagrįsta sistema yra paremta žmogiškojo faktoriaus teorija.“

4.3. Visuomenės skiriamas dėmesys pacientų žalos atlyginimo politikai

Siekiant išsiaiškinti ekspertų nuomonę apie atskiras interesų grupes ir jų skiriamą dėmesį žalos atlyginimo politikos klausimams, informantų buvo klausama, ar pakankamai visuomenė skiria dėmesio nagrinėjamam klausimui, ar pakankamai diskutuojama šia tema, ar viešinimas yra pakankamas.

Šiuo klausimu informantas B pasisako, kad pacientų žalos atlyginimo klausimui neskiriama pakankamo dėmesio: „Manau nepakankamas. Kiekvienas pacientas lieka su savo problema pats, o rezonanso sulaukia arba atskiri atvejai, arba pačių pacientų pastangomis.“ O informantas C mano priešingai, išskirdamas didelį žiniasklaidos dėmesį, tačiau jis taip pat pažymi, kad žiniasklaidos įrankiais tam tikros pacientų žalos atlyginimo politikos problemos yra iškeliamos ne politikos gerinimo tikslais, o skandalams kurti: „Žiniasklaidos tai tikrai pakankamai skiriamas, ypač skandalingiems atvejams, kai išeitys fatališkos ir galima sukurpti skandaliuką, taigi paviršutiniškas. Rimtų objektyvių analizių paprasčiausiai nėra, nes apskritai Lietuvoje nelabai su tiriamąja žurnalistika.“ Nors žiniasklaida skiria daug dėmesio pacientų žalos atlyginimo klausimams, tačiau viešai analizuojami klausimai yra daugiau paviršutiniški, orientuoti į skandalų kūrimą, o ne į dėmesio atkreipimą į problemą, siekiant koreguoti politiką. Informantas E sako: „Žiniasklaidos dėmesys ribotas, toks ir turi būti, nes pacientų žalos atlyginimo politika privalo užtikrinti konfidencialumą“. Pastebima, kad informantų nuomonė išsiskiria dėl žiniasklaidos dėmesio pacientų žalos atlyginimo politikos klausimams, tačiau išryškėja, kad žiniasklaida viešina atskirus atvejus, o ne sveikatos politikos klausimą, pačio pacientų žalos atlyginimo modelio pokyčio poreikį ir pan. Informantas D vertindamas žiniasklaidos skiriamą dėmesį pacientų žalos atlyginimo klausimams taip pat sako: „Žiniasklaida dirba savo darbą – kas moka, to ir pusėje.“ Taigi ekspertai žiniasklaidos skiriamą dėmesį pacientų žalos atlyginimui vertina gana kritiškai, nebūtinai žiniasklaidos skiriamas dėmesys gali prisidėti prie teigiamo formuojamos politikos pokyčio. Informantas D taip pat sako, kad visuomenė nelabai išmano pacientų žalos atlyginimo politiką: „Visuomenė mažai apie tai nutuokia, nebent kai susiduria su tokiais

atvejais, kai lieka nepatenkinti gydymo įstaigų darbu.“ Taigi ir dėmesį į pacientų žalos atlyginimo politiką atkreipia tuomet, kai šie klausimai „paliečia“ asmeniškai, o kadangi procentaliai mažas žmonių skaičius patiria žalą dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigos ar gydytojo kaltės, tai ir visuomenėje pacientų žalos atlyginimo klausimai yra keliami retai. Informantas F sako: „*Visuomenėje labiau stebima kova tarp pacientų ir gydytojų, žiniasklaida tuo nuolatiniu konfliktu naudojasi, kad turėtų apie ką kalbėti, tačiau išsamiau ir aiškiau nėra daug kalbama apie žalos atlyginimo politiką.*“ Taigi informantas F taip pat pažymi kitų informantų įvardintą problemą, kad žiniasklaidos skiriamas dėmesys pacientų žalos atlyginimo politikos klausimams ne padeda kurti priimtinesnę pacientų žalos atlyginimo politiką, o kuria kitas problemas, pavyzdžiui medikų ir pacientų supriešinimas. Informantas F taip pat išskiria teisininkus, kurie skatina pacientus kelti žalos atlyginimo klausimus: „Teisininkai vis aktyviau skatina pacientus ginti savo teises teismuose“, informantas A taip pat pastebi teisininkų interesą pacientų žalos atlyginimo klausimų sprendime: „*teisininkai, advokatai yra nesuinteresuoti žalos atlyginimo „be kaltės“ modelio atsiradimu, nes teisminis modelis yra jų vienas iš pajamų šaltinių. Pavyzdžiui, kai buvo Seime svarstymas dėl šio modelio, tai dalyvavo CK kūrėjas. Dabar vyksta teismai, ieškiniai, įstaigos moka advokatams po 10 – 15 tūkstančių eurų, taip, kad šitoj vietoj yra teisininkų interesas didžiulis*“ Taigi teisininkai dažnesniu atveju pacientų žalos atlyginimo politikai skiria pakankamai dėmesio savo intereso prasme, nes už pacientų ar įstaigų gynimą teismuose, teisininkai gauna nemenką atlygį, taigi jie suinteresuoti, kad teisminis modelis išliktų. Galima daryti prielaidą, kad teisininkai, dalyvaudami pacientų žalos atlyginimo politikos klausimų svarstymuose yra šališki, suinteresuoti dėl konkrečios politikos įgyvendinimo, todėl jų skiriamas dėmesys gali būti netgi žalingas, orientuotas ne į visuomeninį interesą, bet į profesinį ar asmeninį. Informantas A tą patį sako ir apie draudimo kompanijas: „*Kalbant apie draudimo kompanijas – jos taip pat nesuinteresuotos žalos atlyginimo „be kaltės“ modelio atsiradimu, nes jos iš to gyvena*“, tačiau vertindamas bendrai, ar pakankamai dėmesio paciento žalos atlyginimo politikai skiriama, sako: „*Visuomenėje, žiniasklaidoje tie klausimai gvildenami tik baudžiamąja prasme. Naujos politikos aš negirdžiu, kad būtų analizuojama, svarstoma. Tikrai nepakankamas dėmesys šitam dalykui.*“

Apibendrinant, vieni ekspertai pastebi pakankamą, kiti tik paviršutiniškai skiriamą visuomenės ar atskirų interesų grupių dėmesį pacientų žalos atlyginimo politikos klausimams, tačiau taip pat yra pastebimas ir neigiamas dėmesys, arba neigiama įtaka žalos atlyginimo politikai, nes kai kurios grupės, kaip patys medikai, teisininkai ar draudimo kompanijos kai kurių informantų yra išskiriamos kaip suinteresuotosios šalys ne dėl visuomenės gerovės, o asmeninio intereso, taigi vertinant įsitraukimą kuriant ir formuojant pacientų žalos atlyginimo politiką, svarbu įvertinti, kokią įtaką ir kaip daro atskiros interesų grupės, koku tikslu jos imasi tam tikrų klausimų svarstymų ir pan.

5 lentelė. Pacientų žalos atlyginimo politikai skiriamas dėmesys.

Kategorija	Subkategorija	Pasitvirtinantys teiginiai
Pacientų žalos atlyginimo politikai skiriamas dėmesys	Nepakankamas	<p>„Manau nepakankamas.“,</p> <p>„Jei teisininkai skirtų tam dėmesio, turbūt teisinė bazė būtų palankesnė ir kitų susijusių šalių (gydymo įstaigų, pacientų, artimųjų) atstovams.“,</p> <p>„Manau, kad teisininkai neskiria pakankamo dėmesio...“,</p> <p>„Tikrai nepakankamas dėmesys šitam dalykui.“,</p> <p>„Naujos politikos aš negirdžiu, kad būtų analizuojama, svarstoma.“,</p> <p>Mažai kalbama apie tai, kad pacientai turi ne tik teises, bet ir pareigas.</p>
	Paviršutiniškas	<p>„...taigi paviršutiniškas.“,</p> <p>„Žiniasklaidos dėmesys ribotas“,</p> <p>„Visuomenėje, žiniasklaidoje tie klausimai gvildenami tik baudžiamąja prasme“</p>
	Pakankamas	<p>„Žiniasklaidos tai tikrai pakankamai skiriamas, ypač skandalingiems atvejams, kai išeitys fatališkos ir galima sukurpti skandaliuką...“</p>
	Formuojantis klaidingą nuomonę	<p>„...tačiau tendencija informacinio srauto de ja formuoja tokią ar panašių nuostatą, kad baisūs dalykai medicinoje vyksta ir tai todėl, kad gydytojai korumpuoti ir nedėmesingi ar aplaidūs.“,</p> <p>„O skambios antraštės su mirgančiais dideliais skaičiais ir skambiom frazėm tą masių nuomonę ir formuoja.“,</p> <p>„Žiniasklaida dirba savo darbą-kas moka, to ir pusėje.“,</p> <p>„Tai tokiu atveju irgi yra interesų konfliktas.“.</p>

	Nerezultatyvus	<p>„Viešojoje erdvėje yra daug diskutuojama apie pacientų ir gydytojų problemas, vykdomas reformas sveikatos priežiūros sistemoje, tačiau nėra prieinama vienos pozicijos. Viešojoje erdvėje yra daug diskutuojama apie pacientų ir gydytojų problemas, vykdomas reformas sveikatos priežiūros sistemoje, tačiau nėra prieinama vienos pozicijos.“,</p> <p>„Nėra išgryninamo sveikatos sistemos problemos ir nesuformuluoti prioritetai“.</p>
--	----------------	---

4.4. Interesų grupių įtaka pacientų žalos atlyginimo politikai

Tiriant ekspertų nuomonę apie tai, ar pakankamas dėmesys yra skiriamas pacientų žalos atlyginimo politikai išryškėjo ir atskirų interesų grupių įtaka, taigi kitu klausimu buvo teirujamasi, kaip atskiros interesų grupės veikia pacientų žalos atlyginimo politiką.

Informantas A pažymi, kad interesų grupių įtaka yra didžiulė, per įvairius kanalus, taigi interesų grupės pacientų žalos atlyginimo politiką veikia: „*Tiesiogiai ir netiesiogiai. Tiesiogiai, tai teikdamos pastabas ir siūlymus teisėkūros procesams, netiesiogiai – per tam tikrus lobistų kanalus, tai čia panašiai, kaip įtakoja politikus.*“ Informantas B išskiria draudimo kompanijas, kaip interesų grupę, darančią neigiamą įtaką pacientų žalos atlyginimo politikai: „*Draudimo kompanijos turi didžiausią interesą ne pacientų naudai. Kiekviena ASPĮ privalo savo veiklą drausti civilinės atsakomybės draudimu ir esant nukentėjusiam pacientui, jų interesas(draudikų) yra kuo mažesnė išmoka.*“ Informantas C sako: „*Mano nuomone labiausiai veikia tos interesų grupės, kurios valdo didžiausius pinigus ir yra susijusios su procesu. Tai galėtų būti verslo sektoriai tokie kaip draudikai, galbūt teisininkai.*“ Apie teisininkų ir draudikų įtaką pacientų žalos atlyginimo politikai ir jų interesus informantai užsiminė atsakydami ir į ankstesnius klausimus. Šias dvi interesų grupes būtų galima išskirti, kaip labiausiai suinteresuotas finansiškai, joms ypatingai aktualu, kad keičiant ar tobulinant pacientų žalos atlyginimo politiką teisminis modelis išliktų. Informantas D pastebi visų grupių interesus ir jų įtaką: „*Kiekvienas veikia per savo interesų prizmę.*“, jis mato didžiulį pacientų potencialą daryti įtaką priimamiems sprendimams, kurie susiję su pacientų žalos atlyginimo politikos klausimais: „*Pacientų atstovai gan aktyviai gali įtakoti žalos atlyginimo politiką sau naudinga linkme.*“. Pasak informanto E medikai taip pat yra interesų grupė, kuri veikia pacientų žalos atlyginimo politiką teigiamai: „*Medikų, pasikartosiu tiksliai – kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų užtikrinimas, normalios darbo sąlygos ir nekonfliktiniai santykiai su pacientais, tai ši interesų grupė šią politiką veikia, tiek, kad ji darytų teigiamą įtaką darbe, per Gydytojų Sąjungą, Medikų sąjūdį, kitas*

atskiras darbo grupės.“ Tačiau yra interesų grupių, kurios, pasak informanto E pacientų žalos atlyginimo politika naudojasi kaip pasipelnymo šaltiniu: „*Draudimo kompanijos – įstatymo prievolės drausti sveikatos priežiūros įstaigų civilinę atsakomybę pasipelnymo šaltinis, jos visais būdais stengiasi, kad kokia politika būtų įgyvendinama, išliktų privalomas draudimas, nes tai jų pasipelnymo šaltinis.*“. Priešingai nei kiti ekspertai, informantas F, interesų grupių įtakos nepastebi: „*Kadangi žalos atlyginimo klausimas nesirutulioja ir nesikeičia eilę metų, be to, nėra tiek medikų, tiek pacientų organizacijų žiūrėjimo viena kryptimi, Kadangi žalos atlyginimo klausimas nesirutulioja ir nesikeičia eilę metų, be to, nėra tiek medikų, tiek pacientų organizacijų žiūrėjimo viena kryptimi, tai sakyčiau, kad interesų grupės nėra labai aktyvios keičiant žalos atlyginimo modelį. Pažymėtina, kad informantas nemato ir draudimo kompanijų įtakos, kurią akcentavo visi kiti ekspertai: „manyčiau, kad draudimo bendrovės, bent jau kol kas neturi įtakos žalos atlyginimo politikai.*“

Taigi ekspertai ne vienodai vertina interesų grupių daromą įtaką pacientų žalos atlyginimo politikai ir žalos atlyginimo modelio tobulinimui. Pažymėtina, kad dauguma ekspertų akcentavo didžiulę teisininkų ir draudimo kompanijų įtaką, šios interesų grupės išskirtinos, kaip labiausiai suinteresuotos teismo modelio palaikymu dėl finansinės naudos. Kiek mažiau pastebima medikų ir pacientų įtaka, kuri labiau vertinama teigiamai, kaip prisidedanti prie pacientų žalos atlyginimo politikos raidos procesų. Taip pat buvo išskirta ir žiniasklaida, tačiau ji ekspertų vertinama ne vienareikšmiškai, lyg ir siekiama viešumo, tačiau, pagal tai, kaip pacientų žalos atlyginimo politikai aktualūs klausimai yra viešinami, dažnesniu atveju tai neduoda teigiamos naudos: kuriami skandalai, spaudoje pasirodo užsakomieji straipsniai, aktualūs tam tikroms interesų grupėms.

6 lentelė. Interesų grupių įtaka.

Kategorija	Subkategorija	Pasitvirtinantys teiginiai
Interesų grupių įtaka	Tiesioginė	„...teikdamos pastabas ir siūlymus teisėkūros procesams.“
	Netiesioginė	„...per tam tikrus lobistų kanalus, tai čia panašiai, kaip įtakoja politikus.“, „žiniasklaida, mano nuomone, neprisideda prie objektyvios informacijos sklaidos ir plačios, išsamios diskusijos viešojoje erdvėje vedimo apie dabar esamo modelio naudą ar trūkumus.“, „...ši interesų grupė šią politiką veikia, tiek, kad ji darytų teigiamą įtaką darbe, per Gydytojų Sąjungą,

		<i>Medikų sąjūdį, kitas atskiras darbo grupes.“</i>
	Daranti neigiamą įtaką	<p><i>„Draudimo kompanijos turi didžiausią interesą ne pacientų naudai.“,</i></p> <p><i>„Kiekviena ASPĮ privalo savo veiklą drausti civilinės atsakomybės draudimu ir esant nukentėjusiam pacientui, jų interesas(draudikų) yra kuo mažesnė išmoka.“</i></p>
	Kylanti dėl finansinės naudos	<p><i>„Draudimo kompanijos turi didžiausią interesą ne pacientų naudai“,</i></p> <p><i>„Mano nuomone labiausiai veikia tos interesų grupės, kurios valdo didžiausius pinigus ir yra susijusios su procesu.“,</i></p> <p><i>„Tai galėtų būti verslo sektoriai tokie kaip draudikai, galbūt teisininkai.“,</i></p> <p><i>„Draudimo kompanijos visada turės naudos...“,</i></p> <p><i>„Draudimo kompanijos – įstatymo prievolės drausti sveikatos priežiūros įstaigų civilinę atsakomybę pasipelnymo šaltinis“,</i></p> <p><i>„...jos visais būdais stengiasi, kad kokia politika būtų įgyvendinama, išliktų privalomas draudimas, nes tai jų pasipelnymo šaltinis.“.</i></p>
	Minimali	<p><i>„...tai sakyčiau, kad interesų grupės nėra labai aktyvios keičiant žalos atlyginimo modelį.“,</i></p> <p><i>„manyčiau, kad draudimo bendrovės, bent jau kol kas neturi įtakos žalos atlyginimo politikai.“.</i></p>
	Nėra vieninga tarp tos pačios interesų grupės atstovų	<i>„Medikai čia nėra vieningi ir vienodai įtakingi inicijuojant kokias nors reikšmingas pataisas.“.</i>

4.5. Teismo pacientų žalos atlyginimo modelio įtaka medikų darbui

Analizuojant atliktus tyrimus pacientų žalos atlyginimo, pacientų žalos atlyginimo modelių tobulinimo temomis pastebėta, kad skirtingi pacientų žalos atlyginimo modeliai skirtingai veikia ir medikų darbą, todėl atliekant ekspertinį tyrimą, buvo siekiama išsiaiškinti ekspertų nuomonę, kaip Lietuvoje taikomas teisminis pacientų žalos atlyginimo modelis veikia medikų darbą.

Visi ekspertai, dalyvavę tyrime teigė, kad teisminis pacientų žalos atlyginimo modelis neigiamai veikia medikų darbą. Pavyzdžiui informantas D sako: „*Teisminis metodas medikų darbą veikia žalingai...Jis (gydytojas) lieka kaltas, dėl to atsakomybės kratosi slėpdamas nepageidaujamus įvykius su pacientu. Tai neskatina mokytis iš klaidų, nes jis automatiškai tampa nusikaltėliu, prastesnės kvalifikacijos, žemesnių įgūdžių ir t.t., nors tai gal ir visai ne dėl jo, ar tik dalinai dėl jo kaltės pasireiškios kažkokios komplikacijos ir pan.*“ Panašų požiūrį išsakė ir informantas A, kuris taip pat nepageidaujamų įvykių slėpimą akcentavo, kaip vieną iš esminių teisminės pacientų žalos atlyginimo sistemos aspektų, kurie daro neigiamą įtaką medikų darbui: „*Medikus tai tikrai gąsdina, ypač slaugytojus. Tą informaciją pacientas gali nutekinti žurnalistams, perduoti teismui, tada atsiranda ieškiniai, žiniasklaidos dėmesys, tai gydytojams to nereikia. Tai aš tikiu, kad gydytojai tuos nepageidaujamus įvykius slepia, kiek tik įmanoma. Pavyzdžiui įstaigų administracijos lygiai taip pat bijo teisminių procesų ir žiniasklaidos. Taigi esama sistema saugos kultūros tikrai neskatina.*“ Taigi remiantis šių ekspertų išsakytais argumentais, galima teigti, kad dalis pacientų žalos atlyginimo politikos problemų kyla dėl teismo modelio taikymo, ir vienos iš jų yra gydymo paslaugų kokybės politikos gerinimo nebuvimas, arba per silpnas šių procesų skatinimas būtent dėl nepageidaujamų įvykių slėpimo, procesų analizės nebuvimo dėl medikų motyvo neregistruoti nepageidaujamų įvykių, juos slėpti ir pan. Šie veiksniai taip pat yra žalingi visai sveikatos politikai Lietuvoje.

Apie teismo pacientų žalos atlyginimo modelio taikymo neigiamą įtaką medikų darbui kalbėjo ir kiti ekspertai: informanto C nuomone, dokumentų, kuriuos yra privaloma pildyti skaičius yra perteklinis: „*PTŽAI įtaka kasdieniam mediko darbui puikiai atsispindi per formų, kurias privalo pasirašyti pacientas kiekį. Kiekvienas veiksmas, net nebūtinai intervencinis žmogaus organizmą gali paveikti ne taip kaip tikimasi, turėti nenusėjamų šalutinių reakcijų, taigi norėdami labai stipriai apsidrausti ir atitikti informuoto sutikimo kriterijus, medicinos darbuotojai duoda pacientams pasirašyti po didžiausiais sąrašais galimų komplikacijų, taip lyg pasidalindami atsakomybę.*“ Šie perteklinių dokumentų pildymai viena vertus, rodo logiškus reikalavimus, paremtus įstatymu, tačiau kita vertus, tai atspindi ir medikų baimę prisiimti atsakomybę už galimas paciento ligos komplikacijas. Informantas pasakojo apie medikų baiminimą nuo pat karjeros pradžios dėl galimos klaidos ar netinkamai pateiktos informacijos rizikos: „*Profesinės praktikos pradžioje teko ne kartą girdėti iš*

vyresnių kolegų – rašyk ligos istoriją ypač kruopščiai, juk rašai ne sau, rašai prokurorui....“ Taigi tokios išsakytos mintys parodo perdėtą baimę ir įtampą medikų darbe. Taip pat svarbus pastebėjimas ir medikų su pacientais supriešinimas: „Iššūkiai yra agresyvūs, priešišškai nusiteikę pacientai.“ Apie įtampas medikų darbe kalbėjo ir informantas F, kurio argumentai atskleidžia ir kitas pacientų žalos atlyginimo politikos problemas, tokias, kaip pertekliniai, nebūtini kaštai: „Medikai yra pasiruošę nuolat „gintis“ nuo pacientų, todėl siuntinėja dažnai nepagrįstai pas kitus specialistus, prirašo ne visada reikiamus vaistus, tyrimus (išrašo vaistą, nes to reikalauja pacientas, o gydytojas nenori su juo pyktis).“ Informantas E taip pat teisminių pacientų žalos atlyginimo modelį vertina neigiamai: „Medikams šis pacientų žalos atlyginimo modelis – SIAUBAS. Jis trukdo medikų darbą, pasitaiko situacijų, kurios tikrai žemina medikų darbą.“

Nors mokslinėje literatūroje aprašomos pacientų žalos atlyginimo teismo modelio taikymo problemos, kurias įvardija ir tyrimo ekspertai, tačiau pastebima, kad ekspertai nėra vieningos nuomonės dėl modelio taikymo praktiškai, nes dėl mediko „kaltumo“ įrodinėjimo pasekmių, nesutaria, pavyzdžiui informantas B sako: „kaip ir paminėjau aukščiau, jaučiasi „laisvė“ – juk tiesioginė atsakomybė netaikoma. Kiek galima kalbėti apie regresą – medikų poreikis šalyje didelis, vadinasi į regresą žiūrima atsargiai.“ Taigi informantas teismo modelio taikymo problemas išvelgia „kitu kampu“, jis problemą pastebi tame, kad gydytojas tiesiogiai nėra atsakingas už padarytą žalą, atsako įstaiga, draudimas išmoka kompensacijas ir pan., nors teoriškai regresio tvarka galėtų būti taikoma, jis teigia, kad praktiškai taip nėra.

Apibendrinant teisminis pacientų žalos atlyginimo modelis turi neigiamos įtakos medikų darbui. Visų pirma, dėl šio modelio taikymo dalis medikų darbe patiria stresą ir įtampą, neretai imasi perteklinių procedūrų pacientų gydymo procese, siekiant išvengti konflikto su pacientais arba dėl galimų komplikacijų rizikos. Tai sudaro įstaigoms papildomas, perteklines išlaidas. Taip pat svarbu paminėti, kad dėl teismo pacientų žalos atlyginimo modelio taikymo yra slepiamos medikų klaidos ir nepageidaujami įvykiai asmens sveikatos priežiūros įstaigose, šie veiksniai lemia tolimesnes neigiamas pasekmes, tokias kaip nulėtėjęs gydymo procesų tobulinimas, mokymosi iš medicininių klaidų procesai ir panašiai. Taigi situacijos, kuomet medikas lieka kaltas skatina dėl nesėkmingo gydymo neskatina kokybės tobulinimo procesų. Visos šios situacijos taip pat neigiamai veikia medikų ir pacientų santykius, vietoj situacijos, kuomet šios dvi pusės bendradarbiautų dėl geresnės sveikatos, jos yra supriešinamos. Žinoma, yra ir kitokių nuomonių. Kadangi gydytojas nėra atsakingas tiesiogiai, teisininkai įvardija, kad dėl to gydytojais nėra pilnai atsakingi už savo darbą ir jo metu padarytas gydymo klaidas. Galima sakyti, kad konsensuso pacientų žalos atlyginimo politikos klausimai tarp skirtingų interesų grupių nėra.

7 lentelė. Teisminio pacientų žalos atlyginimo modelio įtaka medikų darbui.

Kategorija	Subkategorija	Pasitvirtinantys teiginiai
Teisminio pacientų žalos atlyginimo modelio įtaka medikų darbui	Sukuria situacijas, kuomet medikas liekas kaltas	„Jis lieka kaltas.“, „...rašyk ligos istoriją ypač kruopščiai, juk rašai ne sau, rašai prokurorui....“.
	Skatina slėpti nepageidaujamus įvykius	„...atsakomybės kratosi slėpdamas nepageidaujamus įvykius su pacientu.“, „Tai skatina viską, ko kartais ir nereikia, slėpti.“, „Medikus tai tikrai gąsdina, ypač slaugytojus.“, „...gydytojai tuos nepageidaujamus įvykius slepia, kiek tik įmanoma.“, „Slepia savo klaidas ir vengia jas analizuoti su kolegomis.“.
	Medikų darbą veikia neigiamai	„Teisminis metodas medikų darbą veikia žalingai.“, „Tai nei vieny nei kitų neskatina ta sistema dirbti saugiai.“, „O jeigu dar kažkas atsitinka, tai medikas jaučiasi neginamas nei teisinės bazės, nei administracijos, vienas lauke karys.“, „Tai tikrai neįneša saugumo jausmo dirbant šį darbą.“, „Medikams šis pacientų žalos atlyginimo modelis – SIAUBAS“, „Jis trukdo medikų darbą.“.
Daro neigiamą įtaką paslaugų teigimo procesų gerinimui	„Tai neskatina mokytis iš klaidų.“, „Taigi esama sistema saugos kultūros tikrai neskatina.“.	

	Supriešina medikus su pacientais	„Iššūikiai yra agresyvūs, priešiška nusiteikę pacientai.“, „Medikai yra pasiruošę nuolat „gintis“ nuo pacientų.“, „...medikai dažnai yra užgauliojami dėl įvairių sisteminių dalykų.“.
	Padidina kaštus	„...siuntinėja dažnai nepagrįstai pas kitus specialistus, prirašo ne visada reikiamus vaistus, tyrimus.“.

4.6. Įgyvendinamos pacientų žalos atlyginimo politikos poveikis gydymo paslaugų kokybės gerinimui

Visuomenė sveikatos priežiūros specialistų klaidoms nėra tolerantiška, o nesėkmė mediko darbe yra laikoma mediko klaida dėl nekompetencijos ar kitų priežasčių, dėl kurių yra kaltinamas medikas. Paplitusi nuomonė, kad mediko nubaudimas dėl padarytos klaidos jį nušalinant nuo einamų pareigų išsprendžia problemas, kad ateityje daromos klaidos nesikartotų, tačiau klaidos, atsirandančios dėl žmogiškojo faktoriaus nėra absoliučios, tai tik dalis klaidų ar nepageidaujamų įvykių.¹⁴⁵ Taigi prioritetas turėtų būti ne „kaltų“ ieškojimas ir tuo pačiu medikų su pacientais supriešinimas, o sisteminis požiūris į pacientų saugą, kaip faktorių priklausantį nuo daugelio veiksnių.¹⁴⁶ Todėl siekiant pagerinti gydymo paslaugų kokybę, skiriant didesnę dėmesį pacientų saugos kultūros plėtrai, klaidų ir nepageidaujamų įvykių skaičiaus mažėjimui, yra būtinas medikų klaidų ir nepageidaujamų įvykių registravimas, jų kilmės priežasčių analizė, nes tokiu būdu būtų sudarytos sąlygos mokytis iš klaidų ir tobulinti procesus.

Siekiant išsiaiškinti pacientų žalos atlyginimo politikos, naudojant teisminį pacientų žalos atlyginimo modelį įtaką pacientų saugos kultūros stiprinimui, gydymo procesų tobulinimui, informantų buvo klausama, kaip pacientų žalos atlyginimo politikos įgyvendinimas, naudojant teisminį modelį veikia nepageidaujamų įvykių registravimą, o vėliau ir gydymo procesų tobulinimą.

Informantas A šiuo klausimu teigia, kad „Daugiausia nepageidaujamų įvykių vyksta ne dėl medikų kaltės, o dėl pačių sistemų: didelis krūvis, nėra tinkamai sutvarkytos darbo vietos, triukšmas, dėmesio

¹⁴⁵ Higienos institutas, Nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemos diegimas ir plėtra Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose, 2015 Vilnius, 5 psl. Preiga internete <[http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Rekomendacijos/Nepageidaujamu%20ivykiu%20registravimas%20A5 .pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Rekomendacijos/Nepageidaujamu%20ivykiu%20registravimas%20A5.pdf)>

[žiūrėta 2018.10.14]

¹⁴⁶ Ten pat.

blaškymas ir t.t. Tai iš esmės tai įvyksta netyčia.“ Todėl medikų kaltinimas problemų ir neišsprendžia, turėtų būti peržiūrėti sisteminiai mechanizmai. Informantas E sako: „*Dabartinis žalos atlyginimo modelis neigiamai veikia įvykių registravimą, nes gydytojai nėra linkę jų registruoti... O šiaip kiek įmanoma, tas bandoma nuslėpti, nes medikai yra baudžiami. Kadangi nepageidaujami įvykiai maksimaliai nėra registruojami, tai ir gydymo procesus ši situacija veikia neigiamai, nes kuomet neigiamos situacijos nefiksuojamos, jos ir neanalizuojamos, o to pasekoje ir atitinkami procesai nėra tobulinami.*“ Panašius pastebėjimus išsakė ir informantas B, paantrindamas, kad „*...medikai visgi yra kaltinami dėl padarytų klaidų, skatina slėpti jas, todėl ir nepageidaujamų įvykių yra stengiamasi neregistruoti.*“ Informantas taip pat teigia, kad ši situacija neigiamai atsiliepia pacientams: „*...pacientai nukenčia, nes paslaugų kokybė galėtų pakilti įgyvendinus kokybės sistemas.*“, kalbėdamas apie neigiamus pacientų žalos atlyginimo teismo modelio taikymo aspektus, informantas taip pat papildo, jog klaidų ir nepageidaujamų įvykių registravimui neigiamai atsiliepia ir daug gilesni veiksniai: „*...mūsų kultūroje taip yra, stengiamasi viską slėpti, kad atrodytų, jog viskas įstaigoje gerai.*“. Taigi gilios kultūriškai susiklosčiusios priežastys, tradicijos daro didžiulę įtaką pacientų saugos politikai. Apie kultūros svarbą pacientų saugos politikos formavimui įtaką darančių klaidų ir nepageidaujamų įvykių registravimą, papildydamas neigiamais padariniais, nuomonę išsakė ir informantas C „*Galiu pasikartoti, kad tai nebent skatina komplikacijų registravimo vengimą, nes nėra kultūros tokios. Komplikacija lygu aplaidumas. Kaltė bet kuriuo atveju mediko pusėje, nes na neeskaluojama kad normalu medicinoje iki 10 proc. komplikacijų. O pati žalos atlyginimo politika tai tikrai neskatina ypač vyresnės kartos gydytojų. Nesant kokybiško registravimo nukenčia ir analizė bei tobulinimas, klaidų išvengimo algoritmų kūrimas ir diegimas pagrįstas būtent Lietuvos sąlygomis unikalios patirtimi. Pacientams tik blogiau žiūrint plačiai ir į priekį. Apskritai dvi barikadų pusės yra blogai pacientams.*“. Informantas D taip pat pasakojo apie žalą pacientams dėl pacientų žalos atlyginimo teismo modelio, kuomet siekiama įrodyti mediko kaltę dėl žalos atlyginimo „*Gydymas gali užsitęsti, nes laiku nesiimama reikiamų priemonių, kad neparodyti padarytos klaidos ir pan... Pacientai nesužino visos tiesos apie suteiktas paslaugas, tame tarpe ir nekokybiškas. Gal net nukenčia sveikata ar finansai.*“ Taigi, remiantis ekspertų nuomonę, pastebima didžiulė žala pacientams dėl įvairių dalykų, jų sveikatos, prarastų finansų, ne tokių kokybiškų paslaugų, kokias galėtų pacientai gauti, galiausiai dėl santykių tarp medikų ir pacientų bei perteklinių procedūrų, ir medikų kvalifikacijos kėlimui apie ką kalbėjo informantas F: „*Pamirštama, kad tai yra puikus dalykas proceso gerinimui ir klaidų analizei bei mokymuisi iš jų, rizikos valdymui, galbūt net mediko profesinės kvalifikacijos kėlimo poreikiui įvertinti.*“

Apibendrinant ekspertų išsakytą nuomonę, galima teigti, kad pacientų saugos politikai nepageidaujamų įvykių ir padarytų klaidų registravimas daro didžiulę įtaką. Neslepiant padarytų klaidų ir visų nepageidaujamų įvykių įstaigose, būtų daugiau galimybių procesų analizei, jų tobulinimui, būtų

išvengiama daugiau nepageidaujamų įvykių, taip pat pagerėtų tiek pačių pacientų, tiek sveikatos priežiūros įstaigų finansinė situacija, susijusi su kaštais, išleidžiamais gydymo procedūroms, nes būtų išvengta perteklinių procedūrų ir pan. Informantai teigia, kad Lietuvoje taikomas teisminis pacientų žalos atlyginimo modelis neigiamai veikia klaidų ir nepageidaujamų įvykių registravimą, tai neskatina procesų tobulinimo, aukštesnės paslaugų kokybės, todėl pacientų žalos atlyginimo politikos pokyčiai galėtų būti vienas ir sprendimo būdų, siekiant pagerinti pacientų saugos politiką. Tačiau pacientų žalos atlyginimo modelio taikymas nėra vienintelė problemos priežastis. Ekspertai taip pat įvardija, kad kultūriniai aspektai taip pat žalingai veikia nepageidaujamų įvykių ir klaidų registravimą, todėl pačių medikų požiūrio formavimas taip pat yra ypač svarbus.

8 lentelė. Įgyvendinamos pacientų žalos atlyginimo politikos įtaka pacientų saugai.

Kategorija	Subkategorija	Pasitvirtinantys teiginiai
Įgyvendinamos pacientų žalos atlyginimo politikos įtaka pacientų saugai	Neskatina procesų tobulinimo	<p>„...gydymo procesus ši situacija veikia neigiamai.“,</p> <p>„Procesų tobulinimui, manau, kad tai tikrai žalinga.“,</p> <p>„Analizė taampa menkavertė, nes tokių įvykių nėra daug, juos sunku analizuoti, ieškant ryšio tarp problemos ir sprendimo būdų.“,</p> <p>„Pamirštama, kad tai yra puikus dalykas proceso gerinimui ir klaidų analizei bei mokymuisi iš jų, rizikos valdymui“.</p>
	Skatina slėpti nepageidaujamų įvykių faktus	<p>„...dėl medikų kaltinimo, žinoma, kad ši sistema neskatina nepageidaujamų įvykių registruoti.“,</p> <p>„neigiamai veikia įvykių registravimą, nes gydytojai nėra linkę jų registruoti.“,</p> <p>„...medikai visgi yra kaltinami dėl padarytų klaidų, skatina slėpti jas.“.</p> <p>„Visi stengiasi išvengti skandalų.“,</p> <p>„Tradiciškai manoma, kad šis modelis įtakoja gydytojų nenorą registruoti nepageidaujamus įvykius...“,</p> <p>„O pati žalos atlyginimo politika tai tikrai neskatina ypač vyresnės kartos gydytojų.“,</p> <p>„...registravimas tokių atvejų yra ribotas, nes įvykiai yra slepiami.“.</p>

	<p>Pacientai gauna prastesnės kokybės paslaugas, nei galėtų</p>	<p>„...žalingas tiek gydymo įstaigoms, tiek patiems pacientams, kurie negauna tokių kokybiškų paslaugų, kokias galėtų gauti...“;</p> <p>„Tai analogiškai ir pacientai nukenčia.“;</p> <p>„Nesant kokybiško registravimo nukenčia ir analizė bei tobulinimas...“;</p> <p>„Pacientams tik blogiau žiūrint plačiau ir į priekį.“;</p> <p>„Apskritai dvi barikadų pusės yra blogai pacientams.“;</p> <p>„Gydymas gali užsitęsti, nes laiku nesiimama reikiamų priemonių, kad neparodyti padarytos klaidos ir pan.“;</p> <p>„Gal net nukenčia sveikata ar finansai.“.</p>

4.7. Pacientų ir medikų santykiai

Tyrimo ekspertai, kalbėdami apie pacientų žalos atlyginimo situaciją Lietuvoje, pacientų ir medikų santykius įvardijo kaip vieną iš probleminių aspektų, todėl jų buvo klausama, kaip pacientų žalos atlyginimo politika daro įtaką medikų ir pacientų santykiams, kokie jie yra šiandien, kodėl susiklosčiusi situacija yra įvardijama, kaip probleminė.

Informantas E teigia, kad „Dabartinė politika – tai medikų ir pacientų tarpusavio kiršinimas. Yra vykdoma tik „SKUNDIMO“ politika.“ Pasak eksperto šis medikų ir pacientų supriešinimas yra didžiulė problema, apsunkinanti mediko darbą. Informantas B sako, kad dabartinė situacija taip pat kuria įtampas tarp medikų ir pacientų: „Medikas yra priverstas nuolat gintis, o pacientas pulti ir rinkti įrodymus, kad gydytojas padarė kažką ne pagal reikalavimus. Pacientas nesijaučia saugus, o visa ši situacija medikus žemina.“ Informantas A taip pat pastebi neigiamą pacientų žalos atlyginimo politikos įtaką medikų ir pacientų santykiams: „Manau, kad daugiausia žalos medicinos sektoriuje yra padaryta vien dėl to, kad sistema supriešina medikus ir pacientus. Vien todėl, kad medikas yra

kaltas, jis, kad ir būdamas geras medikas, praranda savo autoritetą paciento akyse. Žinome, kad medicina gydo, gydo ir placebo, gydytojo žodis... Bendrai pažiūrėjus medikai, jie kenčia nuo šitos sistemos.“ Taigi pasak eksperto, medikų ir pacientų santykių problema neigiamai atsiliepia ir medikams, ir pacientams. Informantas F įvardija ir daugiau faktorių, kurie sukelia įtampas tarp medikų ir pacientų: „Santykiai tarp pacientų ir medikų yra įtempti... Pagrindinė to problema yra netinkama sveikatos priežiūros sistemos politika, reformos, kurios vykdomos tik tam, kad būtų imituojami pokyčiai, tačiau nesprendžiamos esminiai sveikatos sistemos skauduliai. Sakyčiau, kad dabartiniai pacientų ir gydytojų santykiai yra viena iš žalos atlyginimo politikos problemų.“ Apie tai, kad pacientų ir medikų santykių problemas kuria daugiau faktorių kalba ir informantas C: „Sveikata yra bendras tikslas ir mediko ir paciento, tačiau labai daug niuansų šiandien Lietuvoje įtakoja tą santykį, ne vien tik žalos atlyginimo politika. Žinoma, jei gydytojas būtų ginamas labiau, jis jaustųsi saugesnis, būtų tik geriau. Šiuo atveju „be kaltės“ modelis galėtų pasitarnauti“ Informantas C kalbėdamas apie medikų ir pacientų santykius pastebi daugiau probleminių aspektų dėl medikų nesaugumo jausmo, o informantas D įvardija problemas, kylančias iš paciento pusės: „Santykiai įtempti, nes pacientai mano, kad nuo jų kažkas slepiama. Jie dažnai akcentuoja, kad ne apie viską buvo informuoti. Gydytojai taip pat vengia pacientų, kurie daug klausinėja ir įtariai, bendravimas darosi neprofesionalus, nenuoširdus, epizodiškas. Taip, tai yra viena iš žalos atlyginimo politikos problemų.“

Taigi pacientų ir medikų santykiai, kaip įvardija tyrimo ekspertai, yra problemiški: įtempti ir nenuoširdūs. Šių santykių problemiškumą įtakoja įvairios sisteminės sveikatos politikos priežastys, vienas iš faktorių, kuriančių blogą paciento ir mediko santykį yra pacientų žalos atlyginimo politika. Pasak informantų, ji supriešina medikus ir pacientus, jie yra sukiršinami, vyrauja „skundimo“ ir kaltų „ieškojimo“ politika, pacientai, pakliuvę į sveikatos priežiūros įstaigą yra ypač pažeidžiami, jaučiasi nesaugūs, įtariai vertina kiekvieną mediko veiksmą, o šie taip pat jaučiasi žeminami, kaltinami, tai sukuria dvi priešiškas stovyklas, kas trukdo sklandžiam gydymo procesui ir mediko su pacientu bendradarbiavimui dėl geresnių sveikatos rezultatų. Taigi pacientų ir medikų supriešinimas nėra tik viena iš pacientų žalos atlyginimo politikos problemų, tai visos sveikatos politikos problema, todėl siekiant sklandaus gydymo proceso, ją būtina spręsti.

9 lentelė. Pacientų žalos atlyginimo politikos įtaka pacientų ir medikų santykiams.

Kategorija	Subkategorija	Pasitvirtinantys teiginiai
Pacientų žalos	Supriešina medikus ir pacientus	„...tai medikų ir pacientų tarpusavio kiršinimas.“ „Gydytojai ir pacientai yra supriešinami.“

<p>atlyginimo politikos įtaka pacientų ir medikų santykiams</p>		<p>„Ši kaltų ieškojimo sistema kuria įtampas tarp medikų ir pacientų.“,</p> <p>„Tai iš esmės šioje vietoje santykis yra tikrai pažeidžiamas.“,</p> <p>„Santykiai tarp pacientų ir medikų yra įtempti.“,</p> <p>„...tai lyg dvi barikadų pusės ten, kur būtina kooperacija.“,</p> <p>„Santykiai įtempti, nes pacientai mano, kad nuo jų kažkas slepiama.“</p>
	<p>Skatina medikų vardo žeminimą</p>	<p>„...visa ši situacija medikus žemina.“,</p> <p>„Medikas yra priverstas nuolat gintis.“,</p> <p>„Vien todėl, kad medikas yra kaltas, jis, kad ir būdamas geras medikas, praranda savo autoritetą paciento akyse.“,</p> <p>„...medikai, jie kenčia nuo šitos sistemos.“,</p> <p>„Tad pacientai linkę daugeliu atveju, o dažnai ir be pagrindo, kaltinti gydytojus.“</p>
	<p>Trukdo sklandžiam gydymo procesui</p>	<p>„Nėra kuriamos jokios procedūros, kurios skatintų tarpusavio bendradarbiavimą.“,</p> <p>„Tai apsunkina medikų darbą.“,</p> <p>„Tai neskatina bendradarbiavimo.“,</p> <p>„.. Gydytojai taip pat vengia pacientų, kurie daug klausinėja ir įtariai, bendravimas darosi neprofesionalus, nenuoširdus, epizodiškas.“</p>
	<p>Kuria sistemines problemas</p>	<p>„Tai tikrai didžiulė visos sveikatos politikos problema.“,</p> <p>„...daugiausia žalos medicinos sektoriuje yra padaryta vien dėl to, kad sistema supriešina medikus ir pacientus.“</p>
	<p>Pacientai</p>	<p>„Pacientas nesijaučia saugus.“</p>

	nesijaučia saugūs gydymo įstaigose	
--	--	--

4.8. Pacientų žalos atlyginimo politikos problemos

Aptarus visus darbo autorės pastebėtus probleminius klausimus, tam, kad būtų ištirti visi pacientų žalos atlyginimo probleminiai aspektai, ekspertų buvo klausiama, kokias problemines situacijas jie pastebi, kokias dar pacientų žalos atlyginimo politikos problemas įžvelgia.

Informantas F sako: „Daug problemų kyla dėl ekspertų išvadų, kai nagrinėjama byla teisme...“ Taip pat ekspertas mato ir Komisijos, kuri nagrinėja skundus problemiška: „...manau vietoje privalomos SAM komisijos, nagrinėjančios pacientui padarytą žalą, turėtų būti privaloma mediacija.“ Informantas D taip pat įvardija problemas: „*Nesubalansuota teisinė bazė. Gydymo įstaigos draudžiasi privalomai ir savanoriškai, draudžia gydytojus, bet gydytojas nesijaučia saugus.*“ Pastebima, kad pati pacientų žalos atlyginimo politika suformuota problematiškai, lyg ir kurti mechanizmai galimoms problemoms išvengti, bet praktiškai tai nepasiteisino. Informantas E medikų ir pacientų santykių problemiška pastebi kaip didžiausią pacientų žalos atlyginimo politikos problema: „*Aš manau, kad didžiausia problema, tai medikų ir pacientų supriešinimas. Pacientams kreipimasis į teismą brangiai kainuoja, užtrunka daug laiko, reikalauja arba specifinių žinių, arba dar kartą pinigų, kreipiantis į advokatą. Teisme priešastinius ryšius, medikų kaltę dažnai sunku įrodyti, nes sveikatą dažnai įtakoja daugelis veiksnių. Galiausiai, grėsmė medikams prarasti licencija skatina juos slėpti gydymo klaidas.*“ Taigi problemos ir jų sprendimas yra aktualus abiem labiausiai suinteresuotoms šalims: tiek medikams, tiek pacientams. Informanto D nuomonė išsiskiria iš kitų ekspertų, jis teigia, kad „*Pacientų prioritetizavimas yra didžiausia problema.*“ Pasak ekspertų, daug skundų yra nepagrįstų, medikai yra „puolami“, „terorizuojami“ taigi viena vertus, pacientų žalos atlyginimo politika, yra silpna pacientams, tačiau ši sistema netenkina ir medikų.

Informantas E pastebi, kad pati pacientų žalos atlyginimo politika yra problematiška, nėra aiškumo: „*Be to, kokia iš viso yra žalos atlyginimo politika pas mus? Koks tikslas šios politikos? Kokį rezultatą norime turėti? Medicina be klaidų yra utopija.*“ Taip pat ekspertas pažymi ir kitas problemas: „*Teisminės procedūros yra problematiškos. Pacientai turi būti skatinami žinoti savo pareigas ir turi būti realios sankcijos už tų pareigų nevykdymą (šiuo metu to nėra).*“ Informantas A taip pat papildo pastebimomis pacientų žalos atlyginimo politikos problemomis: „*Tai tų pavyzdžių yra*

daug – nuolatiniai konfliktai tarp medikų ir gydytojų, neregistravimas įvykių“, informantas taip pat pastebi probleminius aspektus sisteminiuose, kultūriniuose dalykuose „Yra labai daug suinteresuotų pusių, kurios nepalaiko sistemos, ne todėl, kad jos visos nepritartų šitam modeliui, bet jos nepalaiko šito modelio esamoj teisinėj aplinkoj ir esamoj visuomenės išprusimo stadijoj. Nei žmonės, nei sistemos, informacinės bazės neparuoštos, techniškai paruošiamas modelis ir bandomas įstatymiškai įtvirtinti. Matau ir politinės lyderystės problemą, neaišku, kas yra šeimininkas. Ar Seimas, ar Vyriausybė, ar Ministerija, ar visi kartu. Neaišku su kuo reikia dirbti, kad yra pozicijoj šiuo klausimu. Trūksta tęstinumo, pakeičia tai vieną punktą, tai kitą įdeda. Politikoje per mažai dėmesio yra skiriama saugos kultūros formavimui, aiškinimui, švietimui.“

Apibendrinant ekspertų išsakytus pastebėjimus, galima teigti, kad pacientų žalos atlyginimo politika yra problematiška žvelgiant iš įvairių pusių. Be jau anksčiau tyrime aptartų problemų tokių, kaip draudimo kompanijų lobizmas ir siekis praturtėti gydymo įstaigų sąskaita, kuomet didelės sumos yra mokamos už draudimus, o išmokų dydžiai yra dešimtimis kartų mažesni už visas draudimų išmokas. Taip pat pastebėta kitų sisteminių problemų: pacientų žalos atlyginimo politika kelia tiek medikų, tiek pacientų nepasitenkinimą, gydytojai nėra saugūs savo darbe dėl galimo persekiojimo, kaltinimo rizikos, o pacientai taip pat jaučiasi nesaugūs, patirtą žalą sunku įrodyti, o jiems tenkanti įrodinėjimo našta, pasitelkus teisininkų paslaugas ne tik ilgai užtrunka, bet ir brangiai kainuoja. Kitas svarbus ekspertų pastebėjimas buvo dėl klaidų ir nepageidaujamų įvykių registravimo. Šios problemos trukdo pacientų saugos politikos plėtrai, procesų tobulinimui, analizei, bei mokymuisi iš klaidų, tai pat pastebėta ir medikų bei pacientų santykio problema. Paklausus ekspertų apie kitas jų pastebimas problemas, jie taip pat įvardija sudėtingą teisminį mechanizmą, teisminių procedūrų trukdžius, taip pat ekspertai sako, kad esama sistema yra brangi, kurianti įtampas medikų darbe, taip pat pastebima, kad kultūrinė aplinka yra neparuošta efektyviam pacientų žalos atlyginimo mechanizmo veikimui, taip pat trūksta politinės lyderystės, nėra aiškiai pasidalintos atsakomybės.

10 lentelė. Pacientų žalos atlyginimo politikos problemos.

Kategorija	Subkategorija	Pasitvirtinantys teiginiai
Pacientų žalos atlyginimo politikos problemos	Medikų ir pacientų santykių problemos	„...didžiausia problema, tai medikų ir pacientų supriešinimas.“, <i>nuolatiniai konfliktai tarp medikų ir gydytojų.“</i>

Teisminių procedūrų trukdžiai	<p>„Daug problemų kyla dėl ekspertų išvadų, kai nagrinėjama byla teisme.“,</p> <p>„Teisme priežastinius ryšius, medikų kaltę dažnai sunku įrodyti.“,</p> <p>„Teisminės procedūros yra problematiškos.“,</p> <p>„Ekspertizė gali trukti net apie metus, tada pati byla trunka keletą metų, daug kas pasimiršta per tą laiką...“.</p>
Įtampos gydytojų darbe	<p>„...gydytojas nesijaučia saugus.“,</p> <p>„(Gydytojas) gali būti tiesiogiai prieinamas paciento skundams, terorui.“.</p>
Dideli kaštai, o norimi rezultatai nepasiekiami	<p>„Gydymo įstaigos draudžiasi privalomai ir savanoriškai, draudžia gydytojus, bet gydytojas nesijaučia saugus.“,</p> <p>„Aišku gydymo įstaigos turės susimokėt už šitą modelį, bet kitas klausimas, kokia joms nauda.“.</p>
Neaiškus atstovavimo pacientui mechanizmas.	<p>„Neaiškus atstovavimo pacientui mechanizmas.“,</p> <p>„Šiuo metu žala gali būti priteista plačiam ratui artimųjų, kurie nėra ar nebuvo, tarkim, mirusio paciento išlaikomi.“.</p>
Neaiškūs priimtų sprendimų dėl žalos atlyginimo vertinimo kriterijai	<p>„Moralinės žalos ir turtinės žalos aiškios sampratos, piniginės vertės ribų, įvertinimo metodikos neaiškumas.“.</p>
Sistema nepalanki pacientams	<p>„Pacientams kreipimasis į teismą brangiai kainuoja, užtrunka daug laiko, reikalauja arba specifinių žinių.“.</p>
Trukdo paslaugų kokybės	<p>„...skatina juos (gydytojus) slėpti gydymo klaidas, kas trukdo siekti aukštesnės gydymo paslaugų kokybės.“</p>

	gerinimui	„...neregistravimas įvykių.“, „...per mažai dėmesio yra skiriama saugos kultūros formavimui, aiškinimui, švietimui.“.
	Pacientų prioritizavimas	„Pacientų prioritizavimas yra didžiausia problema.“
	Nepalanki kultūrinė aplinka	„...reiktų dirbti viešinimo darbą, kad iš esmės pasikeistų požiūris.“, „Taigi kai yra kultūrinės dirvos paruošimas, tada galima kalbėti apie technikas ir modelio diegimą.“, „Nei žmonės, nei sistemos, informacinės bazės neparuoštos, techniškai paruošiamas modelis ir bandomas įstatymiškai įtvirtinti.“.
	Politinės lyderystės stoka	„Matau ir politinės lyderystės problemą.“, „...neaišku, kas yra šeimininkas. Ar Seimas, ar Vyriausybė, ar Ministerija, ar visi kartu.“.

4.9. Žalos atlyginimo „be kaltės“ modelio vertinimas

Žalos atlyginimo modelis „be kaltės“, kurio esmė yra pacientų žalos atlyginimas neįrodant mediko kaltės fakto sėkmingai įgyvendinamas kitose šalyse, tokiose kaip Švedija, Naujoji Zelandija, Danija, Suomija, Norvegija yra siūlomas ir Lietuvoje. Žalos atlyginimo „be kaltės“ politika yra vertinama nevienareikšmiškai, ji turi ir privalumų, ir trūkumų. Taigi siekiant išsiaiškinti ekspertų nuomonę žalos atlyginimo „be kaltės“ modelio taikymo klausimais bei šiuo metu siūlomo žalos atlyginimo „be kaltės“ modelio klausimais, jų buvo klausama, kaip vertina šį modelį, ar jis tinkamas Lietuvai, taip pat buvo klausama kaip vertinate dabar Sveikatos apsaugos ministerijos siūlomą žalos atlyginimo modelį? Kokius privalumus jis galėtų atskleisti/ kokius trūkumus galėtų išspręsti.

Informantas C įžvelgia galimas rizikas įgyvendinant pacientų žalos atlyginimo „be kaltės“ politiką: „...biurokratinė našta dėl skundų kiekio gali būti labai didelė. Lietuvoje, manau, teisininkų paraginti ir šiaip sąmokslu teorijų primaitinti pacientai gali sukurti tikrą antplūdį. Jei pacientas netektų teisės po žalos išmokos gavimo dar kreiptis į teismą – tai išspręstų gydymo įstaigų privalomo civilinės atsakomybės draudimo klausimą, tačiau nemanau, kad tokia nuostata bus įtvirtinta. Kitu atveju gal palengvintų gydytojams darbo sąlygas, kai atsitikus komplikacijai reikia drebėti ir įrodinėti savo nekaltumą. Pacientams sutauptų teisininkams skiriamas lėšas.“ Taigi ekspertas įžvelgia riziką, tačiau gydytojų padėtis, pasak jo, pagerėtų. Pastebimas yra ir informanto požiūris, kad tai, kad siūloma įstatymo projekte, nebus įgyvendinta. Tam reikia daugiau pavykių, Pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymo pakeitimas yra nepakankamas, kad būtų išspręstas klausimas dėl pacientų kreipimosi į teismą, nes tam būtų reikalinga keisti ir LR civilinį kodeksą. Pasak eksperto, tinkamiausia sistema būtų pritaikant „Vairuotojų civilinės atsakomybės modelio elementus, kai draudikas aiškinasi su nukentėjusiu, eliminuojant trečias šalis.“ Ekspertas siūlo modelį, kuomet būtų neįrodinėjama mediko kaltė, taigi toks siūlymas palengvintų sveikatos priežiūros įstaigų našta, tačiau visų problemų neišspręstų. O kaip sako informantas B, atsirastų naujų problemų: „Kalbant apie medikus, kyla etikos pobūdžio klausimų – žinant, kad tavo veikla apdrausta, atsiranda „laisvės“ pojūtis. Taigi manau, kad šio modelio taikymas sukurtų naują – medikų atsakomybės problemą.“ Be minėtų trūkumų, ekspertas pastebi ir naujos pacientų žalos atlyginimo politikos privalumus: „Žinoma pacientams nauja sistema būtų suprantamesnė, paprastesnė, nereikėtų papildomų lėšų teisininkų paslaugoms ir pan. Taip pat įstaigų pinigai liktų sveikatos sistemoje.“ Informanto D nuomone „Tas variantas, kuris buvo siūlomas, yra niekinis. Nebent žiūrint iš draudimo kompanijų pusės.“ Tačiau svarbu paminėti, kad spalio mėnesį pateiktame įstatymo projekte¹⁴⁷ yra siūloma atsisakyti privalomojo įstaigų draudimo, o paciento kreipimasis į teismą išliktų tik skundžiant Komisijos sprendimą, taigi tiesiogiai medikas ar gydymo įstaiga kaltinama dėl paciento patirtos žalos nebūtų. Informanto D nuomone „Jei būtų žalos kompensavimo ribos, aiškus žalos nustatymo ir įvertinimo mechanizmas, valstybės, bet ne gydymo įstaigų biudžeto pinigai (žinoma su gydymo įstaigos įnašu per draudimo ar kitokią sistemą) ir apribota pacientų teisė toliau bylinėtis gavus išmoką, tas modelis būtų priimtinas.“ Taigi remiantis išsakyta eksperto nuomone, naujausias siūlomas pacientų žalos atlyginimo modelis būtų priimtinesnis nei dabar taikomas teisminis.

Informantas E žalos atlyginimo „be kaltės“ modelį vertina palankiai: „Šį modelį vertinu teigiamai.... Labiausiai jis išspręstų gydytojo ir paciento santykio problemą, dingtų mano minėta skundimo politika, arba bent jau šiek tiek apmažėtų. Tikėtina, kad medicinos mokslas sparčiau judėtų į priekį dėl pasitaikančių klaidų medicinoje sprendimo būdų, mokymosi proceso. Būtų mažiau pinigų

¹⁴⁷ Lietuvos Respublikos paciento teisių ir žalos atlyginimo įstatymo Nr. I-1562, 2,7,8,13 straipsnių ir V skyriaus pakeitimo projektas, 2018, Registracijos Nr. 18-7271(2).

išmetama draudikams.“ Tačiau ekspertas taip pat siūlytų gilesnę situacijos analizę: „...ieškant sprendimo Lietuvai, reikėtų giliai išanalizuoti esamą situaciją ir geriausius galimus variantus, pasitelkiant įvairius ekspertus.“ Apie gilesnės analizės poreikį kalba ir informantas F „*Mintis gera, tačiau ji turi būti adaptuota atsižvelgiant į Lietuvos sveikatos sistemą. Turi būti gerai išanalizuota užsienio patirtis, kur veikia toks modelis (pliusai ir minusai)*“. Informantas vertindamas, šiuo metu SAM siūlomą naują pacientų žalos atlyginimo politiką, užregistruojant LR PTŽSA įstatymo pakeitimų projektą¹⁴⁸ sako, kad tai „*teigiamas žingsnis į priekį, nes nuimtų įrodinėjimo našta nuo paciento, sutrumpintų bylinėjimosi laiką, gydytojams garantuotų tam tikrą saugumą ir skatintų juos ne slėpti klaidas, o mokytis ir nekartoti jų, bendradarbiauti su pacientu.*“. Informantas A, kalbėdamas apie žalos atlyginimo modelį sako: „*Patį modelį aš vertinu teigiamai, manau, kad jis būtų tinkamas Lietuvos atvejui. Pats modelio formavimas yra gerai, bet kaip ši politika bandoma įgyvendinti, manau, kad nėra veiksminga. Visi kalba apie technikas – komisijos kokios turi būti sudarytos, struktūros, bet labai mažai kas kalba apie kultūrinius dalykus. Reikėtų pasižiūrėti tam tikrus dalykus, ar tikrai tie visi modeliai visur vienodai veikia. Koks turėtų būti būdas „tiesti dirvą“ naujo modelio įgyvendinimui.*“ Ekspertas vertindamas siūlomą žalos atlyginimo „be kaltės“ modelio veikimą, prieštarauja modeliui, kuris visiškai atsisako kaltės fakto įrodymo: „*jeigu diegiant šią sistemą pacientas kreipiasi į tą komisiją ir jo netenkina išmokama suma, tada jis gali paduoti į teismą tą fondą. Čia visiškas teisinis nihilizmas ir nesąmonė, aš kaip pacientas skundžiu ne fondą, nes ne fondas man koją nupjovė, aš turiu teisę teisti tą įstaigą arba gydytoją, kuris nupjovė man koją. Taigi čia vis tiek lieka neaiškumas, aš manau, kad visgi išliks ta sistema, kad pacientas, kurio netenkina žalos atlyginimas, galės kreiptis į teismą*“.

Taigi apibendrinant ekspertų atsakymus, pats žalos atlyginimo „be kaltės“ modelis yra vertinamas teigiamai. Informantai teigė, kad jis galėtų išspręsti dalį pacientų žalos atlyginimo politikos problemų. Ekspertai sako, kad žalos atlyginimo „be kaltės“ modelis galėtų išspręsti įstaigų draudimo problemas, nes lėšos, kurios yra išleidžiamos draudimo įmokoms, liktų sveikatos sistemoje. Atsisakius kaltės įrodinėjimo, sušvelnėtų medikų ir pacientų santykiai, neliktų konfrontacijos, ši situacija būtų palankesnė tiek pacientams, kuriems apsilankymas gydytojo kabinete keltų mažiau streso ir daugiau pasitikėjimo, tiek medikams, kuriems darbe įtampų būtų taip pat mažiau. Pacientams nelikus poreikio patirtos žalos, kartu su mediko kalte įrodinėti teisminiu keliu, būtų paprastesnis patirtos žalos atlyginimas, taip pat nebūtų išleidžiami papildomi pinigai teismo, advokatų paslaugų išlaidoms ir panašiai. Taigi žalos atlyginimas būtų priimtinesnis ir prieinamesnis nukentėjusiems pacientams. Tyrimo ekspertų nuomone, eliminavus „kaltų ieškojimą“ dėl medikų klaidų ir nepageidaujamų įvykių asmens sveikatos priežiūros įstaigose, pagerėtų situacija registruojant klaidas ir nepageidaujamus

¹⁴⁸ Ten pat.

įvykius. Tai galėtų paskatinti gydymo procesų gilesnę analizę, mokymąsi iš klaidų ir pan. Būtų sudarytos palankesnės sąlygos pacientų saugos kultūros politikos plėtrai.

Tyrimo ekspertai vertindami Lietuvoje bandomą formuoti pacientų žalos atlyginimo politiką taikant žalos atlyginimo „be kaltės“ modelį, išvelgia ir trūkumų. Visų pirma, dalis ekspertų netiki tokiu modelio įgyvendinimu, koks yra siūlomas, net jei nauja politikai formuojama politika ir bus įgyvendinta, jie pastebi įtarimą keliančių aspektų, pavyzdžiui pacientų kreipimosi į teismą galimybę, apskundžiant gydymo įstaigą arba civilinės atsakomybės įstaigų draudimo poreikį, kuris pasak jų, vis vien turėtų išlikti. Taigi tyrimo informantai sako, kad kai kurioms įstaigoms naujasis žalos atlyginimo modelis nebus palankus, pagal jų paskaičiavimus, jis turėtų dar labiau padidinti kaštus. Taip pat pacientų žalos atlyginimo politika kritikuojama dėl įgyvendinimo būdų, kad neatsižvelgiama į kultūrinius dalykus, visuomenė, interesų grupės nėra paruošiamos naujos politikos įgyvendinimui. Kritikuojama, kad politika bandoma įgyvendinti techniškai, pradedant nuo įstatyminių pokyčių. Tai pat ekspertai sako, kad situacijos analizė bei kitų šalių ekspertinė analizė atlikta nepakankamai, reikėtų išsamių tyrimų, kaip pacientų žalos atlyginimo „be kaltės“ modeliai veikia kitose šalyse, koks politikos įgyvendinimo būdas tinkamiausias Lietuvai.

11 lentelė. Žalos atlyginimo „be kaltės“ modelio vertinimas.

Kategorija	Subkategorija	Pasitvirtinantys teiginiai
Žalos atlyginimo „be kaltės“ modelio vertinimas	SAM sudaryta komisija gali būti nepajėgi išnagrinėti pacientų skundų.	„...biurokratinė našta dėl skundų kiekio gali būti labai didelė.“.
	Galėtų išspręsti įstaigų draudimosi problemas	„Jei pacientas netektų teisės po žalos išmokos gavimo dar kreiptis į teismą – tai išspręstų gydymo įstaigų privalomo civilinės atsakomybės draudimo klausimą.“.
	Palengvintų medikų darbo sąlygas	„...palengvintų gydytojams darbo sąlygas.“, „gydytojams garantuotų tam tikrą saugumą ir skatintų juos ne slėpti klaidas, o mokytis ir nekartoti jų, bendradarbiauti su pacientu.“.

Sistema būtų palankesnė pacientams		<p>„Pacientai sutaupyty teisninkams skiriamas lėšas.“,</p> <p>„...pacientams nauja sistema būtų suprantamesnė, paprastesnė...“,</p> <p>„...nereikėty papildomų lėšų teisninkų paslaugoms.“,</p> <p>„...nuimty įrodinėjimo našty nuo paciento, sutrumpintų bylinėjimosi laiką.“.</p>
Sumažėty medikų atsakomybė		<p>„...žinant, kad tavo veikla apdrausta, atsiranda „laisvės“ pojūtis.“,</p> <p>„...šio modelio taikymas sukurtų naują – medikų atsakomybės problemą.“.</p>
Būty efektyviau panaudojami kaštai		<p>„...įstaigų pinigai likty sveikatos sistemoje.“,</p> <p>„...naudingesnis ir dėl finansų panaudojimo.“,</p> <p>„...būty mažiau pinigų išmetama draudikams.“,</p> <p>„...pinigai likty sveikatos sistemoje.“.</p>
Išsprėsty mediko ir paciento santykių problemą		<p>„Jis išsprėsty gydytojo ir paciento santykio problemą.“.</p> <p>„...dingty mano minėta skundimo politika.“.</p>
Kritikuojama dėl nepakankamos analizės		<p>„...reikėty giliai išanalizuoti esamą situaciją ir geriausius galimus variantus, pasitelkiant įvairus ekspertus.“,</p> <p>„Turi būti gerai išanalizuota užsienio patirtis, kur veikia toks modelis (pliusai ir minusai).“,</p> <p>„...daug klausimų yra, kurie iki galo neapspręsti.“,</p> <p>„...vertėty tirti vertybes.“,</p> <p>„Nėra galimybių studijų, kur būty parodyta kaip žmonės naudosis ta sistema, kiek galbūt ja</p>

		<i>piktnaudžiaus.“.</i>
	Prisidėtų prie mokymosi, procesų tobulinimo	<p>„Tikėtina, kad medicinos mokslas sparčiau judėtų į priekį dėl pasitaikančių klaidų medicinoje sprendimo būdų, mokymosi proceso.“,</p> <p>„...skatintų juos (gydytojus) ne slėpti klaidas, o mokytis ir nekartoti jų.“.</p>
	Problematiškas politikos įgyvendinimas	<p>„...kaip ši politika bandoma įgyvendinti, manau, kad nėra veiksminga.“,</p> <p>„Visi kalba apie technikas – komisijos kokios turi būti sudarytos, struktūros, bet labai mažai kas kalba apie kultūrinius dalykus.“.</p>

TYRIMO REZULTATŲ APIBENDRINIMAS

Pacientų žalos atlyginimo politika Lietuvoje yra problematiška. Empirinio tyrimo rezultatai atskleidė įgyvendinamos politikos trūkumų tokių kaip neefektyviai veikiantis pacientų žalos atlyginimo teisminis modelis, kuris yra nepalankus nei sveikatos priežiūros įstaigoms, nei pacientams, o teisinė bazė – nepakankama. Dėl įgyvendinamos pacientų žalos atlyginimo politikos yra eikvojami kaštai teisininkams ir draudimo kompanijoms.

Tyrimo ekspertai teigia, kad visuomenės dėmesys pacientų žalos atlyginimo politikai yra nepakankamas. Taip pat jie pastebi neigiamą žiniasklaidos atstovų dėmesį skandalingiems atvejams, kurie iškreipia tikrąją situaciją ir formuoja klaidingą visuomenės nuomonę. Draudimo kompanijos, teisininkai, pastebima, taip pat prisideda prie iškreiptos nuomonės formavimo apie pacientų žalos atlyginimo politikos aspektus, čia taip pat išvelgiamas jų asmeninis, finansinis interesas formuoti jiems palankią nuomonę.

Tyrimo duomenimis, teisminis pacientų žalos atlyginimo modelis turi neigiamos įtakos medikų darbui dėl grėsmės būti kaltinamam dėl paciento patirtos žalos. Ši situacija sukelia įtampą ir stresą, gydytojai skiria pacientams perteklines procedūras ir pan., stengiasi slėpti klaidas, neregistruoja nepageidaujamų įvykių. Taip pat dalis ekspertų teigia, kad problematiška ir tai, kad gydytojas nėra atsakingas tiesiogiai.

Taigi klaidų ir nepageidaujamų įvykių neregistravimas dėl mediko baimės būti kaltinamam, svarstomam ir pan., neigiamai veikia pacientų saugos politiką, nepageidaujamų įvykių ir klaidų analizę, gydymo procesų tobulinimą, mokymąsi iš klaidų ir t.t.

Pasak tyrimo informantų dėl įgyvendinamos pacientų žalos atlyginimo politikos medikų ir pacientų santykiai yra įtempti, nenuoširdūs. Dažnose situacijose medikai su pacientais ne bendradarbiauja, o bando apsisaugoti dėl galimų kaltinimų. Pacientai taip pat elgiasi nepagarbiai, nepasitiki, skundžia gydytojus. Deja, bet kur reikalingas dviejų pusių bendras darbas, atsiranda konfrontacija.

Apibendrinant ekspertai pastebi pacientų žalos atlyginimo politikos problemišumą: jie teigia, kad nėra aiškiai pasidalintų atsakomybių tarp institucijų, taip pat pastebima politinės lyderystės stoka, o formuojant naują politiką nėra atsižvelgiama į kultūrinius, vertybinius aspektus, taigi nauji mechanizmai yra užprogramuojami veikti neefektyviai jau nuo pat politikos formavimo pradžios. Kaip jau minėta, viena iš problemų – tai sudėtingas teisminis mechanizmas, o pats žalos atlyginimo modelis – silpnas pacientams ir neužtikrinantis medikų saugumo. Esama sistema neskatina dirbti saugiai, tyrimo duomenimis, klaidos ir nepageidaujami įvykiai yra slepiami.

Žalos atlyginimo „be kaltės“ modelį tyrimo informantai vertina palankiai. Jis galėtų išspręsti dalį pacientų žalos atlyginimo politikos problemų. Ekspertai teigia, kad naujas modelis pasitarnautų

geresnio mediko ir paciento santykio kūrime, nepageidaujamų įvykių ir klaidų analizėje bei kuriant pacientų saugos politiką. Taip pat panaikinus privalomą įstaigų draudimą, daugiau pinigų liktų sveikatos sistemoje, o pacientai taip pat išleistų mažiau pinigų advokatų paslaugoms, taigi šis modelis būtų priimtinesnis ir pacientams.

Be žalos atlyginimo „be kaltės“ modelio privalumų, ekspertai pastebėjo ir trūkumų: kai kurioms įstaigoms naujasis žalos atlyginimo modelis nebūtų palankus, nes kaštai dar labiau padidėtų dėl įmokų į pacientų žalos atlyginimo fondą. Tyrimo informantai taip pat kritikavo šiuo metu siūlomą pacientų žalos atlyginimo modelį dėl to, kad neatsižvelgiama į kultūrinius dalykus, visuomenė, interesų grupės nėra paruošiamos naujos politikos įgyvendinimui. Kritikuojama, kad politika bandoma įgyvendinti techniškai, pradedant nuo įstatyminių pokyčių, taip pat nėra pakankamos situacijos analizės ir kitų tyrimų ieškant geriausio pacientų žalos atlyginimo sprendimo Lietuvai.

IŠVADOS

1. Žalos atlyginimo „be kaltės“ arba maišyta sistema su teisiniu modeliu tokiose šalyse kaip Naujoji Zelandija, Švedija, Suomija, Norvegija, Prancūzija, Danija, kai kurios JAV valstijos, pavyzdžiui Florida, Virdžinija veikia jau eilę metų. Šalys, įgyvendindamos pacientų žalos atlyginimo „be kaltės“ modelį, pacientams patirtą žalą atlygina naudojant skirtingas sistemas: yra nustatyti skirtingi kriterijai, pagal kuriuos yra vertinama žala, jos buvimo faktas ir kompensacijos dydis. Taip pat skiriasi bendra naudojimosi sistema tvarka, veikimas nacionalinėse sveikatos sistemose, finansavimo šaltiniai ir atsakingos institucijos. Lietuvos situacijos analizė ir gilesnė minėtų šalių analizė padėtų rasti tinkamiausią pacientų žalos atlyginimo politikos formavimo ir įgyvendinimo sprendimą Lietuvai.

2. Pacientų patirtos žalos atlyginimo politika Lietuvoje pradėta formuoti dar praėjusio amžiaus pabaigoje, o įstatymiškai ji buvo koreguojama daug kartų. Ilgą laiką buvo diskutuojama dėl teisinio modelio neefektyvumo, o vėliau Lietuvoje pradėta kalbėti apie žalos atlyginimo „be kaltės“ įgyvendinimo galimybes. 2014 metais Seimui svarstyti buvo teiktas įstatymo projektas, kuris teisinio žalos atlyginimo modelio panaikinęs nebūtų, tačiau priėmus įstatymą, būtų pradėta taikyti administracinė žalos atlyginimo sistema, o pacientų žala būtų kompensuojama iš tam skirto fondo lėšų. Nors ir buvo bandymų keisti pacientų žalos atlyginimo politiką, tačiau esminių pokyčių neįvyko. Lietuvoje, pagal šiuo metu galiojančią pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo redakciją yra įgyvendinamas teisinis žalos atlyginimo modelis, kuomet pacientų patirta žala atlyginama LR PTŽSAĮ ir LR civilinio kodekso nustatyta tvarka.

3. Lietuvoje siūloma pacientų žalos atlyginimo politikos alternatyva – tai žalos atlyginimo „be kaltės“ modelio taikymas, atsisakant teisinio žalos atlyginimo modelio. Siūlomos alternatyvos esmė yra pacientų patirtos žalos atlyginimas be mediko kaltės fakto įrodymo kompensuojant paciento žalą iš specialiai tam sukurto fondo.

4. Ekspertai, vertindami pacientų žalos atlyginimo politiką išskiria šias problemas: politinės lyderystės stoką, sudėtingą teisinį mechanizmą, įtemptus pacientų ir medikų santykius, klaidų ir nepageidaujamų įvykių neregistravimą dėl kaltinimo, tai, kad teisinis pacientų žalos atlyginimo modelis yra silpnas pacientams, o medikams jis neužtikrina saugumo. Ekspertai taip pat kritikuoja ir naujai formuojamą pacientų žalos atlyginimo politiką dėl to, kad nėra atsižvelgiama į kultūrinius ir vertybinius aspektus.

PASIŪLYMAI

Sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Kurti teisinę bazę, reglamentuojančią pacientų žalos sveikatai atlyginimą „be kaltės“ ir nepageidaujamų įvykių registravimą bei valdymą, atsižvelgiant į Lietuvos kultūrinę ir vertybinę situaciją bei kitų šalių gerosios praktikos pavyzdžius.
2. Organizuoti viešas diskusijas, su visuomene, politikais ir visomis interesų grupėmis, kad būtų pagrįstas, išanalizuotas naujos politikos formavimas.
3. Sudaryti sąlygas medikams ir pacientams įsitraukti į sprendimų priėmimo procesus, susijusius su pacientų žalos atlyginimo politika,
4. Skatinti klaidų ir nepageidaujamų įvykių registravimo kultūrą visuomenėje, formuojant visuomenės nuomonę, kad iki 10 proc. klaidų medicinoje yra normalu.
5. Užtikrinti nepagrįstų ieškinių skaičiaus mažinimą, pavyzdžiui, įkuriant pacientų patariamąją instituciją.
6. Formuoti nacionalinę kitų šalių analizę apie pacientų žalos atlyginimo politikos formavimo ir įgyvendinimo praktiką naudojant žalos atlyginimo „be kaltės“ modelį.

Mokslo institucijoms:

1. Į pirmosios pakopos slaugos studijų programas įtraukti kaip pasirenkamąjį dalyką „Sveikatos politika“.
2. Į studijų programas įtraukti programas nepageidaujamų įvykių ir klaidų medicinoje valdymo studijų dalyką.
3. Atlikti mokslinius tyrimus, vertinančius pacientų žalos atlyginimo politiką Lietuvoje ir kitose šalyse.

Sveikatos priežiūros įstaigoms:

1. Skatinant pacientų saugos kultūrą gydymo įstaigose, organizuoti mokymus medikams.
2. Skatinti klaidų ir nepageidaujamų įvykių registravimo kultūrą medikų bendruomenėje, už šių įvykių registravimą skatinti, o ne bausti medikus.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

Teisės ir kiti normatyviniai aktai:

1. Civilinis kodeksas, Valstybės žinios 2000, Nr. 74-2262;
2. Lietuvos Respublikos civilinio kodekso komentaras. *Pirmoji knyga*. Bendrosios nuostatos, Vilnius, Justitia, 2001;
3. Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas (su pakeitimais ir papildymais). Valstybės žinios, 2000, Nr. 74-2262;
4. Lietuvos Respublikos Konstitucija, Lietuvos Respublikos piliečių priimta 1992 m. spalio 25 d. referendumu, Valstybės žinios 1992, Nr. 33-1014;
5. Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas, Valstybės žinios 1996, Nr. 102-2313; Lietuvos Respublikos paciento teisių ir žalos atlyginimo įstatymo Nr. I-1562, 2,7,8,13 straipsnių ir V skyriaus pakeitimo projektas, 2018, Registracijos Nr. 18-7271(2);
6. Lietuvos Respublikos paciento teisių ir žalos atlyginimo įstatymo Nr. I-1562, 2,7,8,13 straipsnių ir V skyriaus pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. 1367 5 ir 33 straipsnių pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymo Nr. I-1555 6 ir 8 straipsnių pakeitimo įstatymas, Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymo Nr. IX-413 7 ir 8 straipsnių pakeitimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos biomedicininų tyrimų etikos įstatymo Nr VIII-169 12 straipsnio pakeitimo įstatymo projektų aiškinamasis raštas; Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (su pakeitimais ir papildymais), Valstybės žinios 1996, Nr. 102-1217;
7. Lietuvos Respublikos Seimo 1991 m. spalio 30 d. nutarimas Nr. I-1939 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“, Valstybės žinios, 1991, Nr. 33-893;
8. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija, prieiga internete << <https://sam.lrv.lt/lt/darbo-grupes/pacientu-sveikatai-padarytos-zalos-nustatymo-komisija>>>;
9. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, Valstybės žinios. 1996, Nr. 55-1287; 2002, Nr. 123-5512;
10. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, Valstybės žinios. 1996, Nr. 66-1572; 1997, Nr. 62- 1462; 1998, Nr. 109-2995;
11. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, Valstybės žinios. 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr. 112-3099;
12. LR Draudimo įstatymas, Valstybės žinios 2003, Nr. 94-4246;
13. LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, Valstybės žinios 1996, 102-2317;
14. LR Sveikatos draudimo įstatymas, Valstybės žinios 1996, 55-1287;
15. LR Sveikatos sistemos įstatymas, Valstybės žinios 1994, 63-1231;

16. Nutarimas dėl Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo Nr. I-1562 2 straipsnio ir V skuriaus pakeitimo įstatymo projekto Nr. XIIP- 2620, Teisės aktų registras 2015, Nr. 4886;

17. Pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymo Nr. I-1562 2 straipsnio ir V skyriaus pakeitimo įstatymo projektas, Nr. XIIP-2620;

18. Ministro įsakymas dėl sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės minimalių draudimo sumų nustatymo (su pakeitimais ir papildymais), Valstybės žinios 2010, Nr. 30-1388;

19. Nutarimas dėl Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo Nr. I-1562 2 straipsnio ir V skuriaus pakeitimo įstatymo projekto Nr. XIIP- 2620, Teisės aktų registras 2017, Nr. 8541;

20. Sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo tvarka (su pakeitimais ir papildymais), Valstybės žinios 2005, Nr. 3-50.

Moksliniai šaltiniai:

1. Birmontienė T., *Pacientų teisės Lietuvoje ir Europos žmogaus teisių konvencija*. Vilnius: Teisės reforma Lietuvoje ir Lenkijoje ir Žmogaus teisių konvencija. 1999;

2. Birmontienė T., *Sveikatos teisė ir Lietuvos teisės reforma. Lietuvos valstybingumo teisinės problemos. Pirmojo pasaulinio lietuvių teisininkų kongreso straipsnių ir tezių rinkinys*. Vilnius, 1993;

3. Birmontienė T., *Sveikatos teisės konstituciniai principai. Naujų teisės šakų kūrimosi problemos. Lietuvos teisės kūrimo principai*. Vilnius, 1995;

4. Birmontienė T., *The influence of the Rulings of the Constitutional Court on the Development of Health Law in Lithuania*. *European Journal of Health Law*. 2007;

5. Birmontienė, *Sveikatos teisės doktrinos problemos*. Justitia. 1997, 6: 11–13; T.Birmontienė, *Sveikatos teisės problemos Lietuvoje*. Medicina. Kaunas, 1997;

6. Bismark M., Brennan T., Davis P., Studdert D., *Claiming behaviour in a no-fault system of medical injury: a descriptive analysis of claimants and non-claimants*. *Med J Aust*. 2006;

7. Bismark M., Paterson, R., „No-Fault Compensation in New Zealand: Harmonizing Injury Compensation, Provider Accountability, and Patient Safety“. *Health Affairs*. 2006, 25(1): 278-283;

8. Bogdan Jocelyn, *Medical Malpractice in Sweden and New Zealand: Should Their Systems Be Replicated Here?*, Center for Justice Democracy, 2011;

9. Brogienė D., *Paciento teisės į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą ir žalos sveikatai atlyginimą*, Daktaro disertacija, 2010, Vilnius, prieiga internete <<http://talpykla.elaba.lt/elaba-fedora/objects/elaba:1936927/datastreams/MAIN/content>>;

10. Danzon P „The Swedish Patient Compensation System. Lessons for the United States“. *The Journal of Legal Medicine*. 1994;

11. Danzon P., *Liability for Medical Malpractice. Handbook of Health Economics*. Volume 1. Amsterdam: Elsevier. 2000;
12. Danzon P., *The Swedish Patient Compensation System: Myths and Realities. International Review of Law and Economics*. 1994;
13. Danzon P., „The Swedish Patient Compensation System. Lessons for the United States.“ *The Journal of Legal Medicine*. 1994;
14. Davis P., Lay-Yee R., Scott A., Briant R., Schug S., *Acknowledgement of “no fault” medical injury: review of patients’ hospital records in New Zeland*. BMJ 2003;
15. Juškevičius J. Ir Rudzinskas A., *Civilinės atsakomybės už netinkamą sveikatos priežiūros ir paslaugų teikimą taikymo Lietuvoje ir Italijoje ypatumai*, Jurisprudencija, 2008;
16. Juškevičius J., *Asmens sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo raidos bruožai*, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2010;
17. Juškevičius J., *Teisės principų taikymas norminant sveikatos priežiūros sritį*. Jurisprudencija. 2008; Kachalia A., *Beyond Negligence: Avoidability and Medical Injury Compensation*. Social Science & Medicine. 2008;
18. Labanauskas L., Justickis V., Sivakovaitė A. *Įstatymo įvykdomumas. šiuolaikinė gydytojo atsakomybės didinimo tendencija*. Socialinių mokslų studijos. 2010;
19. Markauskas L., *Konstitucinė teisė į nemokamą gydymą: interpretavimo problemos*. Jurisprudencija. 64(56); 132-139;
20. Mikelėnas V. *Civilinės atsakomybės problemos: lyginamieji aspektai*. Vilnius: Justitia, 1995;
21. Mikelėnas, V., et al., Lietuvos Respublikos Civilinio Kodekso komentaras. Šeštoji knyga. Prievolių teisė (1). Vilnius: Justitia, 2003;
22. Morkūnaitė M., *Pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo be kaltės modelis*, ISSN 2424-6050 (Online) ISSN 1392-1274 (Print). TEISĖ 2017 102;
23. Page, W. David, *The laparoscopic surgery revolution: finding a capable surgeon in a rapidly advancing field*, Prager, 2017;
24. Sriubas M., *Paciento teisių pažeidimų nagrinėjimas Lietuvoje*“, ISSN 1392-1592, Teisės problemos, 2010. Nr. 1 (67);
25. Studdert D.M., Brennan T.A., “No fault compensation for medical injuries. The prospect for error prevention.“ *Health law and ethnics*, 2001, Vol 286, Number 2, 219-220;
26. Špokienė L. *Solidarumo principo turinys ir vaidmuo sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo srityje*, Jurisprudencija, 2010, Nr. 3(121). 329-348.

Kiti šaltiniai:

1. Accident Compensation Amendment 1974, No. 71, prieiga internete <<http://www.nzlii.org/nz/legis/hist_act/aca19741974n71311.pdf>>;
2. Anders Anell, Anna H.Glennard and Sherry M. Merkur, *Sweden: health system review*, 2012. Prieiga internete <[http://eprints.lse.ac.uk/43952/1/Sweden%20health%20system%20review%20\(Isero\).pdf](http://eprints.lse.ac.uk/43952/1/Sweden%20health%20system%20review%20(Isero).pdf)>;
3. Anne Maree Farrell, Sarah Devaney, Amber Dar, No fault compensation for medical injury: a review, Teisės mokykla, Mančesterio universitetas, prieiga internete <<<https://www.gov.scot/resource/0039/00394407.pdf>>>;
4. Higienos institutas, Nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemos diegimas ir plėtra Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose, 2015 Vilnius. Prieiga internete <<<http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Rekomendacijos/Nepageidaujamu%20ivykiu%20regsitravimas%20A5.pdf>>>;
5. Hirvensalo E., *Legislation covering medical malpractice in Finland*, 2018, prieiga internete <<https://online.boneandjoint.org.uk/doi/abs/10.1302/0301-620X.88BSUPP_I.0880013>>;
6. Katherinne A Wallis, *No-fault, no difference: no fault compensation for medical injury and healthcare ethics and practice*, 2017, prieiga internete <<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5198606/>>>;
7. Komitetas Nacionalinei pacientų saugos platformai parengti. Nacionalinė pacientų saugos platforma, 2010– 2014 m. Prieiga internete: <<<http://www.vaspvt.gov.lt/node/135>>>;
8. Lietuvos Aukščiausias Teismas, 2009 m. spalio 13 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-408/2009; 2010 m. vasario 23 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 35-3-59/2010; 2016 m. birželio 2 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-292-686/2016;
9. Lietuvos Aukščiausias Teismas, 2011 m. vasario 21 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-59/2011; 2011 balandžio 19 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-170/2011; 2016 m. birželio 2 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-292-686/2016;
10. Lietuvos Aukščiausias Teismas, 2013 m. lapkričio 8 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-553/2013;
11. Lietuvos Aukščiausias Teismas, 2016 m. birželio 2 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-292-686/2016;
12. Lietuvos Aukščiausias Teismas, 2017 m. kovo 30 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 2-619-259/2017;
13. Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus 2013 m. lapkričio 8 d. nutartis civilinėje byloje M. V. ir A. V. v. VšĮ Klaipėdos vaikų ligoninė ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VšĮ Kauno klinikos, Nr. 3K-3-553/2013;
14. M. Bismark „Claiming Behavior in a No-Fault System of Medical Injury: a Descriptive Analysis of Claimants and Non – Claimants.“ *The Medical Journal of Australia*. 2006;

15. Machova E., Daukševič A., *Apskritojo stalo diskusija: pacientų žalos atlyginimas be kaltės prabanga ar būtinybė?*, 2015 m. prieiga internete << <http://lsveikata.lt/aktualijos/apskritojo-stalo-diskusija-pacientu-zalos-atlyginimas-be-kaltes-prabanga-ar-butinybe-2453>>>;
16. Michelle M. Mello, M. Allen Kachalia, David M. Studdert, *Issues in international health policy*, Commonwealth fund, 2011, Vol 14, prieiga internete << <https://pdfs.semanticscholar.org/35ff/6ad98d169a374417e2f6e50d54c61941abd5.pdf>>> ;
17. Mizaras V., *Civilinės teisinės atsakomybės bendrieji klausimai*, paskaitos medžiaga, prieiga interenete, << http://web.vu.lt/tf/v.mizaras/wp-content/uploads/2012/03/PT_6tema.pdf>>;
18. Privalomojo draudimo veiklos statistika <http://www.lb.lt/lt/draudikai-veiklos-rodikliai#ex-1-4> ir Lietuvos Respublikos paciento teisių ir žalos atlyginimo įstatymo Nr. I-1562, 2,7,8,13 straipsnių ir V skyriaus pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr- 1367 5 ir 33 straipsnių pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymo Nr. I-1555 6 ir 8 straipsnių pakeitimo įstatymas, Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymo Nr. IX-413 7 ir 8 straipsnių pakeitimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos biomedicininiių tyrimų etikos įstatymo Nr VIII-169 12 straipsnio pakeitimo įstatymo projektų aiškinamasis raštas.
19. Pasaulio sveikatos organizacija, *Sveikatą stiprinkime kartu*, Pasaulio sveikatos organizacijos atstovybė Lietuvoje, 2009 m., Vilnius;
20. Pasaulio sveikatos organizacijos konstitucija, prieiga internete < http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>;
21. Projekto „*Pacientų teisės Lietuvoje: Situacijos analizė ir visuomenės aktyvinimas*“ Medžiaga, projekto koordinatorius „Bioetikos draugija“ 2002;
22. Quick O. *A scoping study on the effects of health professional regulation on those regulated: final report submitted to the Council for Healthcare Regulatory Excellence*. 2011, prieiga interenete <<https://www.professionalstandards.org.uk/docs/default-source/publications/research-paper/study-on-the-effects-of-health-professional-regulation-on-those-regulated-2011.pdf>>;
23. Rolf Gunnar Jorstad, *The Norwegian system of patient injury compensation in a successfull scheme*, 2017, prieiga internete << <https://tidsskriftet.no/en/2017/12/debatt/norwegian-system-patient-injury-compensation-successful-scheme>>>;
24. Sveikatos priežiūros priemonių departamentas, *Kompensavimo „be kaltės“ schemas*, 2016, prieiga internete < <https://eppi.ioe.ac.uk/CMS/Portals/0/PDF%20reviews%20and%20summaries/No%20Fault%20Comp%20Schemes%202016%20Dickson.pdf>>;
25. Šešioliktosios Vyriausybės 2012–2016 metų programa, kuriai pritarta Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimu Nr. XIIP-51 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“;
26. Vasarienė D. *Civilinė teisė*. Paskaitų ciklas. Vilnius: Vilniaus vadybos kolegija, 2002.

Babravičė Ž. Pacientų žalos atlyginimo politika Lietuvoje./ Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas. Vadovas prof. Dr. V. Dumbliauskas. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Viešojo valdymo fakultetas, 2018, 86 p.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe vertinama pacientų žalos atlyginimo politikos formavimas ir įgyvendinimas Lietuvoje, nagrinėjami Lietuvos bei užsienio šalių mokslinės literatūros šaltiniai, teisės aktai. Teorinėje dalyje analizuojama pacientų žalos atlyginimo politika Lietuvoje ir kitose šalyse, pristatoma žalos samprata, pacientų žalos atlyginimo politikos formavimas ir įgyvendinimas, bei naujaisi siūlymai keisti pacientų žalos atlyginimo politiką, taikant žalos atlyginimo „be kaltės“ modelį. Empirinėje dalyje, atlikus kokybinį tyrimą išanalizuotos pacientų žalos atlyginimo politikos problemos Lietuvoje.

Raktiniai žodžiai: pacientų žala, pacientų žalos atlyginimo politika, žalos atlyginimo „be kaltės“ modelis.

Babravičė Ž. Patients compensation policy in Lithuania./ Master's final work of Health policy and management. Academic supervisor: prof. Dr. V. Dumbliauskas. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of public governance, 2018, 82 p.

ANNOTATION

Master's final work assesses the formation of patients compensation policy and its implementation in Lithuania. National and international documents regulating the patients compensation policy as well as the sources of academic literature are analysed. The first part analyses the patients compensation policy in Lithuania and in other countries. Also the concept of patients medical injury is presented, the formation and implementation of patient compensation policy. This section presents the latest suggestions for changing patient compensation policy using the "no fault" compensation model. After the qualitative half-structured expert interview in the empirical part, the problems are determined of patient compensation policy formulation and implementation were revealed.

Keywords: patients medical injury, patients compensation policy, „no fault“ compensation model for medical injury.

SANTRAUKA

Lietuvoje pastaraisiais metais pastebima vis daugiau diskusijų, susijusių su pacientų žalos atlyginimo tema. Tai aktualu tiek medikams, kurių darbui pacientų žalos atlyginimo klausimai daro tiesioginę įtaką, tiek pacientams ir jų artimiesiems, kurie, tikisi profesionalių gydymo paslaugų, o patyrus sveikatos sutrikdymų dėl medikų kaltės, susiduria su ilgu ir brangiai kainuojančiu gydytojo kaltės įrodinėjimo procesu. Pastebima, kad pacientų žalos atlyginimo politika yra problematiška.

Tyrimo objektas – pacientų patirtos žalos sveikatai atlyginimo politika.

Tyrimo tikslas – ištirti pacientų patirtos žalos atlyginimo politikos problemas.

Uždaviniai: 1. apžvelgti, kaip įgyvendinama pacientų žalos atlyginimo „be kaltės“ politika kitose šalyse; 2. aptarti pacientų žalos atlyginimo politikos formavimą ir įgyvendinimą Lietuvoje; 3. išanalizuoti, kokios yra siūlomos pacientų patirtos žalos atlyginimo politikos alternatyvos Lietuvoje; 4. ištirti, kokias pacientų žalos atlyginimo politikos problemas išskiria ekspertai.

Darbo metodai. Mokslinės literatūros, teisinių dokumentų analizė, kokybinis tyrimas, taikant pusiau struktūrizuotą ekspertų interviu metodą, kokybinis turinio analizės metodas.

Rezultatai. Apžvelgtas pacientų žalos atlyginimo politikos įgyvendinimas taikant žalos atlyginimo „be kaltės“ modelį kitose šalyse, aptartas pacientų žalos atlyginimo politikos formavimas ir įgyvendinimas Lietuvoje, išanalizuotos siūlomos pacientų žalos atlyginimo politikos alternatyvos Lietuvoje, taip pat empiriniu tyrimu su ekspertais išanalizuotos pacientų žalos atlyginimo politikos problemos.

Išvados. Lietuvoje, pagal šiuo metu galiojančią pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo redakciją yra įgyvendinamas teisminis žalos atlyginimo modelis. Lietuvoje siūloma pacientų žalos atlyginimo politikos alternatyva – tai žalos atlyginimo „be kaltės“ modelio taikymas, atsisakant teismo žalos atlyginimo modelio. Ekspertai, vertindami pacientų žalos atlyginimo politiką išskiria šias problemas: politinės lyderystės stoką, sudėtingą teisminį mechanizmą, įtemptus pacientų ir medikų santykius, klaidų ir nepageidaujamų įvykių neregistravimą. Ekspertai taip pat kritikuoja ir naujai formuojamą pacientų žalos atlyginimo politiką dėl to, kad nėra atsižvelgiama į kultūrinius ir vertybinius aspektus.

Darbo struktūra. Pirmoje darbo dalyje analizuojama pacientų žalos atlyginimo politika Lietuvoje ir kitose šalyse, pristatoma žalos samprata, pacientų žalos atlyginimo politikos formavimas ir įgyvendinimas, bei naujausi siūlymai keisti pacientų žalos atlyginimo politiką, taikant žalos atlyginimo „be kaltės“ modelį. Empirinėje dalyje, atlikus kokybinių tyrimą išanalizuotos pacientų žalos atlyginimo politikos problemos Lietuvoje.

SUMMARY

In Lithuania, in recent years, more and more discussions have been held on the issue of patients compensation policy. This is also the case for doctors of which work is directly associated with issue of patient compensation policy and patients and their relatives who are in the hope of professional treatment and medical impairment due to medical imprisonment, are faced with a long and costly process of proving the accusation of a doctor. Thus, it is evident that the patient's compensation policy is problematic.

Object of work – patients compensation policy.

Aim of work – to investigate the problems of patients compensation policy.

Tasks of work: 1. to review the "no fault" patients compensation policy in other countries; 2. to discuss about the formation and implementation of patients compensation policy in Lithuania; 3. to analyze the suggested alternatives of the patient compensation policy in Lithuania; 4. to investigate what kind of patient compensation policy problems are said by experts.

Work methods. analysis of academic literature and legal documents, qualitative study when applying half-structured expert interview method, the method of quantitative content analysis.

Results. In this work is written about "no fault" patients compensation policy in other countries, also there is discussed about the formation and implementation of patients compensation policy in Lithuania. Also there is analyzed the suggested alternatives of the patient compensation policy in Lithuania and to investigated what kind of patient compensation policy problems are said by experts.

Conclusions. Currently, in Lithuania is a judicial system for patients medical injury compensation. The proposed alternative is the implementation of „no fault“ compensation system. Experts in assessing the patients' compensation policy distinguish the following problems: lack of political leadership, complicated legal mechanism, bad relationship between patients and doctors, the fact that the doctors do not record errors. Experts also criticize the patients compensation policy, because there is not taken into account the cultural and value aspects.

Work structure. The first part analyses the patients compensation policy in Lithuania and in other countries. Also the concept of patients medical injury is presented, the formation and implementation of patient compensation policy. This section presents the latest suggestions for changing patient compensation policy using the "no fault" compensation model. After the qualitative half-structured expert interview in the empirical part, the problems are determined of patient compensation policy formulation and implementation were revealed.

PRIEDAI

TYRIMO KLAUSIMYNAS

1. Kaip vertinate Lietuvoje pacientų žalos atlyginimo situaciją, kokia ji?
2. Kaip vertinate Lietuvoje veikiančią pacientų žalos atlyginimo teisinę bazę?
3. Ar pacientų žalos atlyginimo politikai yra skiriamas pakankamas dėmesys – teisininkų, medikų, visuomenės, žiniasklaidos?
4. Kaip interesų grupės: medikai, pacientai, draudimo kompanijos veikia pacientų žalos atlyginimo politiką?
5. Kaip teisminis žalos atlyginimo modelis veikia medikų darbą, su kokiais iššūkiais susiduriama?
6. Kaip pacientų žalos atlyginimo politikos įgyvendinimas, naudojant teisminį modelį veikia nepageidaujamų įvykių registravimą/gydymo procesą, jo analizę, gydymo tobulinimą? Kaip tai atsiliepia pacientams?
7. Kokią įtaką ši politika ir dėl jos susiklosčiusi situacija daro pacientų ir medikų santykiams? Kokie jie? Ar tai yra viena iš pacientų žalos atlyginimo politikos problemų? Kodėl?
8. Pateikite konkrečių atvejų, pavyzdžių, kurie atspindi įgyvendinamos pacientų žalos atlyginimo politikos problemiškumą.
9. Kokias dar pacientų žalos atlyginimo politikos problemas pastebite?
10. Kaip vertinate žalos atlyginimo " be kaltės" modelį? Ar jis tinkamas Lietuvai?
11. Kaip vertinate dabar Sveikatos apsaugos ministerijos siūlomą žalos atlyginimo modelį? Kokius privalumus įžvelgiate / kokius trūkumus nauja žalos atlyginimo tvarka išspręstų?

INFORMANTAS A

1. Kaip vertinate Lietuvoje pacientų žalos atlyginimo situaciją, kokia ji?

Neefektyvi. Visų pirma dėl teisinės aplinkos. Nes kaltumo/nekaltumo prezumpcija pagrįsta sistema yra paremta žmogiškojo faktoriaus teorija ir kaltų suradimo, sugėdinimo, atleidimo, nubaudimo. Yra tam tikra viešumo, kaltės viešinimo praktika ir tai sudaro sąlygas kuomet dauguma nepageidaujamų įvykių yra neatskleidžiami arba atsileidžiami tada, kada jau negalima nusišalinti. Tai yra pirmas dalykas dėl ko sistema neveikia, yra neefektyvi, nes klaidos yra neiškeliamos. Kitas dalykas, deliktinė teisės sistema yra silpna pacientams, mano galva. Nes jei pažiūrėtume į komisijos sudėtį, skundų nagrinėjimo, kurioje yra ir pačių įstaigų vadovai, kurie yra suinteresuota pusė. Aišku ir pacientų organizacijos yra suinteresuota pusė, bet vėlgi jeigu svorius palyginus, turbūt svorio taškas ne paciento pusėj ir jį atstovaujančių institucijų. Trečias dalykas, neefektyvu, nes nėra kompetencijos. Susirenka žmonės, kurie nėra ekspertai ir jie sprendžia be kažkokių esminių kriterijų, t.y. jie dažniau sprendžia savo nuojauta. Manau, kad nėra objektyvumo. Tai leidžia pagalvoti, kad gali būti susitarimai: „tu mano įstaigos neliesi, aš tavo įstaigos neliesiu“ tarp vadovų, tarp gydytojų. Kaip sako, varnas varno akies nekerta. Kitas dalykas, rezultatai rodo neefektyvumą, ieškinių, išmokų pacientams skaičiai, kiek pinigų yra sumokama draudimo fondams, o kokios išmokos yra pacientams. Išmokama turbūt ten kokia dvidešimtoji dalis to, kas surenkama. Taigi įmokos nemažos, o išmokų dalis, kuri turi pasiekti įstaigas yra pakankamai maža. Pacientų skundai dažnai nevirsta teisminiais ieškiniais, bet jeigu būtų labiau iš paciento pusės ta sistema sutvarkyta, tai ir tų skundų daugiau virstų teisminiais ieškiniais. Tai mūsų atveju sistema yra tokia, kad mokama daug pinigų, bet išmokos nėra didelės, taigi sistema pati efektyviai kaip konstruktas neveikia. Vertinant pacientų teisių prasme, tai ne tik komisija yra neefektyvi, bet ir teisminiai procesai užtrunka labai ilgai, ši procedūra yra varginanti ir, manau, kad žmonės dažnai nesiryžta eiti šiuo keliu. Kiti žmonės nežino savo teisių, kad jie gali kreiptis dėl tam tikrų dalykų ir jie tiesiog nesikreipia. Jeigu pasižiūrėt, Europos Komisijos buvo užsakytas tyrimas, tai 24 proc. Lietuvos gyventojų teigi, kad jie yra patyrę žalą dėl gydymo įstaigos kaltės, o jei pasižiūrėtumėme į skundimosi atvejų skaičių, jis yra labai mažas. Aš šioje vietoje labiau žiūriu ne kaip iš gydymo įstaigos pusės, o iš paciento pusės, nes tai yra silpnesnioji grandis ir vis dėl to jo teisės nėra užtikrinamos. O politikos pačios aš kaip ir nematau, aš matau teisės aktų rinkinį, dabar aišku yra tam tikra žalos atlyginimo be kaltės formuojama politika, čia problema yra ta, kad iniciatyva yra gydytojų sąjungos, todėl, kad gydytojai yra suinteresuota pusė, čia turėjo nepriklausoma pusė inicijuoti tuos dalykus. Turėjo būti kažkoks fondas, kuris nėra valdomas vienos arba kitos suinteresuotos pusės. Kaip aš supratau iš pirmo teisės aktų rinkinio, tai būtent sąjunga norėjo ir administruoti tuos fondus, tai čia

jau būtų visiškai nesąmonė. Gydytojų sąjunga yra suinteresuota pusė, ir ji dabar administruotų išmokas, nustatytą tam tikrus tinkamumus.. Čia turi būti visiškai nepriklausoma pusė.

2. Kaip vertinate Lietuvoje veikiančią pacientų žalos atlyginimo teisinę bazę?

Lietuvos Respublikoje galiojantis pacientams padarytos žalos atlyginimo teisinis reglamentavimas yra sudėtingas, neefektyvus ir neužtikrinantis sklandaus paciento teisės į žalos atlyginimą įgyvendinimo praktikoje mechanizmo. Kaip jau minėjau, kaltumo/nekaltumo prezumpcija pagrįsta sistema yra paremta žmogiškojo faktoriaus teorija. Taip pat, deliktinė teisės sistema yra silpna pacientams. Nes jei pažiūrėtume į komisijos sudėtį, skundų nagrinėjimo, kurioje yra ir pačių įstaigų vadovai, kurie yra suinteresuota pusė

3. Ar pacientų žalos atlyginimo politikai yra skiriamas pakankamas dėmesys – teisininkų, medikų, visuomenės, žiniasklaidos?

Manau, kad teisininkai neskiria pakankamo dėmesio dėl dvigubo dalyko: pirma, čia yra interesų konfliktas, nes teisininkai, advokatai yra nesuinteresuoti žalos atlyginimo „be kaltės“ modelio atsiradimu, nes teisminis modelis yra jų vienas iš pajamų šaltinių. Pavyzdžiui, kai buvo Seime svarstymas dėl šio modelio, tai dalyvavo CK kūrėjas. Dabar vyksta teismai, ieškiniai, įstaigos moka advokatams po 10-15 tūkstančių eurų, taip, kad šitoj vietoj yra teisininkų interesas didžiulis.

Kalbant apie draudimo kompanijas- jos taip pat nesuinteresuotos žalos atlyginimo „be kaltės“ modelio atsiradimu, nes jos iš to gyvena, o bendrai profesionalių žmonių šioje srityje, kurie išmanytų, aš nežinau. Žinau, kad Brogienė rašė disertaciją, nagrinėjo tuos klausimus, bet ji tuo metu atstovavo gydytojų sąjungą. Tai tokiu atveju irgi yra interesų konfliktas. Turėtų ji nusišalinti nuo šito klausimo, nes ji atstovauja suinteresuotą pusę. Dalyvauti gali, bet nuo sprendimų priėmimo turėtų nusišalinti.

Visuomenėje, žiniasklaidoje tie klausimai gvildenami tik baudžiamąja prasme. Naujos politikos aš negirdžiu, kad būtų analizuojama, svarstoma. Tikrai nepakankamas dėmesys šitam dalykui.

4. Kaip interesų grupės: medikai, pacientai, draudimo kompanijos veikia pacientų žalos atlyginimo politiką?

Tiesiogiai ir netiesiogiai. Tiesiogiai, tai teikdamos pastabas ir siūlymus teisėkūros procesams, netiesiogiai – per tam tikrus lobistų kanalus, tai čia panašiai, kaip įtakoja politikus. O jei pažiūrėtumėm, kaip jie naudojami šita sistema, tai pamatytumėm, kad teisiniams procesams, ieškiniams yra išleidžiama daugiau pinigų, negu gaunama žalos atlyginimo.

5. Kaip teisminis žalos atlyginimo modelis veikia medikų darbą, su kokiais iššūkiais susiduriama?

Medikus tai tikrai gąsdina, ypač slaugytojus. Ir kai mes diegiame kokybės vadybos, akreditavimo sistemas, tai būna pirmas klausimas: mes čia pradėsime su pacientu atvirauti, o jis mus paduos į teismą? Tą informaciją pacientas gali nutekinti žurnalistams, perduoti teismui, tada atsiranda ieškiniai, žiniasklaidos dėmesys, tai gydytojams to nereikia. Tai aš tikiu, kad gydytojai tuos nepageidaujamus įvykius slepia, kiek tik įmanoma. Pavyzdžiui įstaigų administracijos lygiai taip pat bijo teisminių procesų ir žiniasklaidos. Tai jeigu gali tas klausimas būti slaptas, tai taip, manau, per daug ir neviešina. Taigi esama sistema saugos kultūros tikrai neskatina. O tos nepageidaujamų įvykių registravimo sistemos pradėjo veikti hospitalinių infekcijų registravimo srityje dėl to, ten nelabai kas supranta, supranta kaip gripą arba pneumoniją, niekas ten per daug dėmesio neskiria, tai nėra tos baimės. Rolanda Valantienė, ji kuruoja tą sistemą ir ji bene daugiausiai registracijų surenka per Lietuvą. Lygiai taip pat kaip vaistų sistemos nepageidaujamų įvykių. Čia nėra gydytojų klaidos praktiškai, arba maža klaida. Nenusiplauna rankų pavyzdžiui, tai nėra tokios sudėtingos situacijos, papūliuoja ten žaizda pavyzdžiui ilgiau, bet dėl to žmonės nemiršta. Tai nei vienu nei kitu neskatina ta sistema dirbti saugiai.

6. Kaip pacientų žalos atlyginimo politikos įgyvendinimas, naudojant teisminį modelį veikia nepageidaujamų įvykių registravimą/gydymo procesą, jo analizę, gydymo tobulinimą? Kaip tai atsiliepia pacientams?

Daugiausia nepageidaujamų įvykių vyksta ne dėl medikų kaltės, o dėl pačių sistemų: didelis krūvis, nėra tinkamai sutvarkytos darbo vietos, triukšmas, dėmesio blaškymas ir t.t. Tai iš esmės tai įvyksta netyčia. O kai žmogus nukentėjo, jam buvo padaryta žala, tai jam nelabai rūpi dėl ko tai įvyko – ar dėl to, kad daktaras buvo neblaivus, ar dėl to, kad jis turėjo du budėjimus prieš tai ir tiesiog užmigo operacijos metu. Taigi žmogui patyrus žalą turėtų rūpėti ne kas kaltas, o pats žalos atlyginimas. O dėl medikų kaltinimo, žinoma, kad ši sistema neskatina nepageidaujamų įvykių registruoti.

7. Kokią įtaką ši politika ir dėl jos susiklosčiusi situacija daro pacientų ir medikų santykiams? Kokie jie? Ar tai yra viena iš pacientų žalos atlyginimo politikos problemų? Kodėl?

Vienareikšmiškai blogą. Manau, kad daugiausia žalos medicinos sektoriuje yra padaryta vien dėl to, kad sistema supriešina medikus ir pacientus. Vien todėl, kad medikas yra kaltas, jis, kad ir

būdamas geras medikas, praranda savo autoritetą paciento akyse. Žinome, kad medicina gydo, gydo ir placebo, gydytojo žodis, tai automatiškai jo autoritetas prapuola ir tarp kitų pacientų, kurie naudojami jo paslaugomis, ypač jei jie yra na.. labiau riboto mąstymo žmonės. Tai iš esmės šioje vietoje santykis yra tikrai pažeidžiamas. Gali būti labai geras daktaras, o viena klaida gali sukelti labai didžiulį jo reputacijos sumažėjimą ir pacientų pasitikėjimą. O dalies gydymo įstaigų vadovai irgi nėra išmintingi, jie irgi pradeda kaltinti daktarus, juos bausti, na ir užsisuka tokia sistema. Pacientai laimingi – gydytojas nubaustas, atleistas, o santykis tarp paciento ir gydytojo yra pažeistas. Bendrai pažiūrėjus medikai, jie kenčia nuo šitos sistemos. Realiai tai yra tikrai negerai.

8. Pateikite konkrečių atvejų, pavyzdžių, kurie atspindi įgyvendinamos pacientų žalos atlyginimo politikos problemą.

Tai tų pavyzdžių yra daug – nuolatiniai konfliktai tarp medikų ir gydytojų, neregistravimas įvykių, ilgi teisminiai procesai, kadangi nelabai galiu vardinti pavardėmis, tai to nedarysiu, bet čia visur susiduriame su realiomis situacijomis.

9. Kokias dar pacientų žalos atlyginimo politikos problemas pastebite?

Yra labai daug suinteresuotų pusių, kurios nepalaiko sistemos, ne todėl, kad jos visos nepritartų šitam modeliui, bet jos nepalaiko šito modelio esamoj teisinėj aplinkoj ir esamoj visuomenės išprusimo stadijoj. Kas mano galva turėtų būti padaryta, tai labai plačios informacinės kompanijos. Prieš kalbant apie šitą modelį su visuomene, pakalbinant pacientus, gydytojus, administracijos vadovus, teisininkus. Visi supranta, kad sistema yra bloga, reikia ją keist, formuoti politiką reikia, kad ji buvo formuojama dėl saugos diržų, kalbu apie žmonių nuomonės formavimą. Ta socialinė reklama, labai veikė. Aš ir pats niekada nesisegdavau diržo, bet tada ji mane paveikė taip, kad atsisėdus į mašiną užsisėgti diržą buvo mano pirmas darbas. Žmonės yra skirtingi, skirtingos kultūros, taigi manau, kad reiktų dirbti viešinimo darbą, kad iš esmės pasikeistų požiūris, kad ta sistema pagerės, parodyti, kas bus geriau, ir kuo yra blogai, kai yra kaltų ieškojimai ir visas dėmesys yra skiriamas tam. Taigi kai yra kultūrinės dirvos paruošimas, tada galima kalbėti apie technikas ir modelio diegimą. Pas mus viskas vyksta atvirkščiai. Nei žmonės, nei sistemos, informacinės bazės neparuoštos, techniškai paruošiamas modelis ir bandomas įstatymiškai įtvirtinti. Matau ir politinės lyderystės problemą, neaišku, kas yra šeimininkas. Ar Seimas, ar Vyriausybė, ar Ministerija, ar visi kartu. Neaišku su kuo reikia dirbti, kad yra pozicijoje šiuo klausimu. Trūksta tęstinumo, Pakeičia tai vieną punktą, tai kitą įdeda. Tai to rimtumo trūksta. Keičiasi partijos, vėl keičiasi požiūriai. Politikoje per mažai dėmesio yra skiriama saugos kultūros formavimui, aiškinimui, švietimui. Mano galva technika turi eiti po visų šitų reikalų. Kai visuomenė supranta, kai sako mes nekalsim gydytojų prie kryžiaus, mes padėsime susitvarkyt, kad nebūtų tų žalos įvykių, kol nėra tos

komunikacijos su visuomene, tai man atrodo, tas modelis vis tiek nebus labai efektyviai veikiantis. Vis tiek bijos žurnalistų, viešumos. Kitas klausimas resursai. Ir kur šitam modeliui atsiras resursų. Aišku gydymo įstaigos turės susimokėt už šitą modelį, bet kitas klausimas, kokia joms nauda. Nėra atlikta išsamių tyrimų, pateikta reprezentatyvių skaičių.

10. Kaip vertinate žalos atlyginimo " be kaltės" modelį? Ar jis tinkamas Lietuvai?

Patį modelį aš vertinu teigiamai, manau, kad jis būtų tinkamas Lietuvos atvejui.

11. Kaip vertinate dabar Sveikatos apsaugos ministerijos siūlomą žalos atlyginimo modelį? Kokius privalumus jis galėtų atskleisti /kokius trūkumus jis išspręstų?

Manau, kad dar daug klausimų yra, kurie iki galo neapspręsti. Pats modelio formavimas yra gerai, bet kaip ši politika bandoma įgyvendinti, manau, kad nėra veiksminga.

Yra du modeliai – žalos atlyginimo „be kaltės“ ir deliktinis, teisės. Visi kalba apie technikas – komisijos kokios turi būti sudarytos, struktūros, bet labai mažai kas kalba apie kultūrinius dalykus. Reikėtų pasižiūrėti tam tikrus dalykus, ar tikrai tie visi modeliai visur vienodai veikia. Koks turėtų būti būdas „tiesti dirvą“ naujo modelio įgyvendinimui. Pavyzdžiui, Norvegijoje, visai kitoks mąstymas yra – visuomenės, bendruomenės, gydytojų mąstymas kitoks. Taigi vertėtų tirti vertybes.

Čia neturėtų būti priklausomas fondas net nuo ministerijos. Ir man didžiulis klausimas yra su naująją formuojama politika. Čia man neatsako į tris klausimus: pirmas fondo administravimo nepriklausomumas nuo institucijų, čia turėtų būti visiškai atskirta, ko aš nematau šioj vietoj. Jeigu ta politika būtų įgyvendinta (žalos atlyginimo „be kaltės“), tada pranyktų civilinės atsakomybės draudimo poreikis ir panašiai, tačiau aš vis tiek tuo netikiu dėl to, kad jeigu diegiant šią sistemą pacientas kreipiasi į tą komisiją ir jo netenkina išmokama suma, tada jis gali paduoti į teismą tą fondą. Čia visiškas teisinis nihilizmas ir nesąmonė, aš kaip pacientas skundžiu ne fondą, nes ne fondas man koją nupjovė, aš turiu teisę teisti tą įstaigą arba gydytoją, kuris nupjovė man koją. Taigi čia vis tiek lieka neaiškumas, aš manau, kad visgi išliks ta sistema, kad pacientas, kurio netenkins žalos atlyginimas, galės kreiptis į teismą. Tai čia gaunasi, įstaigos mokės didžiulius pinigus į fondą ir dar mokės didžiulius pinigus, kai pacientai dėl žalos atlyginimo kreipsis į teismą. Mes paskaičiavom, kad mūsų įstaigai tai būtų keliais kartais padidėję finansiniai įnašai, o realiai nelabai suprantu, ką iš to gausim. Nėra galimybių studijų, kur būtų parodyta kaip žmonės naudosis ta sistema, kiek galbūt ja piktnaudžiaus. Nematau, kad kažkas pasikeis, jeigu civiliniam kodekse būtų panaikinta žmogaus teisė ginti savo interesus sveikatos apsaugos sektoriuje ir paduoti ieškinį prieš gydytoją ir gydymo įstaigą, išskyrus ten dėl tyčinės veiklos arba labai grubios, tai jeigu šioje vietoje CK nebus pakeitimų tokių, nebus ir pokyčių. Bet aš ir neįsivaizduoju realiai teisinio pagrindo tam. Jeigu man girtas gydytojas

nupjovė koją, kur aš matau, kad tikrai žala ne 10 ir ne 20 tūkstančių, o valstybė tokių pinigų neturi, tai ką man paduoti valstybę į teismą, kuri pinigų neturi? Ne valstybė kojas pjausto. Tai yra gydytojo arba gydymo įstaigos atsakomybė. Aš manau, kad ta deliktinės teisės sistema išlieka. Gaunasi kvazi sistema su kvazi įnašais. Kas žmonėms uždraus kreiptis į teismą? Ne visus tenkins komisijos priimtas sprendimas dėl žalos dydžio. Tuomet jie vis vien kreipsis į teismą. Tai gydymo įstaigai tada dvigubi kaštai. Reikės ir mokėti pinigus į fondą, ir dar draustis papildomai.

INFORMANTAS B

1. Kaip vertinate Lietuvoje pacientų žalos atlyginimo situaciją, kokia ji?

Pacientų žalos atlyginimas Lietuvoje nėra efektyvus, teisminiai procesai užtrunka ilgai, sveikatos priežiūros įstaigos kaltę dėl žalos fakto dažniais atvejais sudėtinga įrodyti. Tai visoms pusėms kelia daug streso, sudaro nemenkas išlaidas ir duoda mažai naudos. Dabartinė situacija trikdo medikų darbą, supriešina medikus su pacientais, o iš viso to labiausiai išlošia tik draudimo kompanijos.

2. Kaip vertinate Lietuvoje veikiančią pacientų žalos atlyginimo teisinę bazę?

Nepakankama. Šiuo metu pacientų žalos atlyginimo teisinę bazę sudaro:

- Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas;
- Lietuvos Respublikos Civilinis kodeksas;
- Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos nuostatai;
- Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos darbo reglamentas.

Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija ribota savo veiksmuose. Jai nesudaryta įstatymų reglamentuota teisė kreiptis į ASPĮ su prašymais suteikti konsultacijas ar pateikti ekspertines išvadas, o pastarosioms nereglamentuota prievolė atlikti tokius veiksmus. Situacijos pakeitimas sudarytų prielaidas gauti nešališkas išvadas, kurias galima būtų prilyginti „prisiekusiųjų teismo“ institucijai bei priimti prejudicinį sprendimą.

3. Ar pacientų žalos atlyginimo politikai yra skiriamas pakankamas dėmesys – teisininkų, medikų, visuomenės, žiniasklaidos?

Manau nepakankamas. Kiekvienas pacientas lieka su savo problema pats, o rezonanso sulaukia arba atskiri atvejai, arba pačių pacientų pastangomis.

4. Kaip interesų grupės: medikai, pacientai, draudimo kompanijos veikia pacientų žalos atlyginimo politiką?

Draudimo kompanijos turi didžiausią interesą ne pacientų naudai. Kiekviena ASPĮ privalo savo veiklą drausti civilinės atsakomybės draudimu ir esant nukentėjusiam pacientui, jų interesas(draudikų) yra kuo mažesnė išmoka. Įdiegus „be kaltės“ modelį, pacientui nebereikėtų įrodinėti žalos. Tai būtų perkelta ant draudikų ir ASPĮ pečių – t. y. Ginčo šalys būtų lygiavertės, kai tuo tarpu pacientas visada yra silpnoji ginčo šalis ir nedaugelis ryžtasi įrodinėti žalą. Kalbant apie medikus, kyla etikos pobūdžio klausimų – žinant, kad tavo veikla apdrausta, atsiranda „laisvės“ pojūtis.

5. Kaip teisminis žalos atlyginimo modelis veikia medikų darbą, su kokiais iššūkiais susiduriama?

Nesu susidūręs, tačiau kaip ir paminėjau aukščiau, jaučiasi „laisvė“ – juk tiesioginė atsakomybė netaikoma. Kiek galima kalbėti apie regresą – medikų poreikis šalys didelis, vadinasi į regresą žiūrima atsargiai.

6. Kaip pacientų žalos atlyginimo politikos įgyvendinimas, naudojant teisminį modelį veikia nepageidaujamų įvykių registravimą/gydymo procesą, jo analizę, gydymo tobulinimą? Kaip tai atsiliepia pacientams?

Na tai, kad medikai visgi yra kaltinami dėl padarytų klaidų, skatina slėpti jas, todėl ir nepageidaujamų įvykių yra stengiamasi neregistruoti. Visi stengiasi išvengti skandalų ir net jei asmeninės atsakomybės nėra, ne tik dėl pacientų žalos atlyginimo politikos, mūsų kultūroje taip yra, stengiamasi viską slėpti, kad atrodytų, jog viskas įstaigoje gerai. Sakyčiau, kad čia yra iš dalies ir dėl asmeninio požiūrio, vyresnės kartos nusistatymo „susitvarkyti viduje“. O procesų tobulinimui, manau, kad tai tikrai žalinga, nes čia nebelieka galimybių normaliai ištirti situaciją, taip pat pagal realią situaciją diegti naujas tobulinimo sistemas ir panašiai. Tai analogiškai ir pacientai nukenčia, nes paslaugų kokybė galėtų pakilti įgyvendinus kokybės sistemas.

7. Kokią įtaką ši politika ir dėl jos susiklosčiusi situacija daro pacientų ir medikų santykiams? Kokie jie? Ar tai yra viena iš pacientų žalos atlyginimo politikos problemų? Kodėl?

Gydytojai ir pacientai yra supriešinami. Tai neskatina bendradarbiavimo. Medikas yra priverstas nuolat gintis, o pacientas pulti ir rinkti įrodymus, kad gydytojas padarė kažką ne pagal

reikalavimus. Ši kaltų ieškojimo sistema kuria įtampas tarp medikų ir pacientų. Pacientas nesijaučia saugus, o visa ši situacija medikus žemina.

8. Pateikite konkrečių atvejų, pavyzdžių, kurie atspindi įgyvendinamos pacientų žalos atlyginimo politikos problemiškumą.

Dėl etinių priežasčių, konkrečių pavyzdžių, deja, pateikti negaliu.

9. Kokias dar pacientų žalos atlyginimo politikos problemas pastebite?

Teisminės procedūros yra problematiškos. Ekspertizė gali trukti net apie metus, tada pati byla trunka keletą metų, daug kas pasimiršta per tą laiką, pacientas jaučiasi nuviltas. Be to, kokia iš viso yra žalos atlyginimo politika pas mus? Koks tikslas šios politikos? Kokį rezultatą norime turėti? Medicina be klaidų yra utopija. Klaidos buvo ir bus. Tikslas turėtų būti skatinti ir mokinti nuolatos medicinos personalą veikti profesionaliai, saugiai, efektyviai ir atsižvelgiant į paciento poreikiu. Jei medikas suklydo, ne dėl savo kaltės, tai jis turi būti apsaugotas nuo teismų, tačiau jam turi būti pravedamas privalomas papildomas kvalifikacijos kėlimas. Pacientai turi būti skatinami žinoti savo pareigas ir turi būti realios sankcijos už tų pareigų nevykdymą (šiuo metu to nėra).

10. Kaip vertinate žalos atlyginimo " be kaltės" modelį? Ar jis tinkamas Lietuvai?

Taip, tinkamas.

11. Kaip vertinate dabar Sveikatos apsaugos ministerijos siūlomą žalos atlyginimo modelį? Kokius privalumus jis galėtų atskleisti /kokius trūkumus jis išspręstų?

Kalbant apie medikus, kyla etikos pobūdžio klausimų – žinant, kad tavo veikla apdrausta, atsiranda „laisvės“ pojūtis. Taigi manau, kad šio modelio taikymas sukurtų naują – medikų atsakomybės problemą. Žinoma pacientams nauja sistema būtų suprantamesnė, paprastesnė, nereikėtų papildomų lėšų teisininkų paslaugoms ir pan. Taip pat įstaigų pinigai liktų sveikatos sistemoje, gal kai kurioms įstaigoms kaštai ir padidėtų, tačiau jie nebūtų išiekuojami draudimo kompanijoms. Taigi manau, kad siūlomas naujas žalos atlyginimo modelis būtų priimtinesnis už turimą teisminių pacientų žalos atlyginimo modelį.

INFORMANTAS C

1. Kaip vertinate Lietuvoje pacientų žalos atlyginimo situaciją, kokia ji?

Pacientai, patyrę žalą dėl sveikatos priežiūros specialistų kaltės tikrai yra pakankamai apsaugoti teisinės bazės. PTŽSAĮ yra vienas griežčiausių Europoje ir labiau orientuotas būtent į paciento teises. Kitas aspektas yra, kad procesas su teisininkais užtrunka ilgai ir yra pakankamai nepigus. Bet kuriuo atveju, tie, kas žalą patyrė iš tikrųjų tą įrodo ir gauna kompensacijas iš gydymo įstaigų, o ta pacientų dalis, susiviliojusi teisininkų pažadais ir turinti nepamatuotų lūkesčių, manau, yra atsijojama būtent ekspertizės metu.

2. Kaip vertinate Lietuvoje veikiančią pacientų žalos atlyginimo teisinę bazę?

Yra pagrindinis PTŽSAĮ. Nemanau kad teisinė bazė gera. Tiesiog plačiau komentuoti neturiu kompetencijos.

3. Ar pacientų žalos atlyginimo politikai yra skiriamas pakankamas dėmesys – teisininkų, medikų, visuomenės, žiniasklaidos?

Žiniasklaidos tai tikrai pakankamai skiriamas, ypač skandalingiems atvejams, kai išeitys fatališkos ir galima sukurpti skandaliuką, taigi paviršutiniškas. Rimtų objektyvių analizių paprasčiausiai nėra, nes apskritai Lietuvoje nelabai su tiriamąja žurnalistika.

Mano nuomone, joks gydytojas specialiai niekada nenorės pakenkti pacientui, tačiau tendencija informacinio srauto de ja formuoja tokią ar panašią nuostatą, kad baisūs dalykai medicinoje vyksta ir tai todėl, kad gydytojai korumpuoti ir nedėmesingi ar aplaidūs. O skambios antraštės su mirgančiais dideliais skaičiais ir skambiom frazėm tą masių nuomonę ir formuoja.

Visuomenė kaip ir daugeliu viešojo intereso atvejų yra pasyvoka. Na, pacientų organizacijos gal ir būtų suinteresuotos, tačiau turint tokį griežtą įstatymą, kai gydytojas yra be nekaltumo prezumpcijos, manau sunku jiems kažko dar norėti (ironija). Na nebent kad advokatai pigiau kainuotų.

Dėl teisininkų dėmesio šiai problemai – de ja neturiu nuomonės, paprasčiausiai trūksta kompetencijos.

4. Kaip interesų grupės: medikai, pacientai, draudimo kompanijos veikia pacientų žalos atlyginimo politiką?

Mano nuomone labiausiai veikia tos interesų grupės, kurios valdo didžiausius pinigus ir yra susijusios su procesu. Tai galėtų būti verslo sektoriai tokie kaip draudikai, galbūt teisininkai. Pacientų organizacijos? Taip, neabejotinai yra suinteresuotos, tačiau kadangi nežinau istorijos, kaip PTŽSAĮ buvo patvirtintas, kas inicijavo ir pan., užkulisų, tai sunku komentuoti pacientų balso svarumą.

5. Kaip teisminis žalos atlyginimo modelis veikia medikų darbą, su kokiais iššūkiais susiduriama?

PTŽAI įtaka kasdieniam mediko darbui puikiai atsispindi per formų, kurias privalo pasirašyti pacientas kiekį. Kiekvienas veiksmas, net nebūtinai intervencinis žmogaus organizmą gali paveikti ne taip kaip tikimasi, turėti nenuspėjamų šalutinių reakcijų, taigi, norėdami labai stipriai apsidrausti, ir atitikti informuoto sutikimo kriterijus, medicinos darbuotojai duoda pacientams pasirašyti po didžiausiais sąrašais galimų komplikacijų, taip lyg pasidalindami atsakomybę. Kaip veikia? Profesinės praktikos pradžioje teko ne kartą girdėti iš vyresnių kolegų – rašyk ligos istoriją ypač kruopščiai, juk rašai ne sau, rašai prokurorui.... Manau tuo labai daug kas pasakyta. Pas mus Lietuvoje ar komplikacija, ar aplaidumas, tai pradžioje išėjties taškas yra tas pats – gydytojas turi įrodinėti savo nekaltumą, o ne vice versa. Tai tikrai neįneša saugumo jausmo dirbant šį darbą. Dar pridėjus elgetišką atlyginimą ir išsimokslinimo trukmę, tikrai suvoki, kokie pasišventę medikai gali dirbti Lietuvoje. Iššūkių yra agresyvūs, priešiška nusiteikę pacientai. O jeigu dar kažkas atsitinka, tai medikas jaučiasi neginamas nei teisinės bazės, nei administracijos, vienas lauke karys.

6. Kaip pacientų žalos atlyginimo politikos įgyvendinimas, naudojant teisinį modelį veikia nepageidaujamų įvykių registravimą/gydymo procesą, jo analizę, gydymo tobulinimą? Kaip tai atsiliepia pacientams?

Tradiciskai manoma, kad šis modelis įtakoja gydytojų nenorą registruoti nepageidaujamus įvykius, tačiau, mano manymu, tai nėra vienintelis ir svarbiausias faktorius, kodėl Lietuvoje nevyksta normalus nepageidaujamų įvykių registravimas. Labiau nei teisminių procesų skaičius ir bylų precedentai, šį procesą lemia iš senosios sistemos paveldėtas slėpimo fenomenas, potencijuojamas neigiamos viešosios nuomonės, kad komplikacijų medicinoje nepasitaiko arba beveik nepasitaiko, jei gydytojai dirba neklysdami. Profesijos kaip tokios prestižo žeminimas, besitęsiantis kelis dešimtmečius, valstybės nepagarbus požiūris į mediką, atsispindintis taip pat ir per finansavimo mechanizmus, bei pavadinkime, stigmatizavimo .

Galiu pasikartoti, kad tai nebent skatina komplikacijų registravimo vengimą, nes nėra kultūros tokios. Komplikacija lygu aplaidumas. Kaltė bet kuriuo atveju mediko pusėje, nes na neeskaluojama kad normalu medicinoje iki 10 proc. komplikacijų. O pati žalos atlyginimo politika tai tikrai neskatina ypač vyresnės kartos gydytojų. Nesant kokybiško registravimo nukenčia ir analizė bei tobulinimas, klaidų išvengimo algoritmų kūrimas ir diegimas pagrįstas būtent Lietuvos sąlygomis unikalia patirtimi.

Pacientams tik blogiau žiūrint plačiai ir į priekį. Apskritai dvi barikadų pusės yra blogai pacientams.

7. Kokią įtaką ši politika ir dėl jos susiklosčiusi situacija daro pacientų ir medikų santykiams? Kokie jie? Ar tai yra viena iš pacientų žalos atlyginimo politikos problemų? Kodėl?

Santykiams įtaką daro be abejo neigiamą. Kaip minėjau, tai lyg dvi barikadų pusės ten, kur būtina kooperacija. Sveikata yra bendras tikslas ir mediko ir paciento, tačiau labai daug niuansų šiandien Lietuvoje įtakoja tą santykį, ne vien tik žalos atlyginimo politika. Žinoma, jei gydytojas būtų ginamas labiau, jis jaustųsi saugesnis, būtų tik geriau. Šiuo atveju „be kaltės“ modelis galėtų pasitarnauti.

8. Pateikite konkrečių atvejų, pavyzdžių, kurie atspindi įgyvendinamos pacientų žalos atlyginimo politikos problemiškumą.

Neturiu de ja tinkamų pavyzdžių.

9. Kokias dar pacientų žalos atlyginimo politikos problemas pastebite?

Pacientų prioritetizavimas yra didžiausia problema.

10. Kaip vertinate žalos atlyginimo " be kaltės" modelį? Ar jis tinkamas Lietuvai?

Nežinau, nes biurokratinė našta dėl skundų kiekio gali būti labai didelė. Net tokiose kultūringose valstybėse, kaip Danija, kur šis modelis veikia, o gydytojai ir jų žinios yra gerbiami, netikrinant „Google“ ir nekvestionuojant paskyrimų, pacientai skundžiasi labai gausiai. Lietuvoje, manau, teisininkų paraginti ir šiaip sąmokslu teorijų primaitinti pacientai gali sukurti tikrą antplūdį.

11. Kaip vertinate dabar Sveikatos apsaugos ministerijos siūlomą žalos atlyginimo modelį? Kokius privalumus jis galėtų atskleisti /kokius trūkumus jis išspręstų?

Jei pacientas netektų teisės po žalos išmokos gavimo dar kreiptis į teismą – tai išspręstų gydymo įstaigų privalomo civilinės atsakomybės draudimo klausimą, tačiau nemanau, kad tokia nuostata bus įtvirtinta. Kitu atveju gal palengvintų gydytojams darbo sąlygas, kai atsitikus komplikacijai reikia drebėti ir įrodinėti savo nekaltumą. Pacientai sutaupytų teisininkams skiriamas lėšas. Tačiau valstybei kainuotų nemažai, o ir kadangi mechanizmas iš PSDF, tai papildomai atimamos lėšos iš kitų sveikatos sektorių.

Manau geriausiai būtų pritaikyti „Vairuotojų civilinės atsakomybės modelio elementus, kai draudikas aiškinasi su nukentėjusiu, eliminuojant trečias šalis.

INFORMANTAS D

1. Kaip vertinate Lietuvoje pacientų žalos atlyginimo situaciją, kokia ji?

Vertinu nevienareikšmiškai, nes, manau, ji netenkina nei gydytojų, nei pacientų, nebent draudimo kompanijas. Ko gero tik draudimo kompanijos turi iš to naudos, nes gydytojai turi kasmet privalomai draustis, nepriklausomai nuo to, ar buvo draudiminiai įvykiai ar ne.

2. Kaip vertinate Lietuvoje veikiančią pacientų žalos atlyginimo teisinę bazę?

Būtent teisinė bazė ir suponuoja tokią situaciją – tai yra prievartinis draudimas su vienu laimėtoju.

3. Ar pacientų žalos atlyginimo politikai yra skiriamas pakankamas dėmesys – teisininkų, medikų, visuomenės, žiniasklaidos?

Negaliu atsakyti už visus. Jei teisininkai skirtų tam dėmesio, turbūt teisinė bazė būtų palankesnė ir kitų susijusių šalių (gydytojų, pacientų, artimųjų) atstovams. Medikai, turiu omenį gydytojai, čia realios įtakos sprendimų priėmimui neturi, tik vykdydami. Gal daugiau įtakos turi gydytojų sąjunga. Visuomenė mažai apie tai nutuokia, nebent kai susiduria su tokiais atvejais, kai lieka nepatenkinti gydytojų darbu. Tik tada nežino kaip elgtis, ko tikėtis. O paskutiniu metu dėl žalos atlyginimo kreipiasi dažniausiai nemotyvuotai, nes mano, kad užtenka pagraudenti, kad jaučiasi nuskriausti, netekę artimo žmogaus, ir jau lyg ir turėtų gauti nemažai pinigų. Žiniasklaida dirba savo darbą-kas moka, to ir pusėje.

4. Kaip interesų grupės: medikai, pacientai, draudimo kompanijos veikia pacientų žalos atlyginimo politiką?

Kiekvienas veikia per savo interesų prizmę. Kaip sakiau žiniasklaida, mano nuomone, neprisideda prie objektyvios informacijos sklaidos ir plačios, išsamios diskusijos viešojoje erdvėje vedimo apie dabar esamo modelio naudą ar trūkumus. Medikai čia nėra vieningi ir vienodai įtakingi inicijuojant kokias nors reikšmingas pataisas. . Aiškios pozicijos pacientų ir draudimo kompanijų. Draudimo kompanijos visada turės naudos, esant bet kokiam modeliui. Pacientų atstovai gan aktyviai gali įtakoti žalos atlyginimo politiką sau naudinga linkme

5. Kaip teisminis žalos atlyginimo modelis veikia medikų darbą, su kokiais iššūkiais susiduriama?

Teisminis metodas medikų darbą veikia žalingai, kadangi šiuo metu, galiojant teisminiam modeliui, medikas visada tiesiogiai atsako už padarytą žalą. Jis lieka kaltas, dėl to atsakomybės kratosi slėpdamas nepageidaujamus įvykius su pacientu. Tai neskatina mokytis iš klaidų, nes jis automatiškai tampa nusikaltėliu, prastesnės kvalifikacijos, žemesnių įgūdžių ir t.t., nors tai gal ir visai ne dėl jo, ar tik dalinai dėl jo kaltės pasireiškusios kažkokios komplikacijos ir pan. atvejai pacientui. Tai skatina viską, ko kartais ir nereikia, slėpti.

6. Kaip pacientų žalos atlyginimo politikos įgyvendinimas, naudojant teisminį modelį veikia nepageidaujamų įvykių registravimą/gydymo procesą, jo analizę, gydymo tobulinimą? Kaip tai atsiliepia pacientams?

Savaime suprantama, kad registravimas tokių atvejų yra ribotas, nes įvykiai yra slepiami. Gydymas gali užsitęsti, nes laiku nesiimama reikiamų priemonių, kad neparodyti padarytos klaidos ir pan. Analizė tampa menkavertė, nes tokių įvykių nėra daug, juos sunku analizuoti, ieškant ryšio tarp problemos ir sprendimo būdų. Pacientai nesužino visos tiesos apie suteiktas paslaugas, tame tarpe ir nekokybiškas. Gal net nukenčia sveikata ar finansai.

7. Kokią įtaką ši politika ir dėl jos susiklosčiusi situacija daro pacientų ir medikų santykiams? Kokie jie? Ar tai yra viena iš pacientų žalos atlyginimo politikos problemų? Kodėl?

Santykiai įtempti, nes pacientai mano, kad nuo jų kažkas slepiama. Jie dažnai akcentuoja, kad ne apie viską buvo informuoti. Nors ką reiškia viską ir kada viską galima paaiškinti pacientui? Tad pacientai linkę daugeliu atveju, o dažnai ir be pagrindo, kaltinti gydytojus, tiksliau medikus. Gydytojais taip pat vengia pacientų, kurie daug klausinėja ir įtariai, bendravimas darosi neprofesionalus, nenuoširdus, epizodiškas. Taip, tai yra viena iš žalos atlyginimo politikos problemų. Nes pacientas dabar yra pastoviai kaltintojo pozicijoje ir visada linkęs reikalauti pinigų. Net už šimtamečių tėvų mirtį nepasikuklina paprašyti kompensacijos. Gydytojas nori dirbti savo darbą ir nesijausti nusikaltėliu. Kiekvieną kartą rizikuoti savo licencija, ilgamečiu stažu, garbe ir uždirbtu turtu.

8. Pateikite konkrečių atvejų, pavyzdžių, kurie atspindi įgyvendinamos pacientų žalos atlyginimo politikos problemškumą.

Problema abipusė. Yra ir pavyzdžių, bet komentuot negaliu. Atskiri epizodai: pacientas tikrai nukentėjęs, prarado darbingumą, bet žalą įrodyt labai sudėtinga, nors žala akivaizdi. Priešingas atvejis- pacientas pats netausojo sveikatos, nevykdė gydytojų nurodymų, nevartojo priskirtų vaistų, bet įvykus pūlingai komplikacijai kaltina gydytojus ir reikalauja kosminių sumų.

Problema – žalos ir kaltės įrodymo arba paneigimo proceso adekvatus teisinis įvertinimas.

9. Kokias dar pacientų žalos atlyginimo politikos problemas pastebite?

Nesubalansuota teisinė bazė. Gydytojų įstaigos draudžiasi privalomai ir savanoriškai, draudžia gydytojus, bet gydytojas nesijaučia saugus. Gali būti tiesiogiai prieinamas paciento skundams, terorui. Neaiškus atstovavimo pacientui mechanizmas. Šiuo metu žala gali būti priteista plačiam ratui artimųjų, kurie nėra ar nebuvo, tarkim, mirusio paciento išlaikomi.

Moralinės žalos ir turtinės žalos aiškios sampratos, piniginės vertės ribų, įvertinimo metodikos neaiškumas.

10. Kaip vertinate žalos atlyginimo " be kaltės" modelį? Ar jis tinkamas Lietuvai?

Tas variantas, kuris buvo siūlomas, yra niekinis. Nebent žiūrint iš draudimo kompanijų pusės. Draustis vis tiek reikės. Bet jei pacientas gaus kažkokią sumą, tai ji jo visais atvejais netenkina. Palikta teisė pacientui ir jo artimiesiems ir toliau kreiptis dėl žalos išieškojimo. Vadinasi, gydymo įstaigos turės dideles išlaidas, valstybė, matomai, taip pat. Tai tik pablogins gydymo įstaigų finansus, kentės paslaugų teikimas...Žodžiu, toks modelis Lietuvai – joks sprendimas. Ir mano asmeniniu požiūriu, kol kas labiau valstybei apsimokantis modelis yra dabar esantis, nors jo visas netobulybes visi žinome. Jei būtų žalos kompensavimo ribos, aiškus žalos nustatymo ir įvertinimo mechanizmas, valstybės, bet ne gydymo įstaigų biudžeto pinigai (žinoma su gydymo įstaigos įnašu per draudimo ar kitokią sistemą) ir apribota pacientų teisė toliau bylinėtis gavus išmoką, tas modelis būtų priimtinas.

INFORMANTAS E

1. Kaip vertinate Lietuvoje pacientų žalos atlyginimo situaciją, kokia ji?

Pacientų žalos atlyginimo institutas kaip procesas – veikiantis, tačiau tobulintinas, nes čia kyla įvairių problemų. Medikams ši sistema kelia nerimą savo darbe, pacientams ji neužtikrina sklandaus žalos atlyginimo, o sveikatos priežiūros įstaigoms ši sistema taip pat daug kainuoja, kuomet atneša menkus rezultatus. Panašu, kad iš susiklosčiusios situacijos labiausiai išlošia įstaigų draudėjai, kurie labiausiai ir priešinasi galimiems šios pacientų žalos atlyginimo politikos pokyčiams.

2. Kaip vertinate Lietuvoje veikiančią pacientų žalos atlyginimo teisinę bazę?

Teisinė bazė pagal esamą situaciją pakankama. Žinoma, jeigu žalos atlyginimo modelis būtų keičiamas, atitinkamai turėtų būti keičiami ir įstatymai, kurie susiję su pacientų žalos atlyginimu. Kadangi dėl kylančių problemų, yra akivaizdus poreikis keičiant žalos atlyginimo politiką, reiktų koreguoti ir kai kuriuos įstatymus. Manau, kad viskas yra virsme šiuo metu.

3. Ar pacientų žalos atlyginimo politikai yra skiriamas pakankamas dėmesys – teisininkų, medikų, visuomenės, žiniasklaidos?

Mažiausias dėmesys – medikų, nes jų pagrindinis tikslas – kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų užtikrinimas. Teisininkams – tai darbo procesas, nes žalos atlyginimas – teisinė procedūra, vertinanti suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei sveikatos priežiūros specialistų profesinę kompetenciją. Žiniasklaidos dėmesys ribotas, toks ir turi būti, nes pacientų žalos atlyginimo politika privalo užtikrinti konfidencialumą.

4. Kaip interesų grupės: medikai, pacientai, draudimo kompanijos veikia pacientų žalos atlyginimo politiką?

Medikų, pasikartosiu tiksliai - kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų užtikrinimas, normalios darbo sąlygos ir nekonfliktiniai santykiai su pacientais, tai ši interesų grupė šią politiką veikia, tiek, kad ji darytų teigiamą įtaką darbe, per Gydytojų Sąjungą, Medikų sąjungą, kitas atskiras darbo grupes. Pacientų tikslas - kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir priimtumas, kartais patirtos žalos atlyginimas, įvairių situacijų būna. Galiu pasakyti, kiek stebiu, patys pacientai tiesiogiai šią politiką veikia mažai, turiu omenyje, nematau jų aktyvaus dalyvavimo, tačiau kasdieniai procesai gydymo įstaigose, kuriuose dalyvauja pacientai, veikia šią politiką, turiu omenyje, įvairios situacijos, kurios susijusios su jais. Draudimo kompanijos – įstatymo prievolės drausti sveikatos priežiūros įstaigų civilinę atsakomybę pasipelnymo šaltinis, jos visais būdais stengiasi, kad kokia politika būtų įgyvendinama, išliktų privalomas draudimas, nes tai jų pasipelnimo

šaltinis. Manau, kad čia jie randa tam tikrų „slaptų“ kanalų, o taip pat pastebimos jų diskusijos pasisakymai spaudoje, televizijoje šiais klausimais.

5. Kaip teisminis žalos atlyginimo modelis veikia medikų darbą, su kokiais iššūkiais susiduriama?

Medikams šis pacientų žalos atlyginimo modelis – SIAUBAS. Jis trukdo medikų darbą, pasitaiko situacijų, kurios tikrai žemina medikų darbą. Medikų darbe tikrai pasitaiko tokių situacijų, kuomet nepavysta gauti siekiamų rezultatų ir medikas, savo srities profesionalas dėl vienintelės klaidos atitinkamą reputaciją užsitraukia visai savo likusiai karjerai. Pasitaiko įvairių pacientų, medikai dažnai yra užgauliojami dėl įvairių sisteminių dalykų, jau nekalbant apie kažkokius nepageidaujamus įvykius sveikatos priežiūroje ar gydymo procese. Dabar pacientai yra labai reiklūs, ir ne visada jų reikalavimai yra adekvatūs, tai taip pat trikdo darnius gydytojų ir medikų santykius, gydytojo profesija jau seniai nėra autoritetinga.

6. Kaip pacientų žalos atlyginimo politikos įgyvendinimas, naudojant teisminį modelį veikia nepageidaujamų įvykių registravimą/gydymo procesą, jo analizę, gydymo tobulinimą? Kaip tai atsiliepia pacientams?

Dabartinis žalos atlyginimo modelis neigiamai veikia įvykių registravimą, nes gydytojai nėra linkę jų registruoti. Registruoja tuomet, kai neįmanoma kitaip. O šiaip kiek įmanoma, tas bandoma nuslėpti, nes medikai yra baudžiami... Pas mus šitie dalykai nėra teigiamai vertinami. Kadangi nepageidaujami įvykiai maksimaliai nėra registruojami, tai ir gydymo procesus ši situacija veikia neigiamai, nes kuomet neigiamos situacijos nefiksuojamos, jos ir neanalizuojamos, o to pasekoje ir atitinkami procesai nėra tobulinami. Taigi kaltų ieškojimas yra žalingas tiek gydymo įstaigoms, tiek patiems pacientams, kurie negauna tokių kokybiškų paslaugų, kokias galėtų gauti normaliai veikiant visiems procesams. O ką jau kalbėti apie ilgus ir varginančius teisminius ginčus, kurie pacientams tikrai būna sudėtingi, kainuoja ir teisinės paslaugos, ir tai užtrunka daug laiko. O jeigu pažiūrėti, vidutiniškai, kokios sumos yra atlyginamos, tai yra graudu. Dažnai pacientai net nesiryžta eiti šiuo keliu.

7. Kokią įtaką ši politika ir dėl jos susiklosčiusi situacija daro pacientų ir medikų santykiams? Kokie jie? Ar tai yra viena iš pacientų žalos atlyginimo politikos problemų? Kodėl?

Dabartinė politika – tai medikų ir pacientų tarpusavio kiršinimas. Nėra kuriamos jokios procedūros, kurios skatintų tarpusavio bendradarbiavimą. Yra vykdoma tik „SKUNDIMO“ politika.

Tai apsunkina medikų darbą ir pacientų santykius su medikais. Tai tikrai didžiulė visos sveikatos politikos problema.

8. Pateikite konkrečių atvejų, pavyzdžių, kurie atspindi įgyvendinamos pacientų žalos atlyginimo politikos problemiškumą.

Pasikartosiu: vykdoma tik „SKUNDIMO“ politika. Šis reiškinys yra dažniausiai pasireiškianti problema.

9. Kokias dar pacientų žalos atlyginimo politikos problemas pastebite?

Aš manau, kad didžiausia problema, tai medikų ir pacientų supriešinimas. Aišku problemų yra ir daugiau. Ši sistema yra nepalanki nei medikams, nei pacientams. Pacientams kreipimasis į teismą brangiai kainuoja, užtrunka daug laiko, reikalauja arba specifinių žinių, arba dar kartą pinigų, kreipiantis į advokatą. Dažnas pacientas net nesiryžta šiam ilgam procesui. Teisme priežastinius ryšius, medikų kaltę dažnai sunku įrodyti, nes sveikatą dažnai įtakoja daugelis veiksnių, todėl šios bylos tikrai sudėtingai vertinamos. Galiausiai, grėsmė medikams prarasti licencija skatina juos slėpti gydymo klaidas, kas trukdo siekti aukštesnės gydymo paslaugų kokybės.

10. Kaip vertinate žalos atlyginimo "be kaltės" modelį? Ar jis tinkamas Lietuvai?

Manau, kad būtų tinkamas, šį modelį vertinu teigiamai, kadangi šie modeliai ne visose šalyse vienodi, manau, kad ieškant sprendimo Lietuvai, reikėtų giliai išanalizuoti esamą situaciją ir geriausius galimus variantus, pasitelkiant įvairus ekspertus.

11. Kaip vertinate dabar Sveikatos apsaugos ministerijos siūlomą žalos atlyginimo modelį? Kokius privalumus jis galėtų atskleisti /kokius trūkumus jis išspręstų?

Kaip jau minėjau, manau, kad žalos atlyginimo „be kaltės“ modelis yra tinkamas sprendimas Lietuvai. Labiausiai jis išspręstų gydytojo ir paciento santykio problemą, dingtų mano minėta skundimo politika, arba bent jau šiek tiek apmažėtų. Tikėtina, kad medicinos mokslas sparčiau judėtų į priekį dėl pasitaikančių klaidų medicinoje sprendimo būdų, mokymosi proceso. Šis sprendimas būtų naudingesnis ir dėl finansų panaudojimo, būtų mažiau pinigų išmetama draudikams, pinigai liktų sveikatos sistemoje, manau, kad tai svarbus rodiklis.

INFORMANTAS F

1. Kaip vertinate Lietuvoje pacientų žalos atlyginimo situaciją, kokia ji?

Vis daugiau bylų dėl paciento sveikatai padarytos žalos nukeliauja į teismus. Dabartiniai pacientai yra apsiskaitę, daug informacijos jie gauna iš žiniasklaidos ir socialinių tinklų apie pacientų teises ir galimybes skųsti, jei yra nepatenkinti suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis. Teisiškai tai yra labai ilgas, finansiškai brangus ir psichologiškai sunkus procesas tiek pacientui, tiek gydytojui. Mano nuomone, dabartinis pacientų žalos atlyginimo mechanizmas nėra visai teisingas pacientui ir gydytojui, kadangi pacientui, neturinčiam specialių žinių, yra pakankamai sudėtinga įrodyti, kad gydytojas padarė klaidą. Tačiau gydytojas ne visada turi galimybę suteikti paslaugas taip, kaip reikalauja teisės aktai (pvz., jam trūksta laiko, sudėtingi ir daug pacientų, ne visada yra galimybių kelti kvalifikaciją ne tik Lietuvoje, bet ir užsienyje dėl finansinių išteklių, nėra vieningų medicinos standartų, nėra objektyvių kriterijų dėl paslaugos kokybės įvertinimo ir pan.). Be to, ikiteisminės institucijos (LR SAM sudaryta Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija) taip pat yra neveiksminga, nes iš jos didžioji dalis bylų keliauja į teismą. Vietoj šios institucijos aš matyčiau mediacijos procesą, kaip ikiteisminę procedūrą, nes ji grįsta tarpusavio sutarimu ir tarpininkaujant nešališkam, nesuinteresuojat specialistui (mediatoriui).

2. Kaip vertinate Lietuvoje veikiančią pacientų žalos atlyginimo teisinę bazę?

Reikėtų peržiūrėti, ypač dėl to, kas turėtų įrodinėti. Trūksta nacionaliniu lygiu vieningų medicinos standartų.

3. Ar pacientų žalos atlyginimo politikai yra skiriamas pakankamas dėmesys – teisininkų, medikų, visuomenės, žiniasklaidos?

Viešojoje erdvėje yra daug diskutuojama apie pacientų ir gydytojų problemas, vykdomas reformos sveikatos priežiūros sistemoje, tačiau nėra prieinama vienos pozicijos. Mažai kalbama apie tai, kad pacientai turi ne tik teises, bet ir pareigas. Teisininkai vis aktyviau skatina pacientus ginti savo teises teismuose. Beveik nekalbama apie tai, kad gydytojas, pacientas ir slaugytojas turi veikti kaip komanda. Sakyčiau nėra aiškios valstybės ne tik politikos, bet ir vizijos, ką reikėtų ir kaip keisti sveikatos priežiūroje. Todėl nuolatinės reformos neduoda laukiamo efekto. Nėra išgryninamo sveikatos sistemos problemos ir nesuformuluoti prioritetai. Visuomenėje labiau stebima kova tarp pacientų ir gydytojų, žiniasklaida tuo nuolatiniu konfliktu naudojasi, kad turėtų apie ką kalbėti, tačiau išsamiau ir aiškiau nėra daug kalbama apie žalos atlyginimo politiką. Galbūt tai yra todėl, kad pacientui yra ne tiek svarbus piniginis žalos atlyginimas, kiek jam svarbu žinoti, kad yra įvykdytas

teisingumas ir nubaustas kaltasis, kad panašūs atvejai nepasikartos ateityje, kad gydytojai ir gydymo įstaigos padarys išvadas dėl netinkamai teikiamų paslaugų kokybės.

4. Kaip interesų grupės: medikai, pacientai, draudimo kompanijos veikia pacientų žalos atlyginimo politiką?

Kadangi žalos atlyginimo klausimas nesirutulioja ir nesikeičia eilę metų, be to, nėra tiek medikų, tiek pacientų organizacijų žiūrėjimo viena kryptimi, tai sakyčiau, kad interesų grupės nėra labai aktyvios keičiant žalos atlyginimo modelį. Draudimo bendrovės yra privačios įmonės, todėl jos šiuo atveju yra suinteresuotos tik pelnu ir jei išmoka kokią išmoką pacientui žalai atlyginti, tai kitą kartą tiesiog padidina draudimo įmoką sveikatos priežiūros įstaigai. Todėl manyčiau, kad draudimo bendrovės, bent jau kol kas neturi įtakos žalos atlyginimo politikai.

5. Kaip teisminis žalos atlyginimo modelis veikia medikų darbą, su kokiais iššūkiais susiduriama?

Medikai yra pasiruošę nuolat „gintis“ nuo pacientų, todėl siuntinėja dažnai nepagrįstai pas kitus specialistus, prirašo ne visada reikiamus vaistus, tyrimus (išrašo vaistą, nes to reikalauja pacientas, o gydytojas nenori su juo pyktis). Slepia savo klaidas ir vengia jas analizuoti su kolegomis. Darbą labai apsunkina tai, kad vis dar nėra suformuotų aiškių kokybės vertinimo kriterijų, o teisės aktuose nurodoma, kad paslaugos turi būti teikiamos maksimaliai rūpestingai ir turi atitikti šiuolaikinio mokslo lygį.

6. Kaip pacientų žalos atlyginimo politikos įgyvendinimas, naudojant teisminį modelį veikia nepageidaujamų įvykių registravimą/gydymo procesą, jo analizę, gydymo tobulinimą? Kaip tai atsiliepia pacientams?

Vis dar galvojama, kad nepageidaujamų įvykių registravimas yra kaip neigiamas dalykas, siekiant apkaltinti mediką, kad jis savo darbą atlieka nekokybiškai. Pamištama, kad tai yra puikus dalykas proceso gerinimui ir klaidų analizei bei mokymuisi iš jų, rizikos valdymui, galbūt net mediko profesinės kvalifikacijos kėlimo poreikiui įvertinti.

7. Kokią įtaką ši politika ir dėl jos susiklosčiusi situacija daro pacientų ir medikų santykiams? Kokie jie? Ar tai yra viena iš pacientų žalos atlyginimo politikos problemų? Kodėl?

Santykiai tarp pacientų ir medikų yra įtempti, daug problemų yra dėl tarpusavio bendravimo, etikos. Nuolat daugėja teisminių bylų. Pagrindinė to problema yra netinkama sveikatos priežiūros sistemos politika, reformos, kurios vykdomos tik tam, kad būtų imituojami pokyčiai, tačiau

nesprendžiamos esminiai sveikatos sistemos skauduliai (pvz., šeimos gydytojų veiklos efektyvus vykdymas, teisinės bazės sutvarkymas, nacionalinių standartų įvedimas, aiškių kriterijų dėl sveikatos priežiūros paslaugas finansų paskirstymo ir pan.). Sakyčiau, kad dabartiniai pacientų ir gydytojų santykiai yra viena iš žalos atlyginimo politikos problemų.

8. Pateikite konkrečių atvejų, pavyzdžių, kurie atspindi įgyvendinamos pacientų žalos atlyginimo politikos problemiškumą.

Politika — tai bendro žmonių gyvenimo visuomenėje organizavimo ir nuolatinio reguliavimo veikla.

Daug problemų kyla dėl ekspertų išvadų, kai nagrinėjama byla teisme, teismai užtrunka tikrai ilgai...

9. Kokias dar pacientų žalos atlyginimo politikos problemas pastebite?

Kaip ir minėjau anksčiau, manau vietoje privalomos SAM komisijos, nagrinėjančios pacientui padarytą žalą, turėtų būti privaloma mediacija. Kaip rodo teismų praktika pvz., skyrybų bylose, mediacija yra ypač efektyvi sprendžiant šalių ginčus.

10. Kaip vertinate žalos atlyginimo " be kaltės" modelį? Ar jis tinkamas Lietuvai?

Mintis gera, tačiau ji turi būti adaptuota atsižvelgiant į Lietuvos sveikatos sistemą. Turi būti gerai išanalizuota užsienio patirtis, kur veikia toks modelis (pliusai ir minusai). Be to, aš manau, kad šiuo atveju, tiek kai yra gydytojo kaltė, tiek tuo atveju, kai jos nėra dėl žalos pacientui atsiradimo, turėtų būti įtraukta papildomas privalomas mediko žinių pagilinimas atsižvelgiant į konkrečią situaciją. Be to, mano nuomone, tai galėtų turėti reikšmės ir pratęsiant gydytojo licencijos galiojimą.

11. Kaip vertinate dabar Sveikatos apsaugos ministerijos siūlomą žalos atlyginimo modelį? Kokius privalumus / trūkumus jis išspręstų?

Manau tai būtų teigiamas žingsnis į priekį, nes nuimtų įrodinėjimo našta nuo paciento, sutrumpintų bylinėjimosi laiką, gydytojams garantuotų tam tikrą saugumą ir skatintų juos ne slėpti klaidas, o mokytis ir nekartoti jų, bendradarbiauti su pacientu.