

VILNIAUS UNIVERSITETAS

Daiva Brogienė

**PACIENTO TEISĖS Į KOKYBIŠKĄ SVEIKATOS
PRIEŽIŪROS PASLAUGĄ IR ŽALOS SVEIKATAI
ATLYGINIMĄ**

Daktaro disertacija

Biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (10 B)

Vilnius, 2010

Disertacija rengta 2004-2009 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto
Visuomenės sveikatos institute

Mokslinis vadovas

doc. dr. Romualdas Gurevičius (Higienos institutas, biomedicinos
mokslai, visuomenės sveikata – 10 B)

Konsultantas

prof. habil. dr. Vytautas Nekrošius (Vilniaus universitetas, socialiniai
mokslai, teisė – 01 S)

TURINYS

SANTRUMPOS.....	5
NAUDOTI TERMINAI IR SĄVOKOS.....	5
1. ĮVADAS	7
1.1 TIRIAMOJI PROBLEMA IR JOS AKTUALUMAS	7
1.2 DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI.....	9
1.3 DARBO MOKSLINIS NAUJUMAS	10
1.4 GINAMIEJI TEIGINIAI.....	11
1.5 PRAKTINĖ DARBO REIKŠMĖ.....	12
2. LITERATŪROS APŽVALGA.....	13
2.1 PAIEŠKA IR ANALIZĖ.....	13
2.2 PACIENTO TEISIŲ UŽTIKRINIMO ĮSTATYMINIAI PAGRINDAI	16
2.2.1 Teisė į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą	17
2.2.2 Teisė į žalos sveikatai atlyginimą.....	20
2.3 PACIENTO TEISĖ Į KOKYBIŠKĄ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS	
PASLAUGĄ.....	22
2.3.1 Sąvoka ir turinys paciento požiūriu.....	22
2.3.2 Sveikatos priežiūros kokybės dimensijos, matavimo kriterijai	
paciento požiūriu.....	27
2.3.3 Pacientų apklausos Lietuvoje ir užsienio valstybėse.....	36
2.4 PACIENTO TEISĖ Į ŽALOS SVEIKATAI ATLYGINIMĄ.....	42
2.4.1 Sąlygos žalos sveikatai atlyginimui	42
2.4.2 Žalos fakto ir dydžio nustatymas	54
2.4.3 Žalos sveikatai atlyginimo modeliai.....	59
2.4.4 Žalos sveikatai atlyginimo mechanizmas Lietuvoje, jo vystymosi	
perspektyvos.....	63
2.5 PACIENTO TEISIŲ ĮSTATYMINIO REGLAMENTAVIMO	
LIETUVOJE APIBENDRINIMAS	65
3. PACIENTŲ APKLAUSOS TYRIMAS	69
3.1 TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI	69
3.1.1 Tyrimo imtis.....	69

3.1.2 Tyrimo kontingentas	72
3.1.3 Tyrimo priemonė	76
3.1.4 Statistinės analizės metodai.....	79
3.2 REZULTATAI.....	90
3.2.1 Pagrindinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo charakteristikos	90
3.2.2 Sveikatos priežiūros kokybės vertinimas pagal suteiktų paslaugų dimensijas	95
3.2.3 Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas pagal indikatorius	98
3.2.4 Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimą įtakojantys veiksniai.....	109
3.3 REZULTATŲ APTARIMAS	121
4. CIVILINIŲ BYLŲ ANALIZĖ	137
4.1 TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI	137
4.1.1 Turinio analizės metodas.....	138
4.1.2 Statistinės analizės metodai.....	138
4.2 CIVILINIŲ BYLŲ TYRIMO REZULTATAI	142
4.2.1 Ieškinio charakteristikos.....	142
4.2.2 Teismo ginčo nagrinėjimas, jo trukmė	144
4.2.3 Teismų sprendimai, jų kontrolė	148
4.2.4 Žalos sveikatai atlyginimo dydžio nustatymas	154
4.3. REZULTATŲ APTARIMAS	157
5. PACIENTO TEISIŲ Į KOKYBIŠKĄ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGĄ IR ŽALOS SVEIKATAI ATLYGINIMĄ RYŠYS	200
6. IŠVADOS	203
7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	205
8. LITERATŪROS SĄRAŠAS	208
9. SPAUSDINTŲ DARBŲ SĄRAŠAS DISERTACIJOS DARBO TEMA..	240
PRIEDAI.....	242

SANTRUMPOS

LAT	Lietuvos Aukščiausias Teismas
PSO	Pasaulinė Sveikatos Organizacija
OECD	Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (angl. <i>Organisation of economic cooperation and development</i>)
SAM	Sveikatos apsaugos ministerija
VMAI	Valstybinė medicininio audito inspekcija
LR CK	Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas
LR CPK	Lietuvos Respublikos civilinio proceso kodeksas
LR PTŽSAĮ	Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas
CA	civilinė atsakomybė
ASPI	Asmens sveikatos priežiūros įstaiga

NAUDOTI TERMINAI IR SĄVOKOS

Asmens sveikatos priežiūra	Valstybės pripažįstamų fizinių ir juridinių asmenų veikla, kuria siekiama laiku nustatyti asmens sveikatos sutrikimus, užkirsti jiems kelią ir padėti asmeniui atgauti bei sustiprinti sveikatą [1]
Pacientas	Asmuo, kuris naudojasi sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis, nepaisant to, ar jis sveikas, ar ligonis [2]
Civilinė atsakomybė	Prievolė, kurios viena šalis privalo atlyginti kitai šaliai nuostolius, padarytus sutartinės prievolės nevykdymu ar kitokiu pažeidimu [3.P.25]
Civilinės atsakomybės sąlygos	Juridiniai faktai, kurių pagrindu atsiranda civilinė atsakomybė [3.P.98]
Deliktinė teisė	Civilinės teisės dalis, apimanti civilinę atsakomybę už nesutartinius civilinės teisės pažeidimus (lot. <i>delictum</i> – pažeidimas) [4.P.6]
Žala	Bet koks pakenkimas asmeniui arba jo turtui (angl. <i>damage</i>) [5. P.393]
Pacientas, patyręs žalą	Asmens sužalojimas, jo gyvybės atėmimas arba pakenkimas asmeniui, jo teisėms ir įstatymų saugomiems jo interesams [3.P.141]
Teisės institutas	Grupė teisės normų, reguliuojančių labai artimus (giminingus) visuomeninius santykius [6]

Nepageidaujamas įvykis	Tai paciento sveikatos sužalojimas teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, neatsižvelgiant į patį ligos procesą ir jo komplikacijas, kuris prailgina paciento hospitalizavimo laiką arba/ir sukelia nedarbingumą išrašymo iš ligoninės metu [7]
Neteisėtas paslaugų teikėjo fizinis poveikis į paciento kūną	Paciento įžeidimas veiksmu (angl. <i>tortious battery</i>). Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo sąmoningas ir aktyvus poveikis į paciento kūną be teisėtų pateisinamų aplinkybių, pvz.: intervencija, nesant informuoto asmens sutikimo
Nerūpestingumas, aplaidumas, neatsargumas	Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo nesėkmė įgyvendinant sveikatos priežiūros standartą, kuri protingai apdairus gydytojas įgyvendintų esant toms pačioms aplinkybėms (angl. <i>negligence</i>)
Neteisėti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo veiksmai	Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo aplaidus, nerūpestingas veikimas (neveikimas) ar nepakankama kompetencija, nukrypstant nuo priimtinos medicinos praktikos standartų ir sukeliant paciento sveikatos sužalojimą arba mirtį (angl. <i>medical malpractice</i>)
Priimtina sveikatos priežiūra	Valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitiktį [1]
Informuotas paciento sutikimas	Pagrįstas informacija ir tinkamas paciento sutikimas dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo [2]
Paternalizmas	Nuostata - gydytojas geriau nei bet kas kitas žino, kas yra jo pacientui geriausia, todėl siekia jo sveikatos, neatsižvelgdamas į paties paciento valią [8]

1. ĮVADAS

„Į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros pagrindas - suprasti ir gerbti paciento vertybes, pirmenybę ir išreikštus lūkesčius.“ - Picker Instituto steigėjas Harvey Picker... <http://www.pickerinstitute.org/>

1.1 TIRIAMOJI PROBLEMA IR JOS AKTUALUMAS

Pastaruosius dešimt metų sveikatos sistema visose valstybėse išgyvena pacientų teisių „revoliuciją“. Įvairios žmogaus teisių iniciatyvos demonstruoja išskirtinį dėmesį prigimtinei žmogaus teisei į sveikatą.

Galima išskirti keletą svarbių veiksnių, kurie labiausiai įtakoja pacientų teisių progresą [9]. Visų pirma, visuotinis Jungtinių Tautų ir Europos Tarybos dėmesys apskritai žmogaus teisėms ir jų gynybai. Antra, spartus technologijų progresas, integruota ir kompleksinė sveikatos priežiūra, augantys informuotų pacientų lūkesčiai kokybės ir paslaugų prieinamumo požiūriu. Trečia, nuolatos vykstantys globalūs visuomenės demokratizacijos, sveikatos reformų pokyčiai ir, be abejo, resursų sveikatos priežiūrai ribotumas. Besikeičiantys finansiniai resursai ir politinis klimatas valstybėje gali bet kuriuo momentu sudaryti grėsmę pacientų teisėms. Ketvirta, iš esmės pasikeitę paciento ir gydytojo bendravimo santykiai. Paternalistinių bendravimo modelių keitė informacinis, aiškinamasis ir galiausiai patariamasis. Pacientų teises aktyviai ėmė ginti nevyriausybines organizacijas bei visuomenės informavimo priemonės.

Greta prigimtinių teisių į sveikatą ir gyvybę reikšmingos ir svarbios tampa ir kitos pacientų teisės: teisė į informaciją, informuotą sutikimą, pasirinkimą, teisė būti išgirstam, teisė į prieinamą ir kokybišką sveikatos priežiūrą, privatumą, konfidencialumą, teisė skųstis, reikalauti žalos sveikatai atlyginimo [10]. Stiprėjanti pacientų pozicija sveikatos priežiūroje ypatingai aktyviai pradėjo formuoti paciento autonomijos principą ir jo teisę dalyvauti sprendimų dėl jo sveikatos būklės ar gydymo priėmimo.

Pacientų teisių politika glaudžiai susijusi su valstybėje vykdomomis pertvarkomis sveikatos sektoriuje. Neefektyviai įgyvendinant sveikatos apsaugos reformą, daugelis pacientų teisių gali būti realiai neužtikrintos ir neįgyvendintos [11]. Sveikatos priežiūros reformų tikslų ir uždavinių įgyvendinimo proceso valdyme Lietuvos sveikatos politikai ypatingą dėmesį atkreipia į paslaugų prieinamumo visuose sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygiuose gerinimą, pacientų teisių užtikrinimą ir paslaugų kokybės gerinimą [12]. Moksliniai projektai orientuojami į pacientų teisių situacijos analizę ir visuomenės aktyvinimą [13].

Lietuvos Respublikos Seime 2002 m. balandžio 10 d. vykusioje konferencijoje „Pacientų teisės šiandieninėje sveikatos priežiūroje“ konferencijos dalyviai kvietė politikus, nevyriausybinės organizacijas, valstybės ir savivaldybių institucijas, visuomenės informavimo priemonių atstovus, sveikatos priežiūros specialistus skirti ypatingą dėmesį paciento teisių įgyvendinimui [14]. Apie pacientų teisių įgyvendinimo problemas buvo diskutuojama ir 2008 metais vykusiam Nacionaliniame forume „Pacientų paslaugų kokybė ir sauga: iššūkiai ir pasiekimai“. Lietuvos sveikatos politikai įsipareigojo skatinti medikų ir pacientų bendradarbiavimą vadovaujantis lygiaverčiai partneryste ir abipuse pagarba pagrįstais principais, ypatingą dėmesį skirti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui, kokybei ir pacientų saugai [15].

Pacientų teisių užtikrinimas ir realizavimas atspindi valstybės sveikatos apsaugos sistemos efektyvumą. Nepriklausomos tyrimų ir informacijos organizacijos „Health Consumer Powerhouse“ duomenimis 2007 metais Lietuva pagal sveikatos apsaugos sistemos efektyvumą paslaugų vartotojų požiūriu, užėmė 26 vietą iš 29 tyrime dalyvavusių Europos šalių [16]. Vienas iš pirmųjų kriterijų, į kurį atsižvelgiama vertinant sveikatos sistemą – pacientų teisės ir informacija. Specialistų ekspertų nuomone, Lietuvoje sveikatos sektorius funkcionavo silpnai, o pagrindinė sistemos problema - paciento negalėjimas įtakoti su jo gydymu susijusių sprendimų. Teigiami pokyčiai pacientų teisių srityje pažymėti Sveikatos apsaugos sistemos efektyvumo

vertinime 2008 metais [17]. Ekspertai pabrėžė, kad nors ir tinkamai sprendžiami klausimai, susiję su pacientų teisėmis ir sveikatos priežiūros informacijos sistema, tačiau būtina didesnę dėmesį skirti paslaugų prieinamumui, gydymo rezultatams ir vaistų tiekimui. 2009 metų pacientų teisių ir informacijos srities vertinimo rezultatai parodė pažangą ir patvirtino, kad pacientų teisių įgyvendinimas yra svarbus veiksnys, galintis daryti teigiamus pokyčius sveikatos apsaugos sistemoje [18].

Moksliniam darbui plačioje pacientų teisių aibėje neatsitiktinai pasirinktos dvi labiausiai šiandieną diskusijų keliančios kompleksinės pacientų teisės: teisė į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą ir žalos sveikatai atlyginimą. Išskirtinis žiniasklaidos dėmesys į vadinamąsias gydytojų klaidas, pacientų skundai dėl nekokybiškos sveikatos priežiūros, didėjantis ieškinių dėl žalos sveikatai atlyginimo skaičius, stulbinantys civilinių ieškinių dydžiai rodo, kad praktikoje egzistuoja trukdžiai šių teisių užtikrinimui ir realizavimui.

1.2 DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

Darbo tikslas - ištirti bei įvertinti stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose gydytų pacientų galimybes realizuoti teisę į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą ir pacientų, pateikusių žalos sveikatai atlyginimo ieškinį teisme, galimybes įgyvendinti teisę į žalos sveikatai atlyginimą.

Siekiant darbo tikslo buvo iškelti šie uždaviniai:

1. Išanalizuoti paciento teisių į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą ir žalos sveikatai atlyginimą įstatyminį reglamentavimą Lietuvoje, palyginti jų pagrindinius principus su tarptautiniais ir Europos Sąjungos pacientų teises apibrėžiančiais teisės aktais.
2. Ištirti ir įvertinti pacientų nuomonę apie jiems suteiktą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, nustatyti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės spragas paciento požiūriu ir numatyti teises bei vadybines prielaidas paslaugų kokybės tobulinimui.

3. Išanalizuoti LR bendrosios kompetencijos teismų civilines bylas dėl žalos sveikatai atlyginimo, vertinant patirtos žalos sveikatai kompensavimo principus, procesinius ypatumus bei efektyvumą, atskleisti probleminius paciento teisės į žalos sveikatai atlyginimą įgyvendinimo aspektus ir pasiūlyti galimus reglamentavimo bei praktinio įgyvendinimo sprendimus.

1.3 DARBO MOKSLINIS NAUJUMAS

Mokslinį pagrindą naujam požiūriui į pacientų teises suteikia išskirtinis dėmesys pacientui, jo asmenybei. Nors pacientų teisės Lietuvoje reglamentuotos teisės aktais, mažai mokslinių tyrimų, kurie analizuotų, kaip visuomenė geba pasinaudoti šiomis teisinėmis nuostatomis ir jas realizuoti praktikoje, kaip sveikatos sistemos vystymosi pokyčiai gali įtakoti pacientų teisių įgyvendinimą. Pasaulinėje mokslinėje literatūroje nepavyko surasti unifikuoto metodo pacientų teisių įgyvendinimo lygiui įvertinti, nes pasirinkta problema moksliniu lygiu nėra pakankamai tirta.

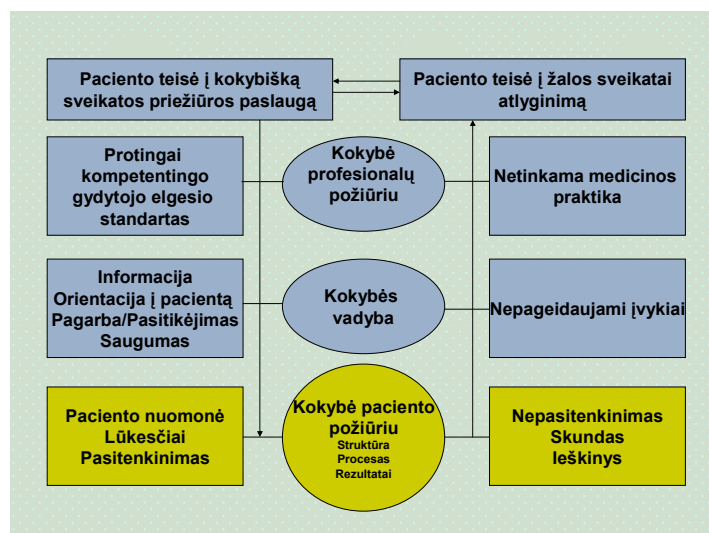
Šis darbas - pacientų teisių į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą ir žalos sveikatai atlyginimą įgyvendinimo mokslinis vertinimas Lietuvoje. Iki šiolei paciento teisė į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą nacionaliniuose moksliniuose darbuose buvo analizuojama kokybės vadybos aspektu, o teisė į žalos sveikatai atlyginimą buvo vertinama pagal galiojančius teisės aktus ir Lietuvos teismų praktiką. Tai pirmasis mokslinis darbas, kuomet dviejų pacientų teisių funkcionavimas vertinamas sistemiškai ir integruotai, kartu tiek medicininio, tiek teisinio požiūriais. Tai sudaro prielaidas siūlyti suderintas teises ir vadybines kryptis pacientų teisių įgyvendinimui.

Šiame darbe, panaudojus biomedicinos ir socialinių mokslų sričių metodologijas, moksliskai įvertinta sveikatos priežiūros paslaugų kokybė pacientų požiūriu. Adaptuotas daugelyje valstybių moksliniuose tyrimuose naudojamas Europos Picker instituto klausimynas stacionare gydytiems pacientams, kuris gali būti sėkmingai taikomas tolimesniuose moksliniuose tyrimuose Lietuvoje, lyginant šalies ir Europos valstybių patirtį sveikatos priežiūros paslaugų kokybės srityje.

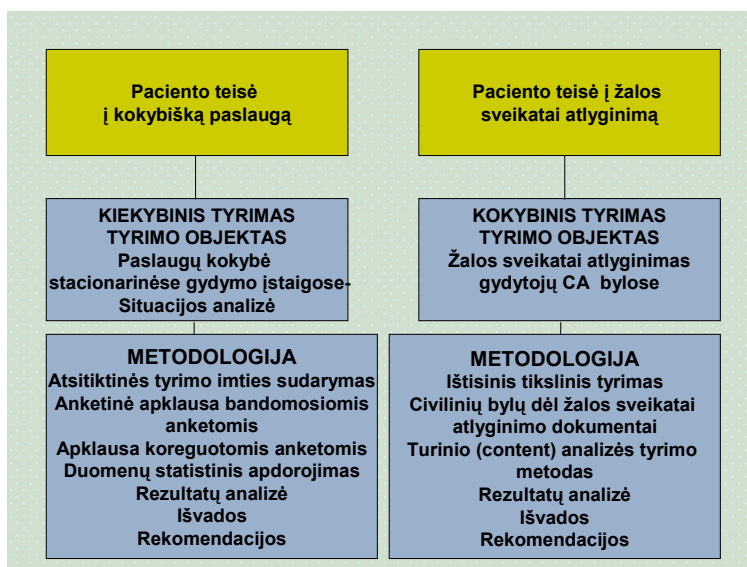
Teisiniai santykiai, susiję su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, sudaro atskirą sveikatos teisės institutą, todėl šis mokslo darbas svarbus sveikatos teisės mokslo krypties teorijai ir praktikai. Tenka pripažinti, kad Lietuvoje sveikatos teisės institutui trūksta teisės mokslo. Jis per mažai plėtojamas ir tai sudaro prielaidas įvairiai interpretuoti įstatymuose įtvirtintą pacientų teisių turinį, kartu ir nepalankias sąlygas pacientų teisių įgyvendinimui. Moksliniam tyrimui autorė pasirinko pirmuosius penkerius teismų praktikos formavimosi metus, sprendžiant ginčą dėl žalos sveikatai atlyginimo. Tai pirmasis ištisinis gydytojų civilinės atsakomybės (toliau – CA) bylų dokumentų mokslinis vertinimas Lietuvoje.

1.4 GINAMIEJI TEIGINIAI

1. Įstatyminis paciento teisių reglamentavimas užtikrina jų įgyvendinimo mechanizmą.
2. Stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose pacientai realizuoja savo teisę į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą.
3. Užtikrinama pažeistos teisės į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą teisminė gynyba, kurios pagalba pacientai realizuoja teisę į žalos sveikatai atlyginimą.



1 pav. Teorinis pacientų teisių realizavimo modelis



2 pav. Mokslinio tyrimo schema

1.5 PRAKTINĖ DARBO REIKŠMĖ

Atsižvelgiant į disertacijoje ginamus teiginius bei į tai, kad mokslinio tyrimo procesas nukreiptas į įstatyminių pacientų teisių realizavimo vertinimą, tyrimo rezultatai gali: patvirtinti ginamuosius teiginius ir išplėsti tik praktines pacientų teisių taikymo ribas arba nepatvirtinti ginamųjų teiginių ir pareikalauti koreguoti teisinius pagrindus bei ieškoti naujų paciento teisių užtikrinimo įstatyminių nuostatų.

Autorė, analizuodama pacientų teisių funkcionavimą praktikoje, stengėsi atskleisti pagrindines problemas, su kuriomis susiduria stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – ASPĮ) gydomi pacientai ir pacientai, siekiantys žalos sveikatai atlyginimo gydytojų CA bylose. Žinant pacientų teisių realizavimo kliūtis, galima nuosekliai ir kryptingai siekti strategiškai svarbaus tikslo – suteikti pacientams kokybiškesnes paslaugas, tačiau įvykus nepageidaujama įvykiui - efektyviai ir operatyviai apginti pažeistą jo teisę. Moksliniame darbe suformuluotos teorinės konstrukcijos,

nuostatos ir rekomendacijos gali pasitarnauti valstybės sveikatos politikai ir strategijai užtikrinant pacientų teises.

Remiantis užsienio šalių teismų patirtimi ir moksliniais tyrimais autorė teoriškai apibendrina pacientų žalos sveikatai atlyginimo modelius. Negausi teismų praktika Lietuvoje dar tik formuoja mokslinę doktriną žalos sveikatai atlyginimo klausimu, todėl šis mokslinis darbas turėtų padėti inicijuoti reikšmingas ir būtinas strategines nuostatas tobulinant žalos sveikatai atlyginimo mechanizmą Lietuvoje.

Autorė, remdamasi Liublijanos chartijos 6.2.1 nuostata, įvardija dar vieną šio darbo vertę, kuri paprastai nepriklauso nuo gautų kiekybinių tyrimo rezultatų. Nesvarbu, kokie bus stacionarinėse ASPĮ gydytų pacientų vertinimai apie jiems suteiktą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, piliečių nuomonė daro reikšmingą poveikį sveikatos apsaugos sistemos tobulinimui.

Lietuvos teismuose daugėja bylų, susijusių su pacientų teisių gynimu ir atlyginimu už padarytą žalą sveikatai. Svarbu įvertinti koku mastu yra būtina ir įmanoma ginti pacientų teises, kad kartu būtų ginami ir nebūtų pažeisti teisėti sveikatos priežiūros darbuotojų bei visuomenės interesai. Darbe buvo stengiamasi parodyti vieną iš pacientų teisių realizavimo fragmentų Lietuvoje, tačiau šio darbo tikslas nebuvo pateikti optimalų kokybiškų paslaugų užtikrinimo modelį ar optimalų žalos sveikatai atlyginimo mechanizmą Lietuvoje, nes tokio tikslo įgyvendinimas reikalautų kur kas didesnio masto tyrimo. Be to, autorė išreiškia viltį, kad darbas bus naudingas įstaigų vadovams, gydytojams praktikams, bus naudojamas ir mokymo tikslais.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1 PAIEŠKA IR ANALIZĖ

Mokslinės literatūros paieška apėmė 1998 01 - 2009 12 31 laikotarpį ir buvo atliekama elektroninėse duomenų bazėse: Medline (PubMed), Embase, PsychINFO, EBSCO, Web of Science, Medline/Ovid, Cochrane Library.

Literatūra buvo renkama Lietuvos Medicinos bibliotekoje, VU Teisės fakulteto ir Romerio universiteto bibliotekose.

Pradiniame etape literatūros šaltinių paieška buvo atlikta Medline ir Embase duomenų bazėse, panaudojant dvi reikšminių žodžių grupes:

1. Paciento teisės, sveikatos teisė ir jurisprudencija, sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, stacionarinė asmens sveikatos priežiūra, pacientų patirtis ir lūkesčiai, klausimynai (angl. *Patients rights, Medical law&legislation, quality of care, in-patient questionnaires, patients experience and perspective*)
2. Paciento teisės, sveikatos teisė ir jurisprudencija, žalos sveikatai atlyginimas, neteisėtų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo veiksmų CA bylos, atlyginimas be kaltės (angl. *Patients rights, Medical law&legislation, personal injury compensation, medical malpractice litigation, no-fault compensation*)

Mokslinis straipsnis, knyga, pranešimas ar teisės aktas buvo įtraukiami į literatūros šaltinių sintezę, jei jis atitiko šiuos kriterijus:

1. Galėjo atsakyti į klausimus:

- 1.1. pateikia paciento teisių į kokybišką sveikatos priežiūrą paslaugą ir žalos sveikatai atlyginimą teisinius aspektus;

- 1.2. aprašo kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos turinį, vertinimo dimensijas paciento požiūriu ir stacionarinėse ASPI gydytų pacientų vertinimus apie jiems suteiktų paslaugų kokybę;

- 1.3. aprašo žalos paciento sveikatai atlyginimo mechanizmus, CA sąlygas bei teismų praktiką žalos sveikatai atlyginimo bylose.

2. Tinkamo apžvalgai straipsnio, pranešimo ar knygos autoriaus nurodytuose šaltiniuose yra straipsnis, kuris atsako į aukščiau išvardytus klausimus (nuo 1985 m.).

3. Straipsnis publikuojamas lietuvių arba anglų kalbomis.

Apart duomenų bazėse gautų literatūros šaltinių darbe nagrinėti Lietuvos ir užsienio valstybių teisės aktai, reglamentuojantys pacientų teises į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą ir žalos sveikatai atlyginimą. Teisės aktams analizuoti papildomai naudotasi sekančiomis duomenų bazėmis:

<http://international.westlaw.com/> Westlaw International

<http://www.ectil.org/> European Center of Tort and Insurance Law

<http://wcd.coe.int/> Europos Tarybos internetinis tinklapis

<http://www.egtl.org/> European Group on Tort Law

<http://www.lat.litlex.lt/> Lietuvos Aukščiausiojo Teismo praktika

<http://www.lexadin.nl/> The World Law Gide

<http://www.sgecc.net/> European Legal Studies Institute, Study Group on a European Civil Code

Literatūros duomenų analizė atlikta vadovaujantis sisteminės, lyginamosios ir kritinės literatūros apžvalgos bendraisiais principais. Tačiau literatūros šaltinius analizuojant teisiniu aspektu taikyti papildomai bendrieji teisės tyrimo metodai.

Istorinis teisinis metodas padėjo atskleisti pacientų teisių reguliavimo raidą tiek tarptautiniu, tiek nacionaliniu kontekstais, aplinkybes, lėmusias teisinio reguliavimo pokyčius. Taikant šį metodą, siekta išsiaiškinti, kaip pacientų teisių turinį lėmė pacientų ir gydytojų besikeičiantys bendravimo modeliai. Siekta parodyti, kaip keičiantis teisės aktams keitėsi pacientų galimybės įgyvendinti savo teises. *Loginis – analitinis, analogijos ir sisteminės kritinės analizės* metodai taikyti, analizuojant Lietuvos Respublikos teisės aktus, reglamentuojančius pacientų teisinę padėtį, darant apibendrinimus ir išvadas. Loginis – analitinis metodas taikytas siekiant suprasti teisės aktuose įtvirtintas nuostatas, susijusias su pacientų teisėmis. Loginės analizės metodas taikytas taip pat darant išvadas, teikiant rekomendacijas ar pasiūlymus. Kadangi nuostatos apie pacientų teises yra išdėstytos įvairiuose teisės aktuose, svarbią reikšmę turi sisteminės analizės metodas, kuris padeda rasti teisės normų tarpusavio ryšį. *Kritinės analizės* metodas naudotas identifikuojant teisinio reglamentavimo trūkumus. Darbe plačiai taikytas *lyginamosios teisėtyros metodas*. Šis metodas taikytas keletu aspektų: 1) teoriniu požiūriu lygintos tam tikrais klausimais pateikiamos skirtingų teisinių sistemų pozicijos (pvz.: lyginti teisinėse sistemose CA institutai); 2) teisės aktų lygmeniu, buvo analizuojama įvairių lygių pacientų teises reglamentuojantys teisės aktai; 3) teismų praktikos lygmeniu, kai tarpusavyje buvo lyginamos tuo pačiu teisiniu

pagrindu nagrinėtos bylos įvairiose valstybėse, siekiant išryškinti tam tikrus bendruosius bruožus ir dėsningumus bei kiekvienos valstybės teisinės sistemos specifiką.

Autorė, pripažindama teisinio tyrimo prioritetą, bet norėdama įvairiapusiškiau pateikti pacientų teisių institutą, nevengė pasinaudoti ir sveikatos politikos teiginiais bei nuostatomis, atsižvelgiant į tai, kad sveikatos vykdomos reformos betarpiškai įtakoja pacientų teisinę padėtį.

2.2 PACIENTO TEISIŲ UŽTIKRINIMO ĮSTATYMINIAI PAGRINDAI

Tarptautinę istorinę pacientų teisių formavimosi raidą rodo pasirašyti ir paskelbti pasaulyje daugiašaliai susitarimai, konvencijos ir deklaracijos. Pamatinės teisės normos, reglamentuojančios pacientų teises, taikomas ir Lietuvos Respublikos teisės sistemoje. Kai kuriose valstybėse pacientų teisės ginamos specialiu įstatymu (Suomija 1992, Olandija 1994, Izraelis 1996, Lietuva 1996, Islandija 1997, Latvija 1997, Vengrija 1997, Graikija 1997, Danija 1998, Norvegija 1999, Gruzija 2000, Prancūzija 2000, Belgija 2002, Šveicarija 2003, Estija 2002, Rumunija 2003, Kipras 2005), kitose pasirenkamas neparlamentinis (chartijų) kelias (Jungtinė Karalystė 1991, Čekija 1992, Ispanija 1994, Airija 1995, Pietų Afrika 1996, Portugalija 1997, Lenkija 1999, Slovakija 2001, Austrija 2001) [19]. Švedija pacientų teises reglamentavo daugiau nei dvidešimtyje įstatymų ir direktyvų [20]. Suomija buvo pirmoji valstybė pasaulyje, reglamentavusi pacientų teises specialiu įstatymu [21].

Pacientų teisių turinį sąlygoja šalies socialinės normos bei kultūros tradicijos, tačiau tarptautiniai ir nacionaliniai politiniai sveikatos dokumentai, net ir neturintys juridinės galios, didele dalimi papildo pacientų teisių reglamentavimą.

Pacientų teisių apsaugos raidos istorija Lietuvoje prasidėjo 1991 m. spalio 31d., Atkuriamajam Seimui patvirtinus Nacionalinę sveikatos koncepciją [22]. Mokslinį pagrindą naujam požiūriui į pacientų teises suteikė

Lietuvos Respublikos Konstitucija, įtvirtinusi pagrindinius principus žmogaus teisių ir laisvių srityje [23].

2.2.1 Teisė į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą

Žodis „teisė“ bendrinėje kalboje reiškia teisingumo sampratą nustatant laisvę, galimybę ką daryti [24. P.837]. Teisiniu požiūriu – tai įstatymo sukuriama ir pripažįstama teisė [5. P.1323]. Kokybė - ypatybė, vertė, tikimo laipsnis [24. P.319]. Tai asmens, daikto ar paslaugos pranašumo laipsnis lyginant su kitais [5. P.1255]. Taigi paciento teisė į kokybišką paslaugą reikštų paciento galimybę gauti tinkamą, jo poreikius atitinkančią asmens sveikatos priežiūros paslaugą, garantuojamą įstatymo. Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas (toliau LR CK) reglamentuoja asmens sveikatos priežiūros paslaugos definiciją [25]. Tai veikla, įskaitant tyrimus ir su asmeniu tiesiogiai susijusius patarimus, kuria stengiamasi asmenį išgydyti, apsaugoti nuo susirgimo ar įvertinti jo sveikatos būklę (6.725 straipsnio 2 dalis).

Vertinant kokybės sampratą iš kokybės vadybos pozicijų, kokybė yra objektyvus daikto ar reiškinių apibūdinimas tam tikrai rūšiai būdingais esminiais požymiais, kai galima tikrovės rūšinė įvairovė [26]. Kokybė - objekto savybių visuma, įgalinanti tenkinti vartotojų išreikštus ir numatomus poreikius.

Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programoje, patvirtintoje Sveikatos apsaugos ministro įsakymu, pateikiama JAV Medicinos instituto sveikatos priežiūros kokybės suformuluota sąvoka – tai laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę [7].

Teisės į kokybišką paslaugą samprata plačiai aptariama ir etikos aspektu. Kokybiška sveikatos priežiūra suprantama kaip veikla, „apimanti viską, ką mes darome, kad išlaikytume, tęstume ir atkurtume savo „pasaulį“ tokį, kad mums jame būtų kuo geriau gyventi“ [27]. Autoriai išryškina

moralinius kokybiškos paslaugos požymius: gydytojo rūpinimąsi pacientu, dėmesingumą, atsakomybę už pacientą, Hipokrato priesaikos vertybes. Vertinama ir kita pusė - paciento elgesys, jo pagarba gydytojui, pasitikėjimas, dalyvavimas priimant sprendimus dėl jo sveikatos priežiūros.

Lietuva, ratifikavusi *Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvenciją*, laikosi visuotinai priimtų žmogiškųjų vertybių saugojimo sampratos [28]. Teisę į kokybišką paslaugą, kurią sukuria ir aukšti technologiniai standartai, ir žmogiški santykiai tarp paciento ir medicinos personalo, deklaruoja *Pacientų teisių skatinimo deklaracijos Europoje* (PSO 1994 m., Amsterdamas) 5.3 straipsnio nuostata [29]. *Europos pacientų teisių chartijoje (1961)* teigiama, kad „būdami Europos piliečiais nesutinkame, jog teisės gali egzistuoti teorijoje, o gyvenimo realybė ją paneigia dėl finansų stokos“ [30]. Chartija pasisako už teisę tikrinti kokybės standartus (8 straipsnis), teisę į saugumą (9 straipsnis). *Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje* (priimta 1997 m. ir ratifikuota Lietuvoje 2002 m.) numato priemones, kurios būtinos žmogaus orumo ir pagrindinių individo teisių ir laisvių apsaugai, taikant biologijos ir medicinos mokslus [31]. Konvencijos 4 straipsnis pabrėžia, kad bet kokia intervencija į sveikatos sritį turi būti vykdoma laikantis atitinkamų profesinių įsipareigojimų bei standartų. Konvencija reikalauja, kad profesionalai dirbtų atidžiai, rūpestingai, atsižvelgdami į kiekvieno paciento poreikį, savo kompetenciją grįsdami mokslo žiniomis ir gera medicinos praktika, ir užtikrintų vienodai visiems asmenims kokybišką ir prieinamą sveikatos priežiūrą (3 straipsnis). Konvencija siekia, kad gydytojais gerbtų pacientų teises, o pacientai pasitikėtų juos gydančiais gydytojais.

Bet kokios sveikatos apsaugos reformos tikslas – nuolat gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, teigia *PSO Liubianos chartija dėl sveikatos apsaugos reformų Europoje* [11]. Įgyvendinus Liubianos chartijos principus, sveikatos priežiūra turi tapti visiems gyventojams vienodai prieinama, saugi, veiksminga ir ekonomiškai efektyvi bei remtis aiškiais sveikatos gerinimo tikslais, atsižvelgti į gyventojų poreikius, užtikrinti, kad

gyventojų nuomonė ir pasirinkimas būtų lemiantys, planuojant sveikatos priežiūrą ir renkantis sveikatos priežiūros teikimo būdą. *PSO programinio dokumento „Sveikata 21“* 16 tikslas „Sveikatos priežiūros kokybės valdymas“ orientuotas į sveikatos priežiūros rezultatus [32]. Žmogaus teisė turėti kuo geresnę sveikatą, taip pat teisė gauti priimtina, prieinama ir tinkama sveikatos priežiūrą pripažįstama prigimtinė žmogaus teise, deklaruojama *LR sveikatos sistemos įstatymo preambulėje* [1].

Pacientų teisės Lietuvoje ginamos specialiu *Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo* (toliau LR PTŽSAI) [2]. Įstatymo 3 straipsnis imperatyviai įtvirtina kiekvieno paciento teisę į kokybišką sveikatos priežiūrą. Teisės turinys detalizuojamas, išvardinant kokybiškos paslaugos kriterijus:

- jokių aplinkybių nevaržomos pacientų teisės
- paciento garbės ir orumo nežeminančios sąlygos
- pagarbus personalo elgesys
- profesinių standartų laikymasis
- mokliškai pagrįstų nuskausminamųjų priemonių taikymas

Sveikatos priežiūros kokybės vertinimo užuomazgos Lietuvoje atsirado įsigaliojus Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – SAM) 1998 m. spalio 6 d. įsakymui Nr.571 „*Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų*“ [33]. Tikslas - stebėti, tobulinti ir garantuoti aukštą kokybės standartą. 2002 m. spalio 10 d. išleistas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. 495 „*Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijos patvirtinimo*“ numatė kokybės skatinimo ir kokybės gerinimo priemonių taikymą [34]. 2004 m. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr.V-642 buvo patvirtinta *Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programa*, kurioje kartu iškeliamos ir esminės probleminės kokybės sritys [7]. Numatytas vienas iš pagrindinių tikslų - suformuoti sisteminių požiūrį į sveikatos priežiūros kokybę, jos užtikrinimą ir nuolatinį gerinimą. Iškelti konkretūs uždaviniai - orientuoti sveikatos priežiūrą į paciento poreikius ir lūkesčius, gerinti sveikatos priežiūros paslaugų saugą ir

kokybę, tobulinti sveikatos priežiūros kokybės vadybą. Poįstatyminiu teisės aktu įtvirtinta minimalūs asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimai, kurie patobulino vidaus medicininio audito darbo principus ir nustatė pagrindines asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kryptis teikiamų paslaugų kokybei gerinti [35].

2.2.2 Teisė į žalos sveikatai atlyginimą

„Sveikatos“ sąvoka tarptautiniuose ir nacionaliniuose sveikatos politikos dokumentuose reiškia – ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimą, bet ir fizinę, dvasinę bei socialinę žmonių gerovę [1]. Į bendruomenę orientuota sveikatos samprata atspindi jos suvokimą plačiąja prasme [32]. Kasdienėje kalboje „sveikata“ suprantama siaurąja prasme, kaip individo gera fizinė savijauta.

„Sveikatos“ sąvoka kaip teisinė kategorija – asmeninė neturtinė vertybė, kurios teisinei apsaugai skiriamas ypatingas valstybės dėmesys [36]. Asmens teisė į sveikatą – prigimtinė, kiekvienam individui nuo gimimo priklausanti teisė.

„Žala“ bendrinėje kalboje reiškia nuostolį [24. P. 949]. Žalos sąvokos teisinė kategorija suprantama kaip teisės saugomai vertybei padarytas neigiamas poveikis, kuris pasireiškia vertybės tam tikrų savybių praradimu ar sunaikinimu [37. P.341]. Žala atlyginama tada, kai pažeidžiamas teisės ginamas ir saugomas objektas, vertybė ar interesas. Nepriklausomai nuo valstybės pasirinkto teisinio reguliavimo modelio, visose valstybėse yra saugomi tokie gėriai kaip asmens sveikata, gyvybė, kūno neliečiamumas, laisvė, kurie gali būti pažeidžiami gydytojų veiksmais ir kuriems gali būti padaroma žala. Bendrinė žalos sąvoka pateikiama ir Europos Sąjungos Direktyvoje Nr.85/374 (1985 m. Liepos 25d.) [38].

Sąvoka „žala sveikatai“ teisės doktrinoje ir teismų praktikoje suprantama kaip asmens kūno sužalojimas arba gyvybės atėmimas neteisėtais gydytojų veiksmais. Deliktų teisėje „žala sveikatai“ reiškia teiginį, kad

sužalotas asmuo privalo būti gražintas į tą padėtį, kurioje jis būtų buvęs, jeigu jam nebūtų buvusi padaryta žala [39. P.341, 40]. Tačiau gražinti pacientą į tokią padėtį natūroje praktiškai neįmanoma, todėl žalos nustatymas ir įvertinimas pinigais yra vienintelis būdas išspręsti ginčą tarp paciento ir gydytojo (asmens sveikatos priežiūros įstaigos).

Teisę į žalos sveikatai atlyginimą reglamentuoja tarptautiniai, nacionaliniai teisės aktai. *Europos pacientų teisių chartijos* (Europos socialinė chartija, 1961) 14 straipsnis, *Visuotinės žmogaus teisių deklaracijos* 8 straipsnis, taip pat *Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos* 13 straipsnis numato teisę į žalos sveikatai atlyginimą [30, 41, 28]. *Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencijos* 24 straipsnis garantuoja teisę gauti kompensaciją asmenims, kurie dėl sveikatos priežiūros paslaugos suteikimo patyrė žalą sveikatai [31].

Žala, priklausomai nuo objekto, kuriam ji padaryta, prigimties skirstoma į turtinę (angl. *material*) ir neturtinę (angl. *non-material damage*). Išskirtinis dėmesys skiriamas neturtinės žalos atlyginimo reglamentavimui. Jos sampratą formuoja teisės doktrina ir teismų praktika. Esminiai neturtiniai žalos atlyginimo principai išdėstyti Europos Ministrų Komiteto rezoliucijoje, kuri rekomenduoja įstatymuose numatyti galimybę atlyginti neturtinę žalą visais sveikatos sužalojimo atvejais [42].

Žalos sveikatai atlyginimo principas įtvirtintas ir nacionaliniuose teisės aktuose. Lietuvos Respublikos Konstitucijos 30 straipsnis kiekvienam asmeniui užtikrina jo teisių ir laisvių teisminę gynybą, padarytos turtinės bei neturtinės žalos atlyginimą [23]. Nors 1992 m. priėmus Lietuvos Respublikos Konstituciją neturtinės žalos atlyginimas tapo konstitucine nuostata, tačiau kaip teisės institutas jis realizavosi tik 2000 m., įsigaliojus naujam LR CK [25]. Bendras žalos atlyginimo sveikatos sužalojimo atvejais taisyklės numato 6.283 straipsnis. Turtinės žalos atlyginimą reglamentuoja 6.249, 6.283, 6.284 straipsniai, o neturtinė žala atlyginama tik įstatymų nustatytais atvejais (LR CK 6.250 straipsnis). Jei fizinis asmuo suluošintas ar kitaip sužalota jo sveikata,

nukentėjusiajam už žalą atsakingas asmuo turi atlyginti visus jo patirtus nuostolius ir neturtinę žalą.

Paciento teisė į žalos sveikatai atlyginimą numatyta LR PTŽSAĮ 13 straipsnyje: pacientas turi teisę į žalos, padarytos pažeidus jo teises teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, atlyginimą [2]. Turtinė ir neturtinė žala atlyginama šio įstatymo ir LR CK nustatyta tvarka. Įsigaliojusioje naujojoje LR PTŽSAĮ redakcijoje Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija išliko privaloma ikiteismine institucija, į kurią privalo kreiptis pacientai, siekiantys turtinės ir neturtinės žalos sveikatai atlyginimo. Detalus žalos sveikatai atlyginimo mechanizmas Lietuvoje aptariamas 2.4.4 skyriuje.

2.3 PACIENTO TEISĖ Į KOKYBIŠKĄ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGĄ

2.3.1 Sąvoka ir turinys paciento požiūriu

Sveikatos priežiūros kokybės sąvoką ir turinį galima analizuoti įvairiais aspektais: pacientų lūkesčiais, profesionalų kompetencija, finansų ekspertų ar draudikų poreikiais, visuomenės ar sveikatos politikų lūkesčiais [43. P.78]. Vartotojų poreikiais ir lūkesčiais pagrįstą požiūrio į kokybę koncepciją pateikia kokybės teoretikai [44. P.6]. J.M. Juran ir W.E. Deming vartotojų poreikių ir lūkesčių tenkinimą vadina „*didžiąja kokybe*“.

„Absoliučios“ kokybės apibrėžimo mokslinėje literatūroje surasti nepavyko. Nėra konsensuso ne tik dėl kokybiškos paslaugos definicijos, bet ir jos matavimo dimensijų. Priklausomai nuo valstybės siekiamų tikslų sveikatos sistemoje, šalies kultūros ypatumų bei tradicijų kokybė suprantama skirtingai: kai kam tai reiškia gerą aprūpinimą technologijomis, personalu, kai kam tai reiškia teisumą ir užuojautą, kitiems tai reiškia optimalius klinikinius rezultatus [45]. Kokybės definicija priklauso nuo to, kas matuoja kokybę ir koks matavimo tikslas [46]. Tai reikštų, kad kokybės apibrėžimą nustato tas sveikatinimo dalyvis, kurio požiūriu ji bus vertinama (paciento, profesionalo,

gydymo įstaigos, sveikatos politiko), o kokybės turinys atspindės kokybės matavimo dimensijas, kuriomis bus siekiama tą tikslą pasiekti [47]. Dažniausiai mokslinėje literatūroje analizuojamos fundamentalios A.Donabedian ir JAV Medicinos Instituto kokybės definicijos. 1980 m. A.Donabedian paslaugos kokybę apibrėžė kaip priežiūrą, kuri reikalauja maksimaliai pagerinti pacientų gerovę atspindinčius rodiklius, atsižvelgiant į laukiamos naudos ir nesėkmių balansą, kurie tikėtini visuose sveikatos priežiūros proceso etapuose [48].

1990 m. sveikatos priežiūros kokybės sampratą pateikė JAV Medicinos Institutas. Sveikatos priežiūros kokybė - laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę [49]. Tokia kokybės definicija įtvirtinta ir LR Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programoje [7]. Kokybės turinį sudaro profesinis meistriškumas, minimali rizika paciento sveikatai, jo pasitenkinimas, poveikis asmens ir visuomenės sveikatai. Medicinos Institutas kokybės sąvoką aiškina plačiai nuo paciento poreikių ir lūkesčių iki visuomenės sveikatos kokybės (ligų prevencijos, sveikatos ugdymo) ir pabrėžia ne tik matavimo tikslą, bet ir matavimo skalę [50, 51]. Nors PSO (2000) į kokybės definicijos turinį žvelgia sveikatos politikos aspektu, tačiau kokybės matavimo tikslas išlieka tas pats - sveikatos gerinimas ir atsakomybė pateisinti visuomenės lūkesčius [52].

Tačiau pacientų poreikiai ir lūkesčiai sveikatos priežiūros paslaugų kokybei yra visada didesni nei gydymo įstaigos galimybės juos tenkinti. Pacientų lūkesčiai negali tiksliai apibrėžti paslaugos kokybės. Jie svarbūs, tačiau resursų trūkumas sveikatos sektoriuje dažnai būna kliūtis tenkinti išreikštus poreikius. Šis faktorius modifikuoja sveikatos priežiūros kokybės sampratą. Maksimalistinę kokybės sąlygą keičia optimalistinė [46, 52]. Sveikatos priežiūros kokybė – tai pilnas sveikatos priežiūros poreikių patenkinimas tų pacientų, kuriems labiausiai reikia, mažiausiais organizacijos kaštais, atsižvelgiant į aukštesnių organizacijų apribojimus ir direktyvas [53].

Sveikatos priežiūros kokybės vadybos teoretikai Lietuvoje taip pat pateikia paslaugų kokybės sampratą, orientuotą į pacientą [54]. Prof. V.Janušonio nuomone, kokybė - tai produkto ar paslaugos ypatumų ir charakteristikų visuma, suteikianti galimybę patenkinti išreikštus arba menamus pacientų poreikius. Teoretikai neatmeta ir ekonominio kokybės kriterijaus: maksimaliai pacientų poreikius ir interesus tenkinanti sveikatos priežiūra, teikiama minimaliomis sąnaudomis, atsižvelgiant į disponuojamus ribotus išteklius, yra kokybiška [44. P.10].

Ovretveit J. nuomone, kokybės samprata ir turinys, atsižvelgiant į tai, kas matuoja kokybę, išreiškia profesionalo, paciento ar kokybės vadybą [55]. Paskutinį dešimtmetį pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę tampa svarbiu instrumentu kontroliuojant ir vertinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Dar daugiau, šiandieną pacientas kaip centrinė figūra sveikatos sistemoje bei svarbus sveikatinimo dalyvis, užima aukščiausią poziciją, vertinant sveikatos priežiūros kokybę. J.Ovretveit nuomone, pacientai turi neribotas galimybes gauti reikiamos informacijos, jie kviečiami būti aktyviais paslaugų teikimo proceso dalyviais ir praeina šį procesą nuosekliai, taigi pacientai įgauna didelę patirtį ir jų nuomonė tampa labai svarbi. Remiantis sveikatos priežiūros paslaugų kokybės teoretiko - klasiko A.Donabedian- koncepcija, pacientų kokybę galima analizuoti sveikatos priežiūros struktūros, proceso ir rezultatų modeliu, t.y. tarptautiniu mastu pripažintais struktūros, proceso, rezultatų standartais [46, 56]. A.Donabedian pabrėžia, kad ypatingai vertingi duomenys gaunami matuojant proceso kokybę paciento požiūriu. Paciento pasitenkinimas ar nepasitenkinimas yra jo sprendimas dėl paslaugos kokybės visais aspektais, tačiau ypatingai tai paliečia procesą, kuris atspindi jo ir gydytojo tarpusavyo santykius [57].

Struktūra paliečia asmenis, dalyvaujančius teikiant paslaugas, technologijas, kurių pagalba pacientas gauna paslaugas ir formalias taisykles, kuriomis vadovaujamosi teikiant paslaugas. Paslaugų kokybė pacientų požiūriu priklauso ne tik nuo rezultatų, bet ir nuo sąlygų, kuriomis teikiamos paslaugos [58]. J. Mainz nuomone, kokybės vertinimo rezultatus koreguoja žmogiškieji

resursai, fizinės aplinka ir komfortas, savalaikis paslaugų prieinamumas. Pacientai ypatingai vertina gydytojų profesionalumą, klinikinę patirtį, profesionalų komandinį darbą, medicinos technologijas. Jų nuomone, riboti žmogiškieji resursai ir laiko, skiriamo pacientui, stoka neigiamai veikia priežiūros kokybę [59].

Paslaugos *teikimo procesas* yra dinamiškas, jis susideda iš daugelio tarpusavyje susijusių veiksmų, kuriuos atlieka ne tik gydytojas, bet ir pacientas. Atsiranda pagrindinis proceso kokybės vertinimo kriterijus - gydytojo ir paciento santykiai. Kadangi pacientas tampa išskirtiniu sveikatos priežiūros proceso veikėju, dimensijos, matuojančios proceso kokybę, orientuojamos į pacientą. Kai kurie autoriai procesą vertina tik paslaugų teikėjų veiksmis, griežtai atsiribodami nuo aktyvaus paciento dalyvavimo procese [58]. Pacientų elgesį jie priskiria pacientų charakteristikoms, tik įtakojančioms sveikatos rezultatus.

Procesas duoda kur kas jautresnius kokybės matavimo rezultatus, nei struktūros ar rezultatų charakteristikos [60, 61, 62]. J. Mant pabrėžia, kad procesas geriausiai atspindi pacientų kokybę, proceso matavimo indikatorius pacientui lengva interpretuoti. H.R. Rubin ir bendraautorių nuomone, pacientai daugiau nei medicinos personalas vertina proceso kokybės matavimą, o svarbiausia, jie supranta ir žino ryšį tarp proceso kokybės vertinimo ir gydymo rezultatų.

Pacientui, siekiančiam žinių ir informacijos, svarbu ligos diagnozė, taikomos gydymo metodikos, saugumas teikiant paslaugas. Jis vertina ne tik, kaip organizuojama ir koordinuojama gydymo proceso eiga (nuosekliai, holistiniu požiūriu), bet ir kaip teikiama pagalba (individuali kiekvienam pacientui, išklausanč jį ir įtraukiant jį bei šeimos narius į sprendimų priėmimą) [59]. Pacientai dažniau akcentuoja emocinį ir psichosocialinį nei fizinį sveikatos priežiūros aspektus. Pacientui svarbu dėmesys, pagarba, konfidencialumas, privatumo išsaugojimas, atjauta, bendradarbiavimas, atvirumas. Tai požymiai, kuriuos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo standarte atspindėti ir empiriškai įvertinti labai sudėtinga. Štai kodėl svarbi

pacientų patirtis ir jų nuomonė apie proceso kokybės vertinimą. Analizuojant ir vertinant sveikatos priežiūrą kokybės aspektu, pacientai visą sveikatos priežiūros procesą vertina kaip vieną visumą. Suteikus nekokybiškas nemedicininės paslaugas (neskanus maistas, nešvari palata), pacientas visą sveikatos priežiūros procesą gali vertinti nepatenkinamai.

Tradiciškai *rezultatai* išreiškiami visų pirma mokslo ir profesionalų, vadybos ir finansų lūkesčiais, tačiau ne mažiau svarbūs ir pacientų lūkesčiai. Rezultatas atspindi paciento sveikatai suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų sukeltą poveikį, o svarbiausia - paciento pasitenkinimo laipsnį. Pacientui rezultatas yra pats svarbiausias iš visų trijų A.Donabedian kokybės vertinimo modelio elementų. Gydomo rezultatus jie vertina paprastai: ar gydytojų pastangos padėjo išspręsti jo sveikatos problemą, ar jis patenkintas gautomis paslaugomis. Tačiau netgi gera struktūra ir geras procesas gali neužtikrinti siekiamo rezultato. Ir priešingai, paciento pasitenkinimas gautomis paslaugomis nebūtinai atspindi gerą struktūrą ir gerą procesą [60]. Vadinasi tai, ką rezultate vertina pacientai ne visuomet yra kokybiška paslauga. Paciento pasitenkinimą sąlygoja daugybė papildomų socialinių-ekonominių aplinkybių, asmeniniai ir situaciniai veiksniai [63]. Nepaisant to, Robert H. Brook ir bendraautorių nuomone, kokybės rezultatai pacientų požiūriu yra ypatingai svarbūs. Jie suteikia galimybę pamatyti esmines problemines sveikatos priežiūros sritis, stebėti jų pokyčius ir priimti strateginius politinius sprendimus sveikatos priežiūroje.

Kalbant apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pacientų požiūriu, neužtenka pacientams įvertinti vien tik atskirus paslaugų kokybės matavimo elementus: struktūrą, procesą ir rezultatus. Overtveit J. nuomone, daug kokybės problemų pacientai nurodo „tarp paslaugų teikimo“, pvz. dėl komunikavimo ar koordinavimo trūkumų [64]. Tai vienareikšmiškai įtakoja paciento nuomonę apie suteiktą jam sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Apibendrinant kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugą, galima teigti, kad sveikatos priežiūros kokybė yra reliatyvi (subjektyvi) ir kartu norminė (objektyvi) sąvoka. Jos tikslas yra įvertinti, ar suteikta priežiūra duoda tuos

rezultatus, kurių protingai gali tikėtis pacientas: jo požiūris į kokybę ir pasitenkinimas sveikatos priežiūra.

2.3.2 Sveikatos priežiūros kokybės dimensijos, matavimo kriterijai paciento požiūriu

Dažniausiai sveikatos priežiūros kokybės dimensijos išskiriamos *sveikatos politikos tikslais* pagal valstybėje įgyvendinamą kokybės koncepciją ir atspindi kokybės definicijos turinį. Literatūroje skelbiami straipsniai rodo, kad valstybės labai įvairiai renkasi prioritetines paslaugų kokybės dimensijas. David B. Evans (PSO) pateikia Jungtinės Sveikatos Priežiūros Organizacijų Akreditavimo Komisijos apibendrintą kokybės dimensijų lentelę septyniose valstybėse [65]. Europos Aštuntajame Ateities Forume (2005m.) akcentuojama, kad moderni kokybės definicija apima šešis parametrus: saugumą, veiksmingumą, savalaikiškumą, orientaciją į pacientą, efektyvumą ir lygų paslaugų prieinamumą [66]. Ekonominio bendradarbiavimo ir vystymo organizacija (toliau OECD), vykdydama Sveikatos priežiūros kokybės indikatorių projektą (angl. *HCQI Project*) unifikavo kokybės vertinimo dimensijų matricą. OECD projekto išvadose teigiama, kad svarbiausios kokybės dimensijos yra veiksmingumas, saugumas ir orientacija į pacientą [67]. LR Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programoje įvardijamos devynios kokybės dimensijos (orientacija į pacientą, priimtumas, prieinamumas, tinkamumas, teisumas, tęstinumas, veiksmingumas, ekonomiškai pagrįstas efektyvumas, saugumas), iš kurių prioritetą suteikiamas sveikatos priežiūros saugumui, prieinamumui ir tinkamumui [7]. Pirmasis programos uždavinys - orientuoti sveikatos priežiūrą į paciento ir visuomenės poreikius ir lūkesčius.

Pastarąjį dešimtmetį ypač domimasi sveikatos priežiūros paslaugų kokybe, suteikiant galimybę patiems pacientams išreikšti savo nuomonę, vertinant įvairias sveikatos priežiūros kokybės dimensijas [68]. Pacientų patirtį, poreikius ir lūkesčius, vertinant paslaugų kokybę, geriausiai atspindi

priežiūros, orientuotos į pacientą, aspektas (pagarba paciento vertybėms, prioritetams, išreikštiems poreikiams) [69]. Nepaisant taikomų subjektyvių pacientų vertinimo kriterijų, mokslininkai išskyrė „didelio prioriteto“ klininkines sritis, kurios yra didžiausias potencialas sveikatos priežiūros kokybės tobulinimui. Pacientų nuomonė gali patikimai atspindėti gydymo įstaigos veiklos vertinimą, teigia PSO ekspertai ir mokslininkai [70, 71, 72].

G.Elwyn ir bendraautoriai atspindi naują, šiuolaikinį mokslininkų požiūrį į pacientų nuomonę vertinant paslaugų kokybę [73]. Pacientų patirtį apie paslaugų kokybę jie mato kaip kokybės vadybos gerinimo priemonę. Autoriai akcentuoja, kad nors paciento nuomonė ir subjektyvi, bet sveikatos priežiūros kokybės tobulinimui duoda didelę pridėtinę vertę.

Pacientų požiūris (patirtis) į kokybę, lūkesčiai ir pasitenkinimas priklauso nuo daugelio veiksnių: paciento sveikatos būklės, amžiaus, išsilavinimo, gaunamų pajamų, gyvenamosios vietovės, tautybės [63]. Paciento pasitenkinimas dažnai atspindi jo individualius jausmus ir emocijas. Dažnai skiriasi pacientų išsakomi prioritetai. Remiantis šiomis nuostatomis, galima paaiškinti, kodėl moksliniuose straipsniuose pacientų požiūrių ir pasitenkinimų rezultatai įvairių autorių pateikiami ir interpretuojami labai skirtingai. Nepaisant šių skirtumų, pacientų nuomonė, jų vertinimai yra vienintelis kelias nustatyti, ko siekia pacientai, ar sveikatos priežiūra atitinka jų poreikius ir lūkesčius [74].

Į pacientą orientuota sveikatos priežiūra (angl. *patient-centered-care, patient centredness*) - kartinė sveikatos priežiūros kokybės matavimo dimensija [75]. Ją geriausiai gali įvertinti pacientas, pateikdamas savo patirtį apie gautas paslaugas, išsakydamas savo lūkesčius ir išreikšdamas savo pasitenkinimą (skirtumą tarp lūkesčių ir gautos patirties) [76].

JAV Medicinos Institutas sveikatos priežiūrą, orientuotą į pacientą, apibrėžia: tai sveikatos priežiūra, kuri yra pagarbi ir jautri paciento lūkesčiams, poreikiams ir vertinimams, užtikrinanti, kad sprendimai sveikatos sektoriuje būtų daromi atsižvelgiant į pacientų nuomonę [77]. Institutas, remdamasis atliktų empirinių tyrimų rezultatais, atkreipė dėmesį į dvi sritis, kurios,

pacientų nuomone, padidintų jų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugų kokybe. Tai pagarba pacientų požiūriui, lūkesčiams ir išreikštiems poreikiams bei emocinė pagalba, nugalint baimę ir rūpestį [78].

PSO ekspertai, atlikę gydymo įstaigų veiklos kokybės vertinimo dimensijų analizę vienuolikoje Europos valstybių, taip pat patvirtino, kad viena iš šešių svarbiausių kokybės dimensijų – priežiūra orientuota į pacientą [79, 80]. Ekspertai išskyrė ir šios dimensijos indikatorius, kuriuos labiausiai linke vertinti pacientai: gydytojo ir paciento bendravimas, informacijos gavimas, pacientų įtraukimas į sprendimų priėmimą ir sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumas.

Europos Picker Institutas, apibendrinęs 10 metų mokslinių tyrimų patirtį ir daugiau nei 350 000 pacientų apklausų vertinimą, išskyrė 8 indikatorius, kurie atspindi sveikatos priežiūrą, orientuotą į pacientą: pagarba pacientų nuomonei apie sveikatos priežiūros kokybę (teikiamiems prioritetams ir išreikštiems poreikiams), paslaugų prieinamumas, emocinė parama, informacija, priežiūros koordinavimas, fizinis komfortas, šeimos narių ir artimųjų įtraukimas į gydymo procesą, priežiūros tęstinumas [81].

Pacientų nuomonės vertinimo svarbą, pacientų įtraukimo į sprendimų priėmimą bei pacientų saugumo indikatorius išskirtinai pabrėžia Danijos Sveikatos priežiūros kokybės gerinimo nacionalinė strategija (2002-2006) [82]. Strategijoje numatyti konkretūs veiksmai, kaip suteikti pacientams kuo daugiau informacijos, kad lengviau juos įtraukti būti aktyviais proceso dalyviais, plėtoti lygiateisės partnerystės dialogą.

Gydytojų ir pacientų tarpusavio santykiai šiandieną klostosi naujoje plotmėje. Paciento *autonomijos doktrina* (angl. *patient self-determination*) pakeitė gydytojo ir paciento bendravimą [83.P.119]. Jos turinį atskleidžia visi teisės aktai, reglamentuojantys pacientų teises. Detaliai neanalizuojant šio principo įtvirtinimo Lietuvos teisėje, privalu pabrėžti, kad filosofinis principo pagrindimas dar labiau išplečia doktrinos taikymą gydytojo ir paciento santykiuose, nes paciento interesai ir jo gerovės apsauga išlieka patys svarbiausi. Paciento autonomijos principo doktrina nėra absoliuti, medicinos

praktikoje, ji taikoma labai lanksčiai ir sistemiškai, dažnai sudėtingai ieškant pusiausvyros tarp paciento autonomijos ir jo interesų (pvz.: informacijos pacientui nesuteikimas, jeigu tai tiesiogiai padarytų žalą paciento sveikatai) [84]. Moksliniai tyrimai rodo, kad komunikavimo kokybė, gydytojo ir paciento bendravimas turi įtakos gydymo rezultatams ir pacientų pasitenkinimui [85].

Sprendimų priėmimas. Pacientai, atsižvelgiant į jų galimybes ir pirmenybę, turi teisę ir pareigą kaip partneriai dalyvauti priimant sveikatos priežiūros sprendimus, kurie reikšmingi jų sveikatai ir gyvenimo kokybei [86]. Mokslinės studijos rodo, kad pacientų nuomonės šiuo aspektu išsiskiria. Japonų mokslininkai teigia, kad dauguma japonų gyventojų turi teigiamą požiūrį į pacientų dalyvavimą sprendimų priėmime, jeigu jiems suteikiama aiški ir pilna informacija apie ligą, gydymo galimybes ir pasirinkimo riziką bei naudą [87]. Atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad dauguma pacientų išreiškė norą dalyvauti sprendimų priėmime kartu bendradarbiaujant su gydytojais ir tik 16 proc. apklaustųjų delegavo šią teisę gydytojams. Pagal japonų kultūros tradicijas, piktybinių susirgimų ar kritinių sveikatos sutrikimų atvejais į sprendimų priėmimą visuomet įtraukiami šeimos nariai, jie tampa atsakingi už tolimesnę paciento sveikatos priežiūrą. Panašias nuostatas dėl pacientų dalyvavimo gydymo procese pateikia ir kiti mokslininkai [88]. J. Benbassat ir bendraautorai, apibendrinę publikuotus mokslinius tyrimus apie gydytojų ir pacientų bendravimą, teigia, kad dominuoja pacientų–gydytojų bendravimo tarpiniai tarp „paternalistinio“ ir „informacinio“ modeliai. Dauguma pacientų nėra aktyvūs dalyviai, jie linkę daugiau sureikšminti informacijos apie gydymo alternatyvas gavimą nei paties sprendimo priėmimą. Kai kurie pacientai apskritai nusiteikę pasyviai, jie netgi vengia bet kokios informacijos apie sveikatos būklę ir planuojamą gydymą. Taigi, skirtingą pacientų dalyvavimo lygį apsprendžia skirtingas jų supratimo lygis apie tai, kaip jie suvokia savo dalyvavimą [89]. Fraenkel L. pabrėžia, kad visų pirma, paciento įtraukimą į dalyvavimo procesą įtakoja gydytojo elgesys, dažniausiai tai būna paciento atsakas į jo pateikiamą informaciją, rekomendacijas. Paciento pasirinkimą priimant sprendimą dažnai lemia socialiniai veiksniai, jo savitas suvokimas

apie ligą. Taigi, pacientų dalyvavimui sveikatos priežiūros procese turi būti skiriamas ypatingas kokybės vadybos dėmesys, nes aktyvus pacientų vaidmuo gali duoti gerus rezultatus, vertinant paslaugų kokybę pacientų požiūriu.

Tačiau pagrindinis paciento dalyvavimo sprendimų priėmimo tikslas – optimizuoti gydymo rezultatus, pacientų pasitenkinimo sveikatos priežiūra laipsnį [90]. Tam, kad pacientai taptų aktyviais dalyviais, jie turi aiškiai suvokti gydymo pasirinkimo riziką ir naudą, tikėtinus gydymo rezultatus. Pacientų nuomone, tik turėdami pakankamai informacijos ir gydytojo jiems skiriamo laiko, pacientai pasiruošę būti aktyviais dalyviais sprendžiant klausimus dėl gydymo priežiūros taktikos.

C. Doherty ir W. Doherty atliko nedidelę mokslinę studiją, taikydami interviu su pacientais tyrimo metodą, ir siekė išsiaiškinti, kokio įtraukimo į sprendimų priėmimą nori pacientai, kokie veiksniai sąlygoja vienokį ar kitokį pacientų sprendimą [91]. 20 proc. pacientų pasirinko aktyvų vaidmenį priimant sprendimus dėl savo sveikatos būklės ir gydymo, 80 proc. - bendradarbiavimo arba pasyvią poziciją. Autorių nuomone, Jungtinėje Karalystėje skirtingai nei kitose ES šalyse vyrauja paternalistinis paciento-gydytojo bendravimo modelis. Empiriniai tyrimai Jungtinėje Karalystėje parodė, kad paciento dalyvavimą sprendimų priėmimo dažnai įtakoja jo sveikatos būklė. Mansell D. su bendraautoriais mano, kad pacientai pakeičia savo elgesį, susidūrę su kritine sveikatos būkle (pvz. susirgus piktybine liga) ar esant ligos komplikacijoms [92]. Be to jie dažniau linkę priimti sprendimus planuojant didesnes intervencijas.

Frosch D.L., atlikęs literatūros apžvalgą apie pacientų dalyvavimą sprendimų priėmimo, padarė išvadą, kad jaunesnio amžiaus ir didesnio išsilavinimo pacientai labiau linkę dalyvauti ir priimti sprendimus dėl savo sveikatos būklės ar gydymo [93]. Autorius cituoja ne vieną mokslinį straipsnį, kur teigiama, kad pacientų įtraukimas į gydymo procesą gerina gydymo rezultatus, pacientai įgyja asmeninės kontrolės patirties, patiria mažiau rūpesčių ir jaučia didesnę pasitenkinimą suteiktomis paslaugomis. Pacientų

dalyvavimas sprendimų priėmimo yra kompleksinė ir dinaminė sąvoka, kuri plėtojama nuoširdžios partnerystės kontekste.

Informacija. Paciento teisė į informaciją yra savarankiška teisė, įtvirtinta tarptautiniuose ir Lietuvos teisės aktuose. Aktyvus pacientų dalyvavimas gydymo procese įmanomas tik suteikiant pakankamai aiškia informaciją pacientams apie jų sveikatos būklę, gydymo pasirinkimo galimybes ir pasekmes [94]. Dažnai pacientai nurodo, kad medicinos personalo trūkumas ligoninėje ir ribotas laikas gydytojui bendrauti su pacientais, trukdo jiems įgyvendinti teisę būti aktyviu dalyviu gydymo procese [95]. Vyresnio amžiaus pacientai mažiau linkę ieškoti informacijos, tuo tarpu aukštesnį išsilavinimą turintys pacientai noriai siekia informacijos ir dalyvauja sprendimų priėmimo [96].

Viena iš aktyvaus dalyvavimo gydymo procese išraiškų – informuoto asmens sutikimas. Tai etinio principo, pagarbos autonomijai taikymas medicinos praktikoje. Paciento informavimas apie jo sveikatos būklę ir apie galimą gydymą skatina jį aktyviai dalyvauti gydymo procese, gerina jo psichinę, emocinę būklę [97]. Autorė pažymi, kad gydytojo pareiga - suteikti pacientui visapusišką informaciją, reikalingą sprendimo priėmimui, tačiau patį sprendimą priima pacientas ir tai jis įtvirtina informuoto asmens sutikimo pagalba. Reikalavimai, taikomi pacientui teikiamos informacijos turiniui, įgyja ypatingos svarbos, nes tampa gydytojo elgesio vertinimo kriterijumi, ginant pažeistas paciento teises. Paciento teisė į pakankamą ir aiškia informaciją sprendimo priėmimui, yra esminė sąlyga pacientui priimti sprendimą dėl jo sveikatos tyrimo ar gydymo.

Remiantis literatūros duomenimis, vertinant pacientų nuomonę apie suteiktas jiems paslaugas, išskirtinis pacientų dėmesys skiriamas paslaugos teikėjo charakteristikoms: personalo draugiškumui, jų gebėjimui padrašinti pacientą, pagarbiu elgesiui, emociniam palaikymui, dėmesingumui, gebėjimui išklaudyti, gydytojo kompetencijai, informacijai ir komunikavimui [71, 98, 99, 74]. Margaret S. Westaway pabrėžtinai išskyrė medicinos personalo draugiškumą, paciento padrašinimą, pagalbą, pagarbą, palaikymą,

dėmesingumą, gebėjimą išklaudyti. Kada teikiama pagalba ypač jautriems, sunkiai sergantiems pacientams, pagarba ir orumas tampa ypatingai svarbūs. Gydomo sėkmę dažnai lemia paciento pasitikėjimas gydytoju [100]. Autorė papildoma paciento kokybės vertinimą naujais dėkingumo, lojalumo, sėkmės suvokimo vertinimo kriterijais. Tai sudaro galimybę pacientui į kokybę pažvelgti kiek kitokiu pjūviu ir pasijusti reikšmingu ir teisėtu dalyviu sveikatos priežiūros procese. Pacientai siekia lygiavertės partnerystės ir abipusės pagarbos. Tokiu būdu užtikrinamas ir abipusis pasitikėjimas.

Šiandieną pacientai sveikatos priežiūros kokybę gali vertinti įvairiais pjūviais [101, 102]. Gerteis M. su bendraautorais išskiria penkis aspektus, kuriuos vertina pacientai, norėdami išreikšti savo nuomonę apie tai, kaip veikia sveikatos apsaugos sistema: operatyvus sveikatos priežiūros prieinamumas, profesionalių gydytojų efektyvus gydymas, fizinė aplinka, atitinkanti jų poreikius, šeimos narių įtraukimas į procesą ir sveikatos priežiūros tęstinumas [69].

Pacientų ir gydytojų tarpusavio santykius vis labiau įtakoja gydytojo patarimai ir emocinė pagalba [103]. Emocinis komfortas padeda pacientams pasveikti, teigia Australijos mokslininkai, atlikę hospitalizuotų pacientų psichosocialinius tyrimus-apklausas [104]. Autoriai nustatė, kad emocinį komfortą įtakoja trys veiksniai: pacientų saugumo lygis, informacijos lygis ir paciento kaip žmogaus vertės lygis. Pacientai jautėsi saugūs, nes personalo kompetencija jiems nekėlė abejonių, buvo galimybė bendrauti su personalu ne tik medicininiais klausimais, bet ir pažinti juos kaip žmones. Emocinį komfortą užtikrino atvira ir sąžininga gydytojo informacija pacientui apie jo sveikatos būklę (kas įvyko, ko gali tikėtis pacientas, ką daryti ir kaip elgtis). Neverbalinis gydytojo kontaktas (aktyvus paciento išklauskymas, šypsena, mandagus prisilietimas) bei nuoširdus personalo pokalbis su pacientu leido pacientui pajusti savo, kaip žmogaus vertę. Mokslininkai padarė labai svarbią išvadą: psichosocialinė priežiūra sąlygojo terapinį efektą.

Remiantis literatūros apžvalga, galima teigti, kad yra du reikšmingi kokybės indikatoriai pacientų nuomone: prieinamumas ir gydymo efektyvumas

[105]. S.M.Campbell nuomone, iš esmės tai reiškia, kad pacientai gauna tą pagalbą, kurios jiems reikia ir suteikta medicinos pagalba, pacientų požiūriu, duoda gydymo rezultata. Mokslinės studijos rodo, kad pagarba pacientų lūkesčiams, emocinė pagalba, pacientų ir šeimos narių įtraukimas į gydymo procesą ne tik įtakoja pacientų pasitenkinimą, bet ir lemia klinikinius gydymo rezultatus, ypač lėtinėmis ligomis sergančių pacientų [106]. Autorių nuomone, nepakankama informacija išrašant pacientą iš ligoninės ir šeimos narių neįtraukimas į tolimesnį gydymo procesą, lemia blogesnę paciento gyvenimo kokybę.

Pastarieji moksliniai darbai rodo, kad mokslininkų dėmesys krypsta į specifines problemines sveikatos priežiūros kokybės sritis, kurias nurodo būtent pacientai [107, 108, 109, 110]. Remiantis tarptautine moksline literatūra, trukdžiai spręsti pacientui savo sveikatos problemas dažniausiai siejami su gydymo komplikacijomis [111]. Mokslininkai teigia, kad tai antras pagal svarbumą sveikatos priežiūros kokybės kriterijus, pacientams išreiškiant pasitenkinimą sveikatos priežiūra [112]. Dažnai jų priežastimi būna neteisėti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų veiksmai, sveikatos apsaugos sisteminės ar žmogiškosios klaidos, kurios sukelia neigiamas psichologines bei fizines pasekmes paciento sveikatai. Didėjantis pacientų skundų ir teisminių ieškinių skaičius visose valstybėse rodo, kad pacientai, gaudami sveikatos priežiūros paslaugas, nesijaučia saugūs. Saugumo problema šiandieną sprendžiama tarptautiniame lygmenyje (2004 m. PSO įsteigtas Pasaulio Alijansas Pacientų saugumui, angl. *World Alliance for Patient Safety*).

Sveikatos priežiūros paslaugų saugumas yra išskirtinė kokybiškos sveikatos priežiūros dimensija [113, 114, 115]. Mokslinės studijos rodo, kad nepageidaujamų įvykių medicinoje išvengti praktiškai neįmanoma.

Nepageidaujamo įvykio samprata pateikta LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintoje Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programoje [7]. Panaši definicija nurodoma ir užsienio literatūroje [116, 117]. Nepageidaujamas įvykis – įvykis, įvykęs dėl veikos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą išeitį (rezultata) pacientui, daugiau dėl medicininės

pagalbos teikimo ir organizavimo, negu dėl paties paciento ligos ar būklės. Negeidajamą įvykį paprastai sukelia ne vienas veiksnys, bet daugybės aplinkybių ir įvykių tarpusavio sąveika [118, 43.P.82].

Paskutinį dešimtmetį pasaulyje pasirodžiusios publikacijos rodo, kad nepageidajami įvykiai sveikatos priežiūroje yra pakankamai dažni. Empiriniai tyrimai dėl nepageidajamų įvykių atlikti JAV, Kanados, Australijos, Naujosios Zelandijos, Prancūzijos, Anglijos, Belgijos ligoninėse [119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126]. Metodologiniai studijų skirtumai lemia skirtingus studijų rezultatus, tai priklauso nuo nepageidajamo įvykio definicijos slenksčio, dokumentacijos kokybės, studijos tikslo įvertinti paslaugų kokybę ar išvelgti teisinius aspektus [127, 128].

De Vries E. N. ir bendraautoriai atliko sistemine apžvalgą aštuonių mokslinių studijų apie nepageidajamus įvykius JAV, Australijos, Jungtinės Karalystės, Naujosios Zelandijos ir Kanados ligoninėse (1991-2006 metais) [116]. Jų duomenimis nepageidajamų įvykių dažnis – 9,2 proc. (vidutiniškai kas dešimtam hospitalizuojamam pacientui), 7,0 proc. atvejų baigėsi invalidumu, 7,4 proc. atvejų - mirtimi. Autoriai nurodė, kad beveik pusė jų įvyko chirurginių intervencijų metu, tačiau net 43,5 proc. nepageidajamų įvykių buvo galima išvengti. Tokie statistiniai duomenys tvirtina, kad paslaugos pacientams nėra saugios ir būtina ieškoti problemos sprendimo būdų [129]. Pacientai laukia nepageidajamo įvykio pripažinimo, atskleidimo, paaiškinimo ir atsiprašymo [130].

Mokslininkai teigia, kad ateinančiame dešimtmetyje pacientų vertinimai taps dar vertingesni [73]. Elwyn Glyn ir bendraautorių nuomone, būtina gerbti ir priimti subjektyvią pacientų nuomonę, ją objektyviai įvertinti ir taikyti kokybės tobulinimui. Autoriai išvelgia, kad susiformavus atitinkamo lygio konkurencijai sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje, pacientų nuomonė apie paslaugų kokybę taps dar reikšmingesnė.

2.3.3 Pacientų apklauros Lietuvoje ir užsienio valstybėse

Pacientų apklauros – tai informatyvus ir adekvatus pokyčių sveikatos priežiūroje vertinimo indikatorius [131, 107]. Mokslinės literatūros apžvalga rodo, kad pasirinktas paslaugos kokybės vertinimo būdas yra visiškai lygiavertis klinikinio efektyvumo ir įrodymais pagrįstos sveikatos priežiūros rezultatų vertinimui [101].

Pacientų kokybės tyrimai svarbūs įrodymais pagrįstą mediciną realizuojant klinikinėje praktikoje [132]. Judith Green įsitikinimu, klausimynai gali padėti užpildyti spragą tarp mokslo ir klinikinės praktikos, tačiau pabrėžia, kad tradiciniams klausimynams, vietinio audito taikomiems atskirose gydymo įstaigose, trūksta metodologijos pagrindų. Dažnai jie atspindi daugiau darbinius gydytojo ar gydymo įstaigos aspektus nei pacientų patirtį, vertinant paslaugų kokybę ar jų lūkesčius. Naujausioje mokslinėje literatūroje plačiai diskutuojama apie klausimynų, pagal kuriuos pacientai vertina pasitenkinimą sveikatos priežiūra, metodologijas. Vienų autorių nuomone, pacientų apklauros duoda patikimus rezultatus [133]. Standartizuoti klausimynai užtikrina tyrimų validumą, patikimumą, galimybę stebėti pokyčius dinamikoje, lyginti tarp gydymo įstaigų ar atskirų valstybių. Mokslinėje literatūroje sutinkama ir priešingų nuomonių, kurios nurodo įvairias metodologines problemas dėl klausimynų suderinamumo, pagrįstumo, galimo pacientų šališkumo atsakant į klausimus [134, 135]. Tačiau dauguma mokslininkų pasisako, kad atsižvelgiant į didžiulę mokslinę pažangą metodologijos srityje, kiekybinius mokslinius tyrimus apie pacientų paslaugų kokybės vertinimą galima laikyti reikšmingu instrumentu vertinant ir tobulinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę [136, 137, 133].

Pirmieji nacionalinį standartizuotą stacionarinių pacientų nuomonės apie paslaugų kokybę vertinimo klausimyną sudarė ir pritaikė JAV Harvardo Medicinos Kolegijos mokslininkai [138]. Vėliau jis pavadintas Picker Klausimyno (Picker Questionnaire) vardu ir plačiai naudojamas Australijoje, Kanadoje, Europos valstybėse [139]. Taikant šį klausimyną, Prancūzijos ir

Jungtinės Karalystės gydymo įstaigose vykdomi nuolatiniai sisteminiai pacientų nuomonės apie paslaugų kokybę vertinimai [140]. Pacientų lūkesčiai nėra statiški, jie keičiasi bėgant laikui, todėl svarbu rezultatus nuolat lyginti ir skelbti viešai [141].

Susidomėjimas pacientų nuomonių tyrimais per pastarąjį dešimtmetį išaugo ir Lietuvoje. Atsižvelgiant į mokslinių tyrimų rezultatus, galimi konstruktyvūs sprendimai organizuojant ir vertinant sveikatos priežiūrą, teigia sveikatos politikai [12, 29.7. 20 punktas.]. Atlikta nemažai mokslinių tyrimų, kuriais siekiama išsiaiškinti pacientų patirtį vertinant paslaugų kokybę, pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis, pacientų lūkesčius, susijusius su paslaugų kokybe. Vertinama ne tik ambulatorinių, stacionarinių paslaugų kokybė, bet analizuojamos ir specifinės medicinos praktikos sritys. Atliktas tyrimas Šilutės, Panevėžio ir Kauno medicinos universiteto klinikų akušeriniuose stacionaruose parodė, kad dauguma pacienčių teikiamų akušerinių paslaugų kokybę vertino gerai: patenkintų gimdymu buvo 91 proc., o pogimdyminių laikotarpiu - 95 proc. respondentų [142].

Nedidelę studiją Jurbarko ligoninėje atliko Kauno technologijos ir KMU mokslininkai (2002). Naudoję R.J. Ferguson su bendraautoriais parengtą klausimyną, jie lygino pacientų ir ligoninės personalo vertinimus apie ligoninėje teikiamų paslaugų kokybę [143]. Pacientai Jurbarko ligoninėje teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas įvertino teigiamai, geriau įvertino funkcinę negu techninę ligoninės teikiamų paslaugų kokybę. Kauno medicinos universiteto atlikta studija Kauno 2-osios klinikinės ir Alytaus S.Kudirkos ligoninėse parodė, kad daugiau kaip pusė pacientų nepasitiki sveikatos priežiūros politika, tačiau išreiškia labai didelį pasitikėjimą gydančiu gydytoju (2001) [144]. Teigiamai paslaugų kokybę ir prieinamumą vertino nėščiosios, lankiusios Kauno miesto ASPĮ: suteiktos paslaugos tenkino jų poreikius ir lūkesčius [145].

Dar daugiau mokslinių studijų atlikta ambulatorinėje sveikatos priežiūros grandyje. J.Kairys su bendraautoriais teigia, kad ambulatorinė pagalba šalies gyventojams yra prieinama, o šeimos gydytojo instituciją

palankiai vertina apie pusė respondentų [146]. Gydyto darbą pacientai paprastai vertina teigiamai, tačiau didžiausią problemą nurodo - eiles prie gydytojo kabineto [147, 148]. Panašius tyrimo rezultatus pateikia Milašauskienė Ž. su bendraautoriais, atlikę mokslinę studiją Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose [149]. Dauguma pacientų palankiai vertino pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą, tačiau, jų nuomone, prieinamumas geresnis privačiuose centruose nei viešosiose gydymo įstaigose. Nacionaliniu lygmeniu atliktame gyventojų nuomonių apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę tyrime didžioji dalis respondentų (59,5 proc.) nurodė, kad PSP grandyje medicinos personalas visada elgėsi su jais pagarbiai, informaciją teikė suprantamai ir aiškiai [150, 151]. Aktuali mokslinių diskusijų tema - apie pacientų dalyvavimo galimybes priimant jų sveikatai įtakos turinčius sprendimus. KMU mokslininkų studijų rezultatai parodė, kad paciento vaidmuo sveikatos priežiūros procese dar nėra toks reikšmingas, kokio norėtų Lietuvos gyventojai [152]. 47,4 proc. gyventojų bendraujant su gydytoju pirmenybę teikia paciento informuotumo modeliui, 37,3 proc. gyventojų palankiai vertina abipusio dalyvavimo modelį. V.Grabausko ir bendraautorių nuomone, jaunesnių ir didesnę išsimokslinimą turinčių respondentų požiūris į sveikatos priežiūrą yra labiau kritiškas, tačiau jie linkę būti aktyvesni sprendžiant sveikatos problemas. R.Giedrikaitė su bendraautoriais atlikę mokslinę studiją apie tai, kaip pacientai vertina jiems suteiktą informaciją, padarė išvadą, kad stacionaruose gydytų pacientų nuomone, jiems buvo suteikta informacija apie jų ligą (86,1 proc.), medicininių tyrimų duomenis 976,2 proc.), ligos gydymo metodus 974,2 proc.), galimas pasekmes (65,2 proc.) [153]. Tačiau pacientai nepakankamai aktyviai (34,4 proc.) dalyvauja priimant sprendimus dėl savo sveikatos priežiūros. Nors gyventojai gana skeptiškai vertina savo galimybes dalyvauti sveikatos priežiūros procese, teisės aktais sudarytos teisinės prielaidos tapti aktyviais dalyviais sprendžiant ir sveikatos sistemos problemas [154].

Moksliniai straipsniai rodo, kad pacientai Lietuvoje labai gerai vertina pasitikėjimą gydytojais [155]. Tiek pacientai, tiek gydytojai teigiamai vertina

abipusį bendradarbiavimą. 69,9 proc. respondentų nurodė, kad jie pasitiki gydytojais, tačiau visa sveikatos priežiūros sistema pasitiki tik mažiau kaip pusė (41,4 proc.) respondentų (2004) [152].

Mokslinių tyrimų pagalba siekiama atskleisti įvairių socialinių sluoksnių gyventojų požiūrį į sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, prieinamumą. KMU mokslininkai atliko studiją apie bedarbių požiūrį į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę (2005 m.) [156]. Rezultatai parodė, kad tik 20 proc. bedarbių visiškai patenkinti jiems suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis, net 27 proc. apklaustųjų nurodė patyrę diskriminaciją dėl savo socialinės ir turinės padėties gaunant sveikatos priežiūros paslaugas. Panašias išvadas pateikia ir J. Kairys su bendraautoriais [157]. Neigiamai vertinančių sveikatos priežiūros įstaigų darbą daugiausiai buvo tarp bedarbių, jie dažniausiai nurodė patekimo pas specialistus problemą.

Mokslinės studijos pateikia dinامينius paslaugų kokybės vertinimo pokyčius pacientų požiūriu [158, 159]. D.Jankauskienės atliktas tyrimas parodė, kad sumažėjęs procentas pacientų, teigiamai vertinančių paslaugų kokybę, yra rimtas signalas sveikatos vadybininkams. Autorės nuomone, pertvarkant sveikatos sistemą Lietuvoje, reikia orientuotis į aukštesnius sveikatos priežiūros kokybės reikalavimus. Ir priešingai, išaugęs PSP paslaugomis patenkintų respondentų skaičius parodo, kad vyksta paslaugų kokybės tobulėjimo procesas [160].

Aukštą pasitenkinimo lygį sveikatos priežiūros paslaugomis rodo ir tarptautinių mokslinių tyrimų skelbiami rezultatai. Apžvelgta įvairių šalių mokslinės studijos, kuriose buvo taikomi įvairūs klausimynai. Tačiau visų studijų pacientų apklausų kokybės dimensijos atspindi sveikatos priežiūrą, orientuotą į pacientą. Analizuoti kokybės vertinimo pacientų požiūriu rezultatai mokslinių studijų, atliktų Ispanijoje, Prancūzijoje, Pietų Afrikoje, Olandijoje, Taivanyje, Bankoke, Šveicarijoje. Atliktų tyrimų duomenys pateikiami 1 lentelėje.

1 lentelė. Pacientų kokybės vertinimo rezultatai tarptautinėse mokslinėse studijose

Valstybė, kurioje atliktas mokslinis tyrimas	Sveikatos priežiūros kokybės dimensijų vertinimas gerai ir l.gerai	Proc.
Norvegija (2004) [98]. N = 19 578 stacionariniai pacientai	Slauga Bendravimas Informacija apie tyrimus Gydytojų paslaugos Medicininė įranga Informacija apie vaistus Organizavimas Pasitenkinimas bendrai	86,0 84,0 81,0 82,0 81,0 76,0 69,0 83,0
Olandija (2001) [136]. N = 784 stacionariniai pacientai	Slauga Sveikatos priežiūra Informacija Paciento autonomija Fizinis komfortas Planinės hospitalizacijos prieinamumas Išrašymas iš ligoninės	79,5 80,1 70,6 76,4 70,0 69,5 70,5
Ispanija (2005) [161]. N = 1910 stacionariniai pacientai	Informacija Slauga Fizinis komfortas Gydytojų vizitacijos Privatumas Švara	81,6 78,3 66,7 79,5 90,5 89,0
Pietų Afrika (2003) [74]. N = 263 ambulatoriniai pacientai	Bendravimas Organizavimas	90,3 85,5
Prancūzija (2002) [162]. N = 533 stacionariniai	Priėmimo skyriaus vertinimas Slauga	70,4 75,0

pacientai	Sveikatos priežiūra	75,1
	Informacija	68,0
	Fizinis komfortas	66,8
	Bendras kokybės vertinimas	68,2
	Rekomendacija	81,7
	Neturėjo skundų	73,9
<hr/>		
Taivanis (2003) [163].	Bendras vertinimas	64,2
N = 4945 stacionariniai	Rekomendacija	71,5
<hr/>		
Tailandas (1999) [164].	Švara	71,5
N=1870 stacionariniai	Komfortas	72,0
pacientai	Slauga	77,0
	Gydytojų kompetencija	90,0
	Bendras vertinimas	86,5
<hr/>		
Prancūzija (1999) [137].	Informacija	78,5
N=534 stacionariniai	Išrašymas iš ligoninės	92,7
pacientai	Informacija artimiesiems	91,2
	Slauga	69,4
	Emocinė parama	74,9
	Priežiūros koordinavimas	74,9
	Privatumas	59,5
	Skausmo kontrolė	90,8
<hr/>		
Austrija (2003) [165].	Fizinė aplinka	75,7
N = 3370 stacionariniai	Privatumas	43,0
pacientai	Nuoširdus ir draugiškas personalas	94,1
	Informacija	75,3
	Pagarba	90,0
	Emocinė parama	34,3
	Skausmo kontrolė	60,5
	Šeimos narių dalyvavimas	60,3

2.4 PACIENTO TEISĖ Į ŽALOS SVEIKATAI ATLYGINIMĄ

2.4.1 Sąlygos žalos sveikatai atlyginimui

Paciento sveikatai ar gyvybei padarytos žalos atlyginimo klausimas Lietuvoje sprendžiamas pagal bendras CA taisykles. Daugumai ieškinių dėl aplaidumo, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, civilinės ir bendrosios teisės sistemų teismai prioritetą teikia deliktinei atsakomybei [166]. Šioje literatūros apžvalgoje aptariami kriterijai, kuriais remiantis įvertinamas gydytojo veiksmų teisėtumas, konkrečiais Lietuvos teismų praktikos pavyzdžiais pateikiami gydytojų CA bylų analizės rezultatų aptarimo skyriuje.

LR CK numato, kad žalos atlyginimo atveju būtinos visos esminės CA sąlygos: neteisėti gydytojo veiksmai, gydytojo (sveikatos priežiūros įstaigos) kaltė, žala paciento sveikatai ir priežastinis ryšys (6.246-6.249 straipsniai) [25]. Gydytojo veiksmų neteisėtumas, kaip ir kaltė, nustatomi tais pačiais objektyviais kriterijais, nors LR CK 6.248 straipsnio 3 dalis numato, kad minėti institutai yra savarankiški ir analizuojami atskirai. Atatinkami teisės institutai egzistuoja visose valstybėse, tačiau CA sąlygos ir jų vertinimas civilinės teisės ir bendrosios teisės sistemose turi kai kurių skirtumų.

Prancūzijos Civilinio kodekso 1382 ir 1383 straipsniai numato tris būtinas sąlygas žalos atlyginimui: nerūpestingumą ar tyčią (pranc. *faute*), žalą (pranc. *dommage*) ir priežastinį ryšį (pranc. *lien de causalite*) [167, 168. P.47]. Asmuo nerūpestingas, jeigu jis pažeidė teisės normą arba nerašytą iš anksto egzistuojančią pareigą arba piktnaudžiavo savo teise. Kaltės elementas privalomas žalos atlyginimo bylose, tačiau Prancūzijos teisė veiksmų neteisėtumą ir kaltę apjungia į vieną institutą. Kaltė nustatoma, vertinant faktinę gydytojo veiksmų eigą pagal protingo profesionalaus gydytojo, sąžiningo ir patyrusio tos srities specialisto standartą [169. P.94]. Panašiai CA sąlygos interpretuojamos Belgijoje [170, 171. P.65], Ispanijoje [172, 173. P.655].

Keturių juridinių faktų (neteisėtų, veiksmų, kaltės, žalos ir priežastinio ryšio) sudėtis kaip CA pagrindas numatytas Norvegijos, Olandijos teisėje [173. P.473]. Vokietijoje CK straipsniai (§823, §825 ir §826 BGB) numato net penkias CA sąlygas žalos sveikatai atlyginimui: pažeidimas ar kėsintis į įstatymo ginamas teises (gyvybę, sveikatą, kūno neliečiamumą, laisvę, nuosavybę, vok. *Tatbestand*), neteisėti veiksmai (vok. *Rechtswidrigkeit*), kaltė (nerūpestingumas ar tyčia, vok. *Verschulden*), priežastinis ryšys (vok. *Kausalitet*) ir žala (vok. *Schaden*) [174, 168. P.67].

Skirtingai nuo civilinės teisės valstybių, bendrosios teisės sistemos šalyse CA pagrindu laikoma tam tikra grupė imperatyvų (ieškinio pagrindo faktų), kurių buvimas leidžia spręsti klausimą dėl žalos sveikatai atlyginimo: atsakovo pareiga elgtis atidžiai bei rūpestingai (angl. *duty of care*), atsakovo padarytas šios pareigos pažeidimas (angl. *breach of duty*) ir žala, atsiradusi pažeidus šią pareigą [168. P.94, 175. P.54]. Anglijoje deliktinė teisė formavosi ne nuo generalizuotos nerūpestingumo koncepcijos, bet priešingai – iš teismų praktikos precedentų [176]. Bendrosios teisės sistemos valstybėse dažnai kaltės, neteisėtumo ar aplaidumo sąvokos pateikiamos kaip sinonimai. Anglijos teismų praktika pirmoji gydytojų CA bylose išskyrė tyčinių deliktų grupes: įžeidimą veiksmu (ang. *battery*), konfidencialumo pažeidimą (angl. *breach of confidentiality*), atsisakymą teikti būtina mediciną pagalbą (angl. *abandonment*) [177. P.110]. Jeigu gydytojas atliko procedūrą neturėdamas informuoto asmens sutikimo, jo veiksmai traktuojami kaip tyčinis įžeidimas veiksmu (ang. *battery*), tačiau jeigu gydytojas nepilnai informavo pacientą apie jo sveikatos būklę ar gydymą, jo elgesys vertinamas kaip aplaidumas/nerūpestingumas (ang. *negligence*).

JAV neteisėtų paslaugų teikėjų veiksmų teisė (angl. *Medical Malpractice Law*) formavosi taip pat teismų praktikos precedentų pagrindu [178. P.3-4]. Teismas pripažįsta gydytoją kaltu, jeigu jis konkrečiomis aplinkybėmis turėjo pareigą veikti apdairiai ir rūpestingai, tačiau pareiga buvo atlikta pažeidžiant profesionalaus gydytojo elgesio standartą ir tai buvo tiesioginė paciento sužalojimo priežastis.

Apibendrinant pagrindinius reikalavimus deliktinei gydytojų CA atsakomybei galima teigti, kad visose valstybėse netgi su skirtingomis teisinėmis sistemomis numatomos tos pačios esminės CA sąlygos. Teisinės literatūros apžvalgoje autorė išskirtinį dėmesį skyrė gydytojo elgesio standartui ir neteisėtiems gydytojų veiksams. Tai juridiniai faktai, turintys tiesioginę sąsają su sveikatos priežiūros paslaugų kokybe.

Neteisėti gydytojo veiksmai - profesinio gydytojo elgesio (veiksmų) standarto pažeidimas (lot. *injuria*, angl. *medical malpractice*).

Kokybiška sveikatos priežiūros paslauga priklauso nuo daugelio veiksnių, tačiau vienas reikšmingiausių ir daugiausiai lemiančių paslaugų kokybę – jas teikiančio medicinos personalo veiksmai. Profesinis gydytojo elgesio (veiksmų) standartas - kompleksinis teisės institutas, apimantis teisės, etikos ir įrodymais pagrįstos medicinos praktikos reikalavimus. Veiksmų teisėtumas ar neteisėtumas turi būti nustatomas analizuojant jų santykį ne su pasekmėmis, o su teise [3. P.102, P.106]. Prof. V.Mikelėnas pateikia neteisėtų veiksmų sąvoką: neteisėtas aktas (veikimas, veiksmai) privatinėje teisėje paprastai aiškinamas kaip savo subjektinės pareigos ir atitinkamai kito asmens subjektinės teisės pažeidimas. Rūpestingo, sąžiningo, kvalifikuoto gydytojo elgesio standartas, kaip objektyvus kriterijus, leidžia spręsti apie gydytojo veiksmų teisėtumą bei jo kaltę. Gydytojo veiksmų standarto taikymo praktika kiekvienoje valstybėje turi tam tikrų ypatumų. Deja, visur jo taikymas kelia nemažai medicininių, etinių, teisinių, ekonominių problemų [179. P.3-19].

1768 metais Lordas Williams Blackstone (1723-1780) neteisėtų veiksmų medicinos praktikoje terminą įvardijo *mala praxis*, kuri šiandieną įvairių valstybių teisės doktrinoje sutinkame kaip visuotinai priimtina terminą *malpractice* (*Commentaries on the Laws of England, 1765-1769*)[175. P.8].

Neteisėtiems veiksams vertinti taikomas apdairaus, rūpestingo ir protingo žmogaus (lot. *bonus pater familias*, rūpestingos šeimos galvos) kriterijus [180]. Medicinos praktikoje hipotetinis žmogaus standartas keičiamas atitinkamai gydytojo profesionalo standartu. Amerikietis profesorius Joseph W. Glannon pateikia bendrą nerūpestingumo sąvoką (angl. *negligence*) [39.

P.69]. Tai deliktas, susidedantis iš keturių CA elementų, tačiau teismų praktikoje terminas taikomas, kai gydytojo suteiktas standartas yra žemesnio lygio nei tas, kurį teikiant žalos paciento sveikatai būtų išvengta.

Pirmasis teismo precedentas, pagrindęs gydytojo CA ir svarbus profesinės CA klausimu, buvo priimtas Anglijoje byloje *Bolam v. Friern Hospital Management Committee* (1957; 1 WLR 582, 2 All ER 188), kurioje buvo pirmą kartą nustatytas gydytojo elgesio vertinimo kriterijus - vidutiniškai profesionalaus, turinčio praktinių įgūdžių gydytojo standartas [181. P.5, 175. P.57]. Psichine liga sergančiam pacientui buvo taikyta elektrošoko gydymo metodika, kurios rezultate pacientas patyrė šlaunikaulio lūžimą. Skundo pagrindas – gydytojas aplaidžiai stebėjo pacientą, neskyrė spazmus mažinančių medikamentų. Teismas, remdamasis ekspertų nuomone, konstatavo, kad gydytojas nepažeidė gydymo protokolo ir nebuvo kaltas, nes pacientą gydė, remdamasis teisinga diagnoze ir skyrė įprastą, praktikoje taikomą gydymo metodą, nors tokio gydymo metodikoje išskirta padidinta kaulų lūžių rizika. Teismo sprendime pabrėžiama, kad gydytojas privalo teikti paslaugą pagal pripažintą tuo metu medicinos praktiką, kaip tokiu atveju pasielgtų vidutinis, protingas tos srities ir specializacijos gydytojas, turintis įprastą profesinę kompetenciją, ir jam nėra taikomas aukščiausios kvalifikacijos standartas.

Taigi bendrosios teisės sistemos valstybėse deliktų teisėje formavosi bendras rūpestingumo standartas - vidutinio protingo žmogaus standartas (angl. *reasonable man* arba *standard of care*). Ilgą laiką nagrinėjant bylas dėl gydytojų padarytos žalos paciento sveikatai atlyginimo, teismai griežtai laikėsi *Bolam* vertinimo kriterijaus (testas taikomas tik teisės klausimams spręsti, bet ne gydymo metodo tinkamumui vertinimui). Pirmos instancijos teismo priimtam sprendimui pritarė ir Lordų Rūmai, taikydami *Bolam* kriterijų panašaus tipo bylose (*Whitehouse v Jordan*, 1981; *Maynard v West Midlands RHA*, 1984) [182, 175. P.57]. Remdamiesi šiuo kriterijumi, Anglijoje teismai vadovavosi paternalistiniu gydytojų ir pacientų bendravimo modeliu, kuomet gydytojui buvo suteikiama teisė nuspręsti, kiek informacijos apie gydymą būtina suteikti pacientui, kuris gydymo standartas yra priimtinas. *Bolam*

kriterijus rėmėsi faktu, kas buvo padaryta, bet neakcentavo tai, kas turėjo būti padaryta. Kadangi kriterijus buvo taikomas tik gydymo standartui įvertinti, teismų praktikoje jis sulaukė daug kritikos kitais gydytojų veiksmų teisėtumo vertinimo atvejais. 1999 m. Anglijos Apeliacinis teismas griežtai atmetė *Bolam* kriterijų, vertindamas gydytojo citologo aplaidumą, atliekant gimdos kaklelio citologinį skringimą byloje *Penney and Others v. East Health Authority*, 1999) [183].

Besikeičiantį teismų požiūrį, vertinant įrodymus dėl gydytojo profesinio elgesio standarto, netinkamų veiksmų ir žalos priežastinio ryšio, parodė byla *Bolitho v. City and Hackney Health Authority* (1997; 4 All ER 771, 1997; 3WLR 1151, 1998; AC 232) [181. P.9]. Ligoninėje gydomam berniukui, esant pakartotinam ūmiam kvėpavimo sutrikimui, įvyko širdies asistolija ir sunkus smegenų pažeidimas. Gydytoja laiku neapžiūrėjusi paciento, kuriam buvo konstatuotas kvėpavimo funkcijos nepakankamumas, profilaktikos tikslais neatliko intubacijos. Mirusio berniuko tėvai pateikė ieškinį dėl gydytojo pareigos nevykdymo. Nors ieškinys ir nebuvo tenkintas, teismų praktikoje sukurtas naujas teismo precedentas. Taikant *Bolitho* kriterijų, gydytojas, pasirinkdamas gydymo standartą, atsakingai, protingai ir garbingai privalo įvertinti gydymo riziką ir tikėtiną naudą pacientui tam, kad priimti teisingą sprendimą dėl gydymo taktikos. Gydytojo veiksmų teisėtumo klausimą sprendžia teismas, visapusiškai įvertinęs ekspertų išvadas. Teismui nėra svarbu gydytojo darbo stažas, patyrimas, teismui svarbu gydytojo specialisto standartui keliami reikalavimai [175. P.58].

Rūpestingas, sąžiningas ir protingas gydytojas apart ligų diagnozavimo ir pacientų gydymo pareigos turi ir kitų vadinamų fiduciarinių pareigų [184. P.553-638]. Plačiai aptariamas teisės doktrinoje informuoto paciento sutikimo institutas (angl. *informed consent*) [185. P.324]. Paciento sutikimo būtinumą suformulavo įžymus JAV teisėjas B.Cardozo, nurodęs, kad tik pats suaugęs ir sveiko proto žmogus turi teisę nuspręsti, ką daryti su jo kūnu [3. P.305]. Visose Europos Sąjungos valstybėse taikoma laisvos valios ir informuotumu pagrįsta sutikimo taisyklė, jeigu pacientas pajėgus duoti sutikimą. Jeigu tinkamai

informuotas ieškovas žino ir prisiima galimų komplikacijų riziką, įvykus nesėkmei, informuoto asmens sutikimas civilinėje byloje gali būti taikomas kaip atsakovo gynybės priemonė (lot. *volenti non fit injuria*). Užsienio šalių teismų praktika rodo, kad dažniausiai tokiais atvejais teismų sprendimai būna mažinti gydytojų kaltę, o ne atmesti ieškinį [186].

Pirmasis teismo precedentas Anglijoje dėl informuoto asmens sutikimo buvo byloje *Sidaway v. Board of Governors of the Bethlem Royal Hospital and the Maudsley Hospital* (1985, AC 871 HL) [181. P.8]. Buvo keliamas klausimas, ar gydytojas turi pareigą išpėti pacientą apie gydymo procedūrą nors ir mažiausią riziką jo sveikatai. Lordas Scarmann dėl informacijos suteikimo pacientui griežtai atribojo *battery* ir *negligence* atvejus. Nors šios bylos teismo sprendimas neįtvirtino informuoto asmens sutikimo standarto, tačiau teismai dar labiau pradėjo abejoti *Bolam/Bolitho* gydytojo elgesio kriterijų taikymo pagrįstumu.

Kvalifikuoto ir rūpestingo gydytojo elgesio standartą tobulino įvairių šalių teismų praktika. Informuoto asmens sutikimo doktriną suformavo Australijos teismų praktika. Australijos Aukščiausias Teismas byloje *Rogers v. Whittaker* (1992), nesilaikydamas Anglijos teismų praktikoje suformuluotų kriterijų (*Bolam, Bolitho* ar *Sidaway*), padarė išvadą, jog informuoto asmens sutikimas yra svarbi aplinkybė sprendžiant gydytojo atsakomybės klausimą [181. P.9]. Teismas išskirtinai pabrėžė rizikos atskleidimo procedūrą ir pritaikė protingumo kriterijų netgi pacientui: ko protingas pacientas galėtų protingai tikėtis tomis pačiomis aplinkybėmis. Netgi pati mažiausia rizika kiekvienu konkrečiu atveju pacientui yra labai reikšminga ir apie ją gydytojas privalo informuoti pacientą. Tokią nuomonę išsakė ir Anglijos Lordų Rūmai, pateikę savo išvadas apie Australijos Aukščiausio Teismo sprendimą [4. P.148-149].

Teismų praktikos formuojamam gydytojo elgesio standartui didelę įtaką darė ir Europos Žmogaus teisių konvencija (1950), nes kiekvienas bylos atvejis buvo siejamas su pagarba žmogaus teisėms, pagarba paciento autonomijai [187].

Analizuojant teisinę literatūrą civilinės teisės sistemos valstybėse, galima teigti, kad čia formavosi griežtesnis gydytojo veiksmų standartas nei bendrosios teisės sistemos valstybėse. Griežtas, protingai kompetentingo gydytojo elgesio standartas taikomas Olandijoje (angl. *reasonably competent physician*) [188]. Prancūzijos ir Belgijos kasacinių teismų praktika suformavo dar aukštesnius reikalavimus gydytojo elgesio standartui. Gydytojas privalo suteikti paslaugas sąžiningai, atidžiai ir protingai, atitinkamai medicinos mokslo progresui [171. P.62-65]. Be to, teismui svarbu, ar gydytojo veiksmai atitiko teisės reikalaujamą protingo, sąžiningo ir profesionalaus gydytojo veiksmų standartą [169. P.94].

Lietuvoje gydytojo profesinio elgesio standartą formavo teisės aktai, gera, įrodymais pagrįsta medicinos praktika, etikos kodeksas, teismų praktika [189, 190, 191]. Gydytojas turi užtikrinti tokio rūpestingumo laipsnį, kokio tikimasi iš sąžiningo asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo (LR CK 6.732 straipsnis) [25]. Jis privalo veikti sąžiningai ir protingai, laikytis nusistovėjusios praktikos ir profesinės veiklos standartų (LR CK 6.718). Teisės aktai numato gydytojo pareigą nuolat tobulintis ir suteikti paslaugas pagal medicinos mokslo pažangą [189]. Profesinį gydytojo elgesio standartą formuoja ir LAT teismų praktika [192]. Pareigos elgtis rūpestingai laipsnis nėra vienodas visiems asmenims, gydytojo profesijai taikomi didesni, reiklesni elgesio standartai. CA gali lemti net ir pati lengviausia kaltės forma. Lyginant su kitų valstybių civilinių gydytojų bylų teismų praktika, galima teigti, kad LAT labai griežtai kvalifikuoja gydytojo standartą, įvesdamas maksimalių pastangų kriterijų [192, 40]. Sprendžiant dėl gydytojų kaltės, būtina atsakyti į klausimą, ar tikrai medicinos paslaugos buvo teikiamos dedant maksimalias atidumo, rūpestingumo, dėmesingumo, atsargumo pastangas.

Lietuvos teisės specialistų nuomonės šiuo klausimu išsiskiria, diskutuojant dėl maksimalių pastangų kriterijaus pagrįstumu [193]. A.Kabišaičio nuomone, įvertinti, ar gydytojo veiksmai buvo atlikti dedant maksimalias pastangas ar ne, praktiniu požiūriu nėra tiek svarbu, nes veiksmų standartas yra objektyvi kategorija, kurios vertinimui būtinas atskaitos taškas.

Šią objektyvią kategoriją apibūdina teisės normos, gydytojo etika, įrodymais pagrįsta medicinos praktika, dažnai sąlygoja dar ir išorinės aplinkybės. Tačiau gydytojo elgesio standarto lygio reikšmė labai svarbi, nes nuo jos priklauso CA turinys. Autorės nuomone, nustatant standartą, būtina atsižvelgti į tai, kas žmogiškai įmanoma pasiekti, taigi šiuo atveju maksimalių pastangų kriterijus įneša daug neaiškumų ir painiavos ne tik medicinos, bet ir teismų praktikoje. Juk gydytojo elgesio maksimalių pastangų kriterijus, reiškia ne ką kitą, kaip protingo, profesionalaus, rūpestingo medicinos praktikos gydytojo standartą, kurį taikant nepadaroma žala paciento sveikatai.

Kaip ir kitose valstybėse, Lietuvoje išskirtinis dėmesys skiriamas informuoto asmens sutikimo teisės doktrinai (LR CK 6.729 str. 1d. ir LR PTŽSAI III skyrius) [25, 2]. Griežtas reikalavimas gydytojams veikti tik paciento sutikimu yra viena iš asmens autonomijos principo dalių [194. P.52-53, 83. P.119]. Informuoto asmens sutikimo doktriną papildė teismų praktika. Byla *L.M.S. v. Kauno Raudonojo Kryžiaus ligoninė* dėl tinkamo paciento informavimo pareigos pažeidimo ir buvo pirmoji CA byla, pradėjusi formuoti gydytojo profesinį standartą Lietuvoje [40]. Netgi ir esant paciento sutikimui, gydytojas gali būti pripažintas kaltu, jeigu išsamiai paciento neinformavo apie jam siūlomo gydymo metodus, padarinius ir tokiu būdu pažeidė savo profesinę pareigą.

Vertinant gydytojų CA bylų teismų praktikos istorinės raidos epizodus ir moderniąją deliktų doktriną, daugelio autorių nuomone, deliktų teisės pagrindinis kontrolinis požymis – pareigos sąvoka. Pareiga yra priemonė, kuria teisė reguliuoja gydytojo elgesį su pacientu [195]. Rūpestingumo pareiga yra vieninga pareiga, teisės aktai tik detalizuoja atskiras pareigas, kurias vykdant keliami rūpestingumo reikalavimai sąžiningam ir protingam tos srities specialistui. Tokios nuostatos laikosi ir vadinamoji „Tilburgo grupė“, siekianti parengti bendrus Europos deliktų teisės principus (gydytojų veiksmų neteisėtumo vertinimo procesą) [196].

Tačiau sureglamentuoti bendro gydytojų elgesio standarto netgi teisės aktais praktiškai neįmanoma [197.P.177]. Gydytojas kiekvienu atveju privalo

veikti pagal labai skirtingas aplinkybes, atsižvelgiant į paciento ligos ypatumus, medicinos technologijų galimybes. Montgomery J. nuomone, nepriklausomai nuo teisės sistemos toje valstybėje ir galiojantį profesinį standartą, gydytojo veiksmai visuomet vertinami atsižvelgiant į konkrečias aplinkybes. Apibendrinant galima teigti, kad tiek bendrosios, tiek civilinės teisės sistemose gydytojo veiksmų standartai yra panašūs taikant objektyvius vertinimo kriterijus.

Kaltės (lot. *culpa*, angl. *fault*), kaip CA sąlygos, samprata išskiriama kontinentinės teisės valstybėse. Užsienio teisinė literatūra ir teismų praktika pripažįsta, kad kaltė ganėtinai prieštaringai teismų vertinama gydytojų nerūpestingumo bylose [198.P.95-96]. Nors tai objektyvi sąvoka, dažnai susipina su moralinėmis nuostatomis.

Pirmoji ir seniausia iš žinomų kaltės definicijų buvo suformuluota senovės romėnų teisėje: „kaltė yra tai, kas nebuvo numatyta, nors turėjo būti numatyta atidaus ir rūpestingo žmogaus arba kas turėjo būti išvengta, kai pavojus galėjo būti pašalintas“ [199.P.4]. Nustatant pareigą ir žalą taikomi du elementai: rūpestingumo kriterijus (kaip rūpestingas žmogus elgtųsi toje situacijoje) ir palyginimo elementas (elgesio standartas lyginamas su teisės pažeidėjo elgesiu). Palyginimui pasirinktas hipotetinis vidutiniškai protingo žmogaus elgesys. Kaltė ir aplaidumas yra du lygiagretūs argumentai, kurių pagalba įrodomas teisės pažeidėjo veiksmų neteisėtumas.

Europos teisinio bendradarbiavimo komiteto ataskaitoje CA klausimais yra pateiktas unifikuotas kaltės apibūdinimas [200]. Kalte yra laikomas asmens nesugebėjimas elgtis taip, kaip galima protingai iš jo tikėtis.

Kaltės doktriną Lietuvoje numato teisės aktai, kartu ją formuoja ir teismų praktika. LR CK 6.248 straipsnio 1 dalyje teigiama, kad CA atsiranda tik tais atvejais, jeigu įpareigotas asmuo kaltas, išskyrus įstatymų arba sutarties numatytus atvejus, kuriais civilinė atsakomybė atsiranda be kaltės [25]. LR CK 6.248 straipsnio 3 dalis apibrėžia kaltės sampratą – asmuo kaltas, jeigu atsižvelgiant į prievolės esmę bei kitas aplinkybes jis nebuvo tiek rūpestingas ir apdairus, kiek atitinkamomis sąlygomis buvo būtina. Lietuvoje kaltė yra

preziumuojama (CK6.248 str. 1d.) [25]. Nekaltumo įrodinėjimo našta tenka gydytojui, jis privalo įrodyti veiksmų atitikimą gydytojo rūpestingumo standartui.

LAT vienoje iš bylų pažymėjo, kad sprendžiant gydytojo kaltės klausimą taip pat svarbu atsižvelgti į tai, kokios prievolės susiklosto teikiant medicinos paslaugas. Vertinant pacientą ir gydytoją (sveikatos priežiūros įstaigą) siejančias prievoles, reikia turėti omenyje civilinės teisės doktrinoje priimtą prievolių skirstymą į tris rūšis priklausomai nuo siekiamo rezultato ir skolininko pareigos pobūdžio [40]. Pagal šį kriterijų prievolės skirstomos į prievoles pasiekti tam tikrą rezultatą, prievoles užtikrinti, kad pareiga būtų vykdoma dedant maksimalias pastangas, ir prievoles garantuoti tam tikrus faktus ar rezultatą. Paprastai gydytojas negali garantuoti, kad bus pasiektas konkretus rezultatas, pavyzdžiui, kad ligonis bus išgydytas. Darytina išvada, kad pacientą ir gydytoją (sveikatos priežiūros įstaigą) sieja prievolė, kurios turinį sudaro gydytojo pareiga užtikrinti, kad ši prievolė būtų vykdoma dedant maksimalias pastangas, t.y. užtikrinant maksimalų atidumo, rūpestingumo, atsargumo ir kvalifikuotumo laipsnį. Taigi, sprendžiant klausimą dėl gydytojo kaltės, būtina atsakyti į klausimą, ar tikrai medicinos paslaugos buvo teikiamos dedant maksimalias atidumo, rūpestingumo, dėmesingumo, atsargumo pastangas. Šiuo tikslu turi būti remiamasi ne tik teisės aktu, reglamentuojančių medicinos paslaugos teikimą, bet ir gydytojų profesinės etikos nuostatomis [191]. Kompleksiška jų analizė patvirtina, kad atidumo, dėmesingumo, rūpestingumo, atsargumo, kvalifikuotumo stoka, profesinės etikos taisyklių pažeidimas profesinės atsakomybės atveju yra tolygu profesionalo kaltei [175. P.72, 40].

Kaltės sąvoką papildo kaltės laipsnis (formos): tyčia ir neatsargumas. Žalą padariusio asmens kaltė yra vienas iš kriterijų, padedančių nustatyti ne tik apskritai ar yra kaltė, bet ir žalos atlyginimo dydį [184. P.463-466]. Jeigu ieškovas elgėsi neatsakingai, nesirūpino savo sveikata arba nevykdė gydytojų nurodymų, gydytojo kaltės laipsnis mažinamas(angl. *contributory negligence*) [201].

Priežastinis ryšys (lot. *causa*, angl. *causal relation*). Žalos sveikatai atlyginimo bylose ypatingai svarbi CA sąlyga yra priežastinis ryšys, nes nesėkmingą medicinos praktikos rezultata gali lemti ir aplinkybės, visiškai nesusijusios su gydytojo veiksmais [202. P.245, 198. P.79-82]. Priežastinį ryšį būtina įrodyti sprendžiant ginčą teisme: gydytojas (atsakovas) turėjo teisinę pareigą, jis pažeidė šią pareigą, rezultate to pacientas patyrė žalą sveikatai ir nėra kitų pašalinių įvykių, galėjusių nutraukti priežastinio ryšio grandinę [175. P.64, 184. P.444-445]. Tam, kad priežastinis ryšys būtų įrodytas, reikia pateikti priežastį, kuriai neegzistavus, žala nebūtų atsiradusi (testas „jei ne“, angl. *but for*) [177. P.457, 202. P.239]. Tai pirmasis priežastinio ryšio nustatymo etapas arba faktinio priežastinio ryšio nustatymo procesas (konkretus rezultatas nebūtų atsiradęs, jei šio veiksmo nebūtų buvę, lot. *conditio sine qua non*). Užsienio autorių darbuose šis etapas minimas aprašant ekvivalentinio priežastinio ryšio teoriją: nėra skirtumo tarp adekvačių ar neadekvačių, tiesioginių ar netiesioginių priežasčių; visos priežastys laikomos ekvivalentinėmis [203. P.127]. Antruoju priežastinio ryšio nustatymo etapu priežastinis ryšys vertinamas teisiniu požiūriu (*causa causans* nustatymas). Jam nustatyti taikoma artimiausios priežasties (JAV, Kanada), adekvataus priežastinio ryšio teorijos (Prancūzija, Vokietija, Austrija, Graikija, Šveicarija) arba laikomasi lankstaus, į praktiką orientuoto požiūrio, t.y. siaurinti priežastinio ryšio teorija [204]. Belgija yra vienintelė kontinentinės teisės valstybė, kuri taiko tik ekvivalentiškumo teoriją (vieną priežastinio ryšio nustatymo etapą) [203. P.130]. Lanksčios, į praktiką orientuotos priežastinio ryšio teorijos pavyzdys galėtų būti Lietuva (taip pat Italija, Olandija) [37. P.338]. Derinama tiesioginės pasekmės ir protingumo kriterijaus nuostatos, atsižvelgiant į ginčo šalių santykius. Teisinis priežastinis ryšys svarbus, sprendžiant apie atlygintinos žalos dydį.

Dėl priežastinio ryšio nustatymo pasisako ir LAT civilinėje byloje *J.R. ir Z.R. v VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos* [205]. Priežastinio ryšio nustatymo procesą LAT sąlyginai išskiria į du etapus. Pirma, nustatomas faktinis priežastinis ryšys, kai sprendžiama, ar žalingi

padariniai kyla iš neteisėtų veiksmų, t.y. sprendžiama, ar žalingi padariniai būtų atsiradę, jeigu nebūtų buvę neteisėto veiksmo. Antra, nustatomas teisinis priežastinis ryšys, kai sprendžiama, ar padariniai teisine prasme nėra pernelyg nutolę nuo neteisėto veiksmo. Konkrečioje byloje faktinis, ir teisinis priežastinis ryšys įrodytas remiantis tokiomis aplinkybėmis kaip gydytojo veikimas be sutikimo. Mergaitė mirė po širdies operacijos, kuriai atlikti nebuvo duotas tėvų informuotas sutikimas. Pacientės tėvai tvirtino, kad nebūtų sutikę tokiai rizikingai operacijai, jeigu būtų žinoję informaciją apie galimas operacijos pasekmes.

Priežastinio teisinio ryšio nustatymo aspektai pateikiami ir byloje *R. V. v Vši Kauno 2-oji ligoninė* [206]. Kolegija išsakė nuomonę, kad ligos sudėtingumas nėra laikomas nenugalimos jėgos aplinkybe ir nuskausminimo komplikacija, neįvertinta ir tinkamai negydyta, buvo paciento mirties priežastimi.

Dėl faktinio ir teisinio priežastinių ryšių vertinimo pasisako ir JAV teismų praktika byloje *Ginger L. Parker v. Mercy General Health Partners and Elizabeth Tindall* (2004; WL 24339 Mich.App.) [178. P.5-6]. Ieškovas pateikė ieškinį teisme, tvirtindamas, kad dėl slaugytojos nerūpestingai atliktos intraveninės terapinės infuzijos jam išsivystė paviršinių rankos venų uždegimas, komplikavęsis venų skleroze. Ieškovui nepavyko rasti medicininių įrodymų, kad būtent to vaisto neatsargus paskyrimas tiesiogiai sukėlė venų sklerozę, komplikaciją galėjo sąlygoti ne vienas ekspertų pateiktas faktas.

Priežastinio ryšio klausimas nagrinėtas Anglijos teismų civilinėje byloje *Barnett v Chelsea & Kensington Hospital Management Committee* (1968) 2WLR 422 (QB), (1969) 1QB 42[175. P.65]. Pacientas kreipėsi į gydytoją dėl stiprių skausmų pilve, tačiau gydytojas, neapžiūrėjęs jo, išsiuntė pacientą į namus. Paciento mirties priežastis buvo apsinuodijimas arseniku. Nors gydytojo veiksmai buvo pripažinti neteisėtais, teismas nenustatė priežastinio faktinio ryšio tarp paciento mirties ir gydytojo aplaidumo. Nesant priežastinio ryšio tarp gydytojo netinkamų veiksmų ir žalos, CA neatsiranda. Tai akivaizdu ir kitoje civilinėje byloje *Kay v Ayrshire and Arran Health Board* (1987) [175.

P.65]. Dviejų metų amžiaus berniukas atvežtas į ligoninę dėl meningito. Po gydymo berniukas apkurto ir tėvai pateikė ieškinį, kad kurtumą sukėlė pernelyg didelės penicilino dozės. Teismas nenustatė gydytojo neteisėtų veiksmų, skiriant gydymą antibiotikais. Galimas variantas, kad kurtumo priežastis buvo meningitas.

Žala (angl. *damage*) būtina civilinės atsakomybės taikymo sąlyga. Apie žalą, kaip CA sąlygą, galima kalbėti tik tuo atveju, jeigu žala padaryta teisės ginamiems ir saugomiems vertybėms, objektams ar interesams[3.P.142]. Skirtingose valstybėse teisė gina skirtingus objektus. Kiekvienu žalos padarymo atveju, būtina nustatyti žalos padarymo faktą, tiksliai apskaičiuoti žalos dydį (nuostolius), atsižvelgiant į visiško žalos atlyginimo principą (lot. *restitutio ad integrum*). Tarptautinė teisės doktrina, teisės aktai Lietuvoje ir užsienyje žalos įvertinimui taiko žalų klasifikavimo schemą (CK 6.283 str. 1 ir 2 d.), kuri išskiria turtinę (angl. *pecuniary*) ir neturtinę (angl. *non-pecuniary damages, immaterial damages*) žalą [207, 25]. Neturtinė žala yra asmens fizinis skausmas, dvasiniai išgyvenimai, nepatogumai, dvasinis sukrėtimas, emocinė depresija, pažeminimas, reputacijos pablogėjimas, bendravimo galimybių sumažėjimas ir kita, teismo įvertinti pinigais. Turtinė žala - turėtos išlaidos bei turtiniai praradimai (tiesioginiai nuostoliai) ir negautos pajamos (tiesioginiai ir netiesioginiai nuostoliai) (LR CK 6.249) [25, 179.P.56-61].

Tokias žalos rūšis išskiria ir Europos Sąjungos Direktyva Nr.85/374 (1985 m. liepos 25d.), Austrijos CK (1325 str.), Vokietijos civilinis kodeksas (253 str.), Švedijos deliktinės civilinės atsakomybės įstatymas (pirmas skyrius), Šveicarijos prievolių kodeksas (47-49 str.), Graikijos civilinis kodeksas (299, 932 str.) ir kt. [38, 208].

2.4.2 Žalos fakto ir dydžio nustatymas

Sprendžiant žalos atlyginimo klausimą, analizuojami esminiai dalykai – kokia žala neteisėtais veiksmais padaryta ir kaip ją įvertinti. Pinigai mokami už realiai patirtą žalą, nors pati žala yra labai specifinė. Pinigai negali būti absoliučiai teisingas ekvivalentas atlyginti neturtinę žalą. Todėl kalbant apie

teisingą neturtinės žalos įvertinimą pinigais, būtina atsižvelgti į socialinį pažeistos vertybės reikšmingumą [197. P.186-187].

Žala yra turtinio, piniginio pobūdžio. Užsienio šalių doktrinos ir teismų praktika rodo, kad daugelyje valstybių taikomi panašūs žalos skirstymo principai: žalos piniginę išraišką parodo teismo įvertinti specialieji (angl. *special damages*) ir bendrieji (angl. *general damage*) nuostoliai [209]. Specialieji nuostoliai gali būti tiksliai įvertinti (prarastos darbo pajamos, išlaidos gydymui ir priežiūrai), nes ieškovas, pareikšdamas ieškinį, specialiuosius nuostolius grindžia faktinėmis aplinkybėmis. Priešingai, bendruosius nuostolius įvertinti sudėtinga, todėl teismas priimdamas sprendimą, atsižvelgia į daugelį aplinkybių. Tai nukentėjusio asmens skausmas, kančios, gyvenimo kokybės praradimas, išlaidos priežiūrai ir gydymui ateityje, pajamų praradimas ateityje. Kontinentinės teisės šalyse išieškomų nuostolių dydį nustato teismas, pagal šalių pateiktus įrodymus [210.P.197]. Bendrosios teisės sistemos valstybėse išieškomų nuostolių dydį nustato prisiekusieji, todėl, išreiškiant užuojautą nukentėjusiam priteista nuostolių suma dažnai gali viršyti realią žalą [211].

Žalai atlyginti taikomas *restitutio ad integrum* principas, t.y. žalą padaręs asmuo privalo visiškai atlyginti padarytą žalą. Susikerta keli žalos atlyginimo principai. Iš vienos pusės visiško žalos atlyginimo, iš kitos pusės – protingumo ir sąžiningumo. LR CK numato papildomus kriterijus, kad žala būtų atlyginama teisingai (CK 6.250 str.2d.) [25]. Nuostolių sumažinimo doktrina taikoma daugelyje valstybių, tiek kontinentinės teisės, tiek bendrosios teisės sistemose [25, 177.P.871]. Teisinės gynybos ribas, taikant bendrąją *restitutio ad integrum* taisyklę, nustato valstybė. Tam tikra rizika, kad piniginis dvasinių išgyvenimų įvertinimas gali būti nustatytas neteisingai, pvz. apskaičiuota pernelyg didelė kompensacijos suma, tebeegzistuoja ir neišvengiama. Neturtinės žalos atlyginimo atvejais *restitutio ad integrum* taikytinas tiek, kiek pinigai maksimaliai pajėgūs tą padaryti, t.y. kiek pinigai gali atkurti nukentėjusiojo būklę.

Kontinentinės ir bendrosios teisės sistemų valstybėse skiriasi žalos nustatymo ir vertinimo taisyklės. Sveikatos sužalojimu ar gyvybės atėmimu padarytos žalos atlyginimo rekomendacijas pateikia Europos Tarybos Ministrų Komiteto Rezoliucija Nr.75(7), priimta 1975m. [42]. Šiomis Rezoliucijos nuostatomis vadovaujasi ir Lietuvos teismų praktika.

Vertinant turtinės žalos dydį sveikatos sužalojimo atveju, negatyvių nuostolių skaičiavimo metodai labai panašūs ES šalyse [212.P.153-170]. Lietuvoje kaip ir kitose kontinentinės teisės valstybėse, negautos pajamos apskaičiuojamos pagal nukentėjusio asmens darbingumo netekimo laipsnį (nukentėjusiojo uždarbio dalis, atitinkanti darbingumo netekimo procentą) ir išmokos mokamos periodiškai. Bendras turtinės žalos skaičiavimo taisyklės nustato LR CK 6.249 straipsnis. Deliktinė atsakomybė išreiškiama nuostolių forma (CK 6.263 str. 2d.) [25]. Prancūzijoje, Šveicarijoje, Švedijoje, Vokietijoje išmokų mokėjimo periodiškumą gali numatyti teismas (galimi abu variantai: vienkartinės ir periodinės išmokos) [177.P.883-887]. Bendrosios teisės sistemos valstybėse negautos pajamos priteisiamos skaičiuojant skirtumą tarp pajamų, gautų iki sužalojimo ir po sužalojimo [210.P.45-58]. Išmoka paprastai yra vienkartinė. Realiai patirtos išlaidos (pozityvieji nuostoliai) asmens mirties atveju taip pat atskirose valstybėse skaičiuojamos skirtingai [213]. Lietuvoje kaip ir daugelyje kitų kontinentinės teisės valstybių atlyginamos laidojimo išlaidos, kitos su asmens mirtimi susijusios išlaidos bei asmenų, kuriuos išlaikė mirusysis, prarastos pajamos.

Jeigu turtinę žalą įvertinti ir apskaičiuoti nėra sudėtinga, neturtinės žalos atlyginimo klausimas kelia daug problemų. Neturtinė žala gali būti atlyginama kiekvienu atveju, kai ji įrodoma, gali būti atlyginama įstatymų numatytais atvejais arba jos atlyginimą lemia delikto rūšis. Liberaliausiai šis klausimas reguliuojamas Prancūzijoje, Graikijoje, Portugalijoje, Belgijoje – jei įrodoma neturtinė žala, ją reikia atlyginti [208]. Kai kuriuose valstybėse įstatymuose nurodomi neturtinės žalos atlyginimo atvejai (Vokietija, Italija, Švedija, Danija, Suomija, Šveicarija, Lietuva) [185.P.156]. Precedentinės teisės

valstybių teismų praktika plėtoja ir tobulina neturtinės žalos atlyginimo institutą, kuris pagrįstas atskirais deliktais (JAV, Anglija) [214].

Daugelyje valstybių įstatymai nenustato nei minimalios, nei maksimalios neturtinės žalos atlyginimo dydžio. Europos deliktų teisės principų 10:301 straipsnyje numatyta, kad neturtinės žalos atlyginimo dydis turi būti panašus į priteistus neturtinės žalos dydžius analogiškomis situacijoms [215]. Todėl eilėje valstybių neturtinės žalos atlyginimo dydžiai standartizuojami (Didžiojoje Britanijoje, Prancūzijoje, Vokietijoje ir kt.), nors teismams jie nėra privalomi. Periodiškai teismo precedentai skelbiami Vokietijoje, jų rinkinys yra kaip ir neturtinės žalos atlyginimo dydžių lentelė (ADAC, vok. *Schmerzensgeldtabelle von Hacks/Ring/Bohm*) [215]. Panašiai ir Jungtinėje Karalystėje išleidžiami teismo precedentų leidiniai, kuriuose neturtinės žalos atlyginimo dydžiai grupuojami priklausomai nuo sužalojimo pobūdžio [216].

Neturtinės žalos institutas pastaruoju metu tampa aktuali ir Lietuvoje, sprendžiant teisinius gydytojo ir paciento ginčus. LR CK numato neturtinės žalos atlyginimą tik įstatymų numatytais atvejais (CK 6.250 str.2d.) [25]. LR CK, nors ir pateikė neturtinės žalos sampratą, jos atlyginimo atvejus, tačiau tiksliai ir detalai nereglementavo neturtinės žalos apskaičiavimo. Neturtinės žalos atlyginimo institutą formuota ir LAT [191]. Lietuvos teismų praktikoje kalbama apie teisingo neturtinės žalos atlyginimo koncepciją [217].

Autorė, išvelgdama neturtinės žalos atlyginimo svarbą, apžvelgė neturtinės žalos atlyginimą dviem aspektais: neturtinės žalos atlyginimą sužalotam asmeniui ir neturtinės žalos atlyginimą tretiesiems asmenims. Asmenų, turinčių teisę į neturtinės žalos atlyginimą, ratas skirtingas įvairiose valstybėse. Vienose valstybėse teisę į žalos atlyginimą turi tik asmuo, tiesiogiai nukentėjęs nuo neteisėto veiksmo (Olandija, Švedija), kitose valstybėse ieškinį dėl neturtinės žalos gali pateikti žuvusiojo artimieji, patyrę didžiulius išgyvenimus (Graikija, Šveicarija, Prancūzija, Belgija, Lietuva) [177.P.136-140]. Kadangi tiksliai įvertinti neturtinės žalos pinigais neįmanoma, įstatymų

leidėjas gali nustatyti tam tikrus kriterijus, kurių pagalba galima įvertinti žalą ir į tai atsižvelgia teismas. LR CK 6.250 straipsnio 2 dalyje numatyta, kad teismas, nustatydamas neturtinės žalos dydį, atsižvelgia į jos padarinius, žalą padariusio asmens kaltę, jo turtinę padėtį, padarytos turtinės žalos dydį ir kitas turinčias reikšmės bylai aplinkybes, taip pat į sąžiningumo, teisingumo ir protingumo principus [25]. Užsienio šalių praktika rodo, kad valstybės labai įvairiai įveda ribojimus neturtinei žalai atlyginti: atsakovė kaltė, fizinių ir dvasinių kančių trukmė bei pobūdis, šalių turtinė padėtis, individualios nukentėjusiojo savybės. Teismų praktika rodo, kad neturtinės žalos atlyginimo nustatymas problematiškas dėl fizinio skausmo ir emocinių kančių buvimo įrodinėjimo [218]. Apart bendrųjų orientacinių vertinimo kriterijų, svarbu atsižvelgti ir į specifines, reikšmingas sveikatos sutrikdymo aplinkybes (sveikatos sužalojimo laipsnį, atsiradusius padarinius, galimus pokyčius nukentėjusio asmens gyvenimo srityse) bei individualias nukentėjusiojo asmenybės savybes, jo reakcijos į skausmą ypatumus [219]. Ministrų Tarybos rezoliucijoje (75)7 nurodoma, kad neturtinė žala atlyginama atsižvelgiant į neigiamų išgyvenimų intensyvumą ir trukmę (12 p.) [42].

Neturtinės žalos atlyginimo problema šios kategorijos bylose šiandieną tapo ypač aktuali ir sprendžiama netgi kooperuojantis visų teisės sistemų valstybių atstovams [220]. Europos Deliktų teisės Grupė reglamentavo neturtinės žalos atlyginimo vieną iš principų: neturtinę žalą kompensuoti esant artimojo mirčiai arba labai sunkiam sužalojimui, atsižvelgiant į nukentėjusiojo fizinę ir psichinę sveikatos būklę (art. 10:301) [212. P.171].

Pažymėtina, kad visose valstybėse diskutuojama dėl neturtinės žalos atlyginimo tretiesiems asmenims. Pastarųjų metų Lietuvos teismų praktika dėl sveikatos sužalojimo ar gyvybės atėmimo rodo vis didėjančią tendenciją, kai nukentėjusiojo artimieji reikalauja iš žalą jų artimiesiems padariusių asmenų neturtinės žalos atlyginimo. Neturtinės žalos atlyginimą tretiesiems asmenims įstatymas numato tik gyvybės atėmimo atveju (LR CK 6.284 str.) [25]. Lietuvoje pirmasis teismo sprendimas priteisti neturtinės žalos atlyginimą sveikatos sužalojimo atveju tretiesiems asmenims buvo priimtas byloje *L.Z.*,

M.Z., G.Z., V.Z. v. VšĮ Marijampolės ligoninė [221]. Nors LR CK nenumato kitų asmenų teisės reikalauti neturtinės žalos atlyginimo už nukentėjusiojo asmens sužalojimus, šioje byloje už sunkų naujagimių sužalojimą tėvams priteista po 50 000 litų neturtinės žalos atlyginimo. Teismo sprendimą sąlygojo neturtinė žala, padaryta tėvams, dėl jų ypatingo dvasinio ir fizinio ryšio su naujagimiais. S.Cirtautienė, apžvelgusi negausią teismų praktiką Lietuvoje dėl žalos atlyginimo tretiesiems asmenims, daro išvadą, kad toks žalą padariusio asmens atsakomybės ribų išplėtimas gali kelti grėsmę artimųjų piktnaudžiavimui realizuojant jų teisę reikšti ieškinius dėl neturtinės žalos atlyginimo ir reikalauti nepagrįstų milijoninių ieškinių tokio pobūdžio bylose [222]. Straipsnio autorė teigia, kad šiandieninio teisinio reguliavimo sąlygomis trečiųjų asmenų teisę reikalauti neturtinės žalos atlyginimo galima būtų pateisinti tik CK 6.283 straipsniu, kai dvasiniai artimųjų išgyvenimai pakenkia jų pačių sveikatą.

2.4.3 Žalos sveikatai atlyginimo modeliai

Žalos atlyginimas – paciento teisių gynimo būdas, kurio įgyvendinimo mechanizmai gali būti įvairūs. Nėra vieningos sveikatos teisės specialistų nuomonės, koks žalos pacientų sveikatai kompensavimo modelis efektyviausiai užtikrintų pacientų teises [223].

Daugiau nei 200 metų (nuo Prancūzijos Civilinio kodekso įsigaliojimo 1804 m.) kaltė yra laikoma pagrindine sąlyga, sprendžiant žalos sveikatai atlyginimo klausimą. Tačiau kaltės turinys gydytojų CA bylose šiandieną išsiplėtė dėl naujų rizikos formų medicinos praktikoje, kurias sąlygoja augančios medicinos technologijos, pacientų informuotumas, gydytojų ir pacientų bendravimo pokyčiai. Sparčios evoliucijos rezultate pradėjo formuotis atlyginimo be kaltės modelis, kai kuriose valstybėse dar vadinamas griežta civiline atsakomybe [199. P.1-3].

Nuo XIX amžiaus vidurio tiek Vakarų, tiek Šiaurės Amerikos valstybėse, pradėjo vystytis du teisės institutai – civilinė atsakomybė už kaltę t.y. vadinamas ieškinio modelis (angl. *tort litigation* arba *negligence-based*

model) ir civilinė atsakomybė be kaltės (angl. *no-fault system* arba „griežta atsakomybė“, angl. *strict liability*) [224].

Abiem atvejais atsakomybę lemia neigiamų pasekmių atsiradimas – žala paciento sveikatai. Skirtumas tas, kad pirmuoju atveju nukentėjęs pacientas teikia ieškinį teismui ir turi įrodyti, kad žala atsirado dėl gydytojo kaltės, o antruoju atveju žala pacientui atlyginama ne teismine tvarka ir nepriklausomai nuo gydytojo kaltės.

JAV - valstybė, turinti didžiausią patirtį taikant ieškinio modelį [225]. Amerikos Medicinos Asociacijos duomenimis *malpractice* krizė ryškiausiai šiuo metu stebima JAV [226, 227]. Nepaisant draudikų, gydytojų /gydymo įstaigų/ bei advokatų hipotezių, valstybės vadovai siūlo korekcijas tradicinėje deliktų sistemoje (pvz.: apriboti neturtinės žalos maksimalų dydį iki 250 000 dolerių, mažinti išmokas mažiau sužalotiems pacientams, reguliuoti advokatų užmokestį) [228]. Medicinos Instituto ekspertų komisija siūlo radikalią reformą – ieškoti alternatyvos teisminiam ginčo nagrinėjimui.

Mokslininkai analizuoja priežastis, kodėl būtent JAV tapo pirmąja valstybe išgyvenančia gydytojų CA bylų krizę [229]. James C. Mohr nuomone, ją lėmė medicininiai ir teisiniai faktoriai: modernių medicinos technologų spartus diegimas, medicinos praktikos nacionalinių standartų įvedimas, civilinės atsakomybės draudimo atsiradimas, sąlyginis advokatų atlyginimas laimėjus bylą, prisiekusiųjų teismai bei deliktų teisės medicinos srityje formavimosi ypatumai (sutartinę atsakomybę keitė deliktinė atsakomybė). Įtakos turėjo ir gydytojų profesinis reguliavimas, nes Anglijoje ar kitose Vakarų Europos valstybėse medikų asociacijos griežtai kontroliavo gydytojų profesiją ir skirdavo įvairias sankcijas gydytojams, pažeidusiems gydytojo elgesio standartą.

Aštuonios JAV valstijos priėmė teisės aktus, ribojančius neturtinės žalos dydį [230]. Pensalvinija (antroji pagal teisminių ginčų sprendimo dažnį valstijose) 2002 m. priimtu Medicinos priežiūros tinkamumo ir klaidų mažinimo įstatymu (angl. *Medical Care Availability and Reduction of Error Act*) pirmoji pradėjo deliktų reformos žingsnius [231, 232].

Dominuojantį ieškinio modelį kritikuoja ir Lordų Rūmai. Lordas Woolf dar 1996 m. apibendrinęs gydytojų CA bylų problemas, kurios atsiradus dėl ilgų bylinėjimosi procesų, brangių administravimo kaštų, priešiško augimo tarp gydytojų ir pacientų (teisinių procesų kaip mūsų, kas laimės) [4.P.480]. Deliktų sistemą kritiškai vertina ir kiti sveikatos teisės specialistai. C.Vincent nuomone, atlyginimo be kaltės modelio kompensavimo būdas efektyvesnis, ekonomiškiau nei teisminis, reikalauja mažesnių sąnaudų žalos nustatymui bei užtikrina kompensavimą platesniam ratui pacientų, išvengiama neigiamų emocijų tiek gydytojui, tiek pacientui [233]. Johnson W.G. ir bendraautorai atliko studiją tikslu palyginti abiejų modelių finansinius kaštus [234]. Studijos rezultatai parodė, kad atlyginimo be kaltės modelis yra pigesnis nei ieškinio modelis. David M. Studdert įsitikinęs, kad optimali žalos kompensavimo sistema reikalinga ne tik atlyginti žalą, jos tikslas būtų ir sumažinti klaidas medicinoje bei žalų skaičių, taigi užtikrinti geresnę sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir pažangą pacientų saugoje [235]. Sistemine klaidų analizė, autoriaus nuomone, o ne kiekvieno gydytojo veiksmų analizė, esminis ieškinio modelio ir atlyginimo be kaltės privalumas [236]. Baudimo kultūra vienareikšmiškai skatina gynybinę mediciną, nenaudingą šiandieną nei savo papildomais kaštais, nei klaidų slėpimu [237].

Tačiau yra ir priešingų nuomonių, kurios tvirtina, kad negali būti atsakomybės be kaltės. Kinney I.D. nuomone, teisminis ginčo nagrinėjimas geriausiai atstato pažeistą paciento teisę [238]. G.Annas teigia, kad teisminis ginčo nagrinėjimas yra svarbiausia pacientų saugumo gerinimo motyvacija [239]. Kadangi pacientų saugumas yra kompleksinė problema ir vien tik pokyčiai deliktų sistemoje jos neišspės.

Žalos atlyginimo esant kaltei institutas šiandieną yra dominuojantis, jis taikomas JAV, Kanadoje, Australijoje, daugelyje Vakarų Europos valstybių – Vokietijoje, Prancūzijoje, Austrijoje, Belgijoje, Nyderlanduose. Be kaltės modelis įgyvendinamas Švedijoje, Suomijoje, Danijoje, Naujoje Zelandijoje, Kanadoje Kvebeko, Australijoje [240].

Pirmoji žalos atlyginimo be kaltės schema 1972 m. pradėjo veikti Naujoje Zelandijoje. Besikreipiančių į teismą pacientų skaičius ženkliai sumažėjo [241]. Sužalotas pacientas negali kreiptis į teismą dėl civilinės atsakomybės taikymo kol nėra išnaudota galimybė gauti draudimo išmoką be kaltės modelio pagalba (*Medical law of New Zeland*). Žalos atlyginimo standartas apima ne tik klaidas medicinoje, bet ir nelaimingus, retai pasitaikančius sunkius sužalojimus, sveikatos priežiūros vadybos klaidas. 1994-1996 m. Naujoje Zelandijoje, kurioje gyvena 3,8 mln. gyventojų, žala atlyginta beveik 2 000 pacientų [242]. Kompensuojama ir neturtinė žala, tačiau ne daugiau nei 10 000 dolerių. Mokslinių studijų rezultatai patvirtina, kad kompensavimo sistema suteikia nukentėjusiam pacientui absoliučias garantijas reabilitacijai ir kompensuoja patirtus finansinius nuostolius dėl sveikatos sužalojimo [243, 244].

Pirmoji Skandinavijos šalyse be kaltės modelį įdiegė Švedija [224]. Pacientų draudimo sistema sukurta 1975 m., priėmus Pacientų draudimo įstatymą (angl. *Patient Injury Act* 1996) [245]. Remiantis įstatymu, visos gydymo įstaigos privalomai draudžia pacientus, kurie sužalojimo atveju kompensaciją gauna iš Pacientų draudimo fondo. Kompensuojama visais atvejais, kai nesėkmė atitinka tinkamumo kompensuoti žalą standartą: žala atsirado kaip gydymo rezultatas, gydymas nebuvo mediciniškai pagrįstas ir pasekmių buvo galima išvengti [246]. Galima kompensacija ir neturtinės žalos. Jos dydis priklauso nuo fizinio sužalojimo sunkumo laipsnio. Išmokos neturtinei žalai yra standartizuotos. Neturtinės žalos atlyginimo „lubos“ tokiaime standarte periodiškai peržiūrimos ir koreguojamos [247].

Sutinkamos ir be kaltės modelio schemas, kompensuojant žalą tam tikrais ypatingai rizikingais atvejais (esant gimdymo traumoms, kurių rezultate išsivysto neurologinės komplikacijos, cerebralinis paralyžius, pvz., iki 100 000 svarų) [248]. Britanijos Medikų asociacija, remdamasi gynybine medicina patiriamais kaštais, atsakingai išdėstė argumentus, kodėl būtina pereiti prie žalos atlyginimo be kaltės.

Kai kurios valstybės griežtai reglamentuoja atsakomybės be kaltės tik tam tikrus išskirtinius atvejus (Vokietijoje, Prancūzijoje galimas atlyginimas be kaltės tik ŽIV užkrėtimo atvejai perpilant kraują) [249].

Apart atlyginimo be kaltės modelio yra ir kitos alternatyvos teismiam ginčo nagrinėjimui (ang. *Alternative dispute resolution -ADR*): specializuoti medikų teismai, arbitražas, derybos, tarpininkavimas [250, 251, 230]. Tarpininkavimas, kaip ikiteisminė ginčo procedūra, populiarus JAV, kai kuriose valstijose ji netgi privaloma sprendžiant ginčą dėl gydytojų aplaidumo [252]. Neteisminis ginčo sureguliuojimas plačiai praktikuojamas Jungtinėje Karalystėje (specialiai įsteigta institucija *NHS Litigation Authority* siekia sudaryti taikos sutartį tarp įstaigos ir nukentėjusio paciento) [253]. Olandijoje nedideliams ginčams (iki 4500 Eu žalos) spęsti įsteigta arbitražo institucija – Ginčų komitetas ligoninėms [254]. Mažais kaštais ir greitai sprendžiami ginčai dėl žalos sveikatai atlyginimo.

2.4.4 Žalos sveikatai atlyginimo mechanizmas Lietuvoje, jo vystymosi perspektyvos

Vadovaujantis Europos deliktų teisės principais, civilinėje teisėje galioja taisyklė, kad žalą atlygina ją padaręs asmuo [255]. Tačiau galima ir netiesioginė atsakomybė, kai už žalą padarytą asmeniui turi atlyginti atsakingas asmuo [37, 256]. LR CK numato, kad žalą, padarytą pacientui teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, turi atlyginti sveikatos priežiūros įstaiga (CK 6.264 straipsnis) [25]. Netiesioginės CA teisės institutas taikomas ir kitose valstybėse [257].

Teisės aktais Lietuvoje įtvirtintas ieškinio modelis [25]. Ikiteisminio ginčo nagrinėjimo procedūrą detalizuoja LR PTŽSAĮ, LR Draudimo įstatymas, Civilinės atsakomybės privalomojo draudimo tvarka [2, 258, 259].

Viena iš priemonių, galinčių efektyviau užtikrinti žalos atlyginimą, yra sveikatos priežiūros įstaigų privalomasis CA draudimas [260]. Tai pažangus dalykas, suteikiantis galimybę pacientams greičiau gauti žalos atlyginimą

[261]. Nukentėjęs asmuo turi teisę reikalavimus reikšti tiesiogiai draudikui, o jei žala viršija draudimo sumą - žalą padariusiam asmeniui [262]. CA draudimas gali būti prevencine priemone išvengti ginčo nagrinėjimo teisme, jeigu gydymo įstaiga norės ir sugebės pripažinti savo klaidą ir kompensuoti žalą padariusiam asmeniui [263]. Galimas ir neturtinės žalos atlyginimas (nustatant maksimalios atlygintinos neturtinės žalos dydį) [185]. Tokiu būdu išvengiama ne tik didesnių finansinių nuostolių, bet ir sunkesnių teisinių bei etinių pasekmių. Nepatenkinti draudikų sprendimu dėl žalos atlyginimo dydžio, pacientai gali kreiptis į teismą. Nors privalomasis gydymo įstaigų CA draudimas galioja nuo 2005 metų, draudimo bendrovės nerodo aktyvumo draudžiant įstaigas civiline atsakomybe. Priežastys: didelė rizika, nėra baigti nacionaliniai sveikatos priežiūros paslaugų teikimo standartai bei metodinės rekomendacijos, kurios leistų aiškiai apibrėžti draudžiamąjį įvykį. Teisiniai ir ekonominiai privalomojo asmens sveikatos priežiūros įstaigų draudimo pagrindai reikalavo tolesnių pertvarkymų ir tobulinimo [264]. 2010 m. įsigaliojusioje LR PTŽSAĮ redakcijoje šie pagrindai nėra detalizuojami, o 25 įstatymo straipsnis numato, kad minimalią draudimo sumą vienam draudžiamajam įvykiui ir minimalią draudimo sumą visiems draudžiamiesiems įvykiams per vienus draudimo sutarties galiojimo metus nustato Vyriausybė ar jos įgaliota institucija [2].

Civilinės atsakomybės draudimas nepanaikina pačios civilinės atsakomybės. LR CK 6.254 straipsnis numato, kad nukentėjęs pacientas gali išsireikalauti iš žalą padariusios gydymo įstaigos tuos nuostolius, kurie nebuvo apdrausti. Tokiems ginčams spręsti Lietuvoje buvo įsteigta Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija prie SAM, kuri yra privaloma ikiteisminė tokių ginčų sprendimo institucija, nagrinėjanti ginčus dėl pacientams padarytos žalos atlyginimo (LR PTŽSAĮ 24 straipsnis 3 dalis), kai pacientas nesutinka su gydymo įstaigos vadovo priimtu sprendimu [265]. Nesutikdamas su šios komisijos sprendimu, pacientas per 30 dienų turi teisę kreiptis su ieškiniu į teismą, ginčydamas šios komisijos sprendimą.

Nors teisės aktuose reglamentuojamas žalos atlyginimas neteisėtais gydytojų veiksmais, Lietuvos teismų praktikoje galima rasti užuominų apie žalos atlyginimą teisėtais veiksmais [266]. Atsakovas viešojoje įstaigoje kasaciniame skunde nurodo gydytojos objektyvią klaidą, kuomet ir nesant kaltės žala galėtų būti atlyginta. „Akivaizdu, kad dėl nesureguliuotos valstybės politikos sveikatos draudimo klausimu, kai nukentėjusiems asmenims turi būti atlyginama žala, padaryta teisėtais gydytojų veiksmais, neturėdami kitos alternatyvos, teismai priteisė iš atsakovo žalos atlyginimą“.

Be kaltės modelio įvedimo galimybės valstybėse pradedamos svarstyti tuomet, kai žalos pacientų sveikatai atlyginimo bylos pasiekia krizę ir atsiranda realus pavojus visai sveikatos apsaugos sistemai. Augantis gydytojų CA bylų skaičius bei milijoniniai ieškiniai rodo, kad krizės grėsmė išlieka visose valstybėse, neišskiriant ir Lietuvos. Nėra mokslinių studijų, kurios būtų analizavusios žalos atlyginimo mechanizmo efektyvumą Lietuvoje, tačiau medikų visuomenėje ir sveikatos politikų lygmenyje plačiai diskutuojama dėl šių modelių privalumų ir trūkumų. Nors pripažįstama, kad teisminis ieškinio modelis yra brangus patiriamais kaštais, dažnai ilgai užsitęsiantis, suteikiantis daug neigiamų emocijų bei stresų ir pacientams, ir gydytojams, didinantis priešpriešą tarp medikų ir visuomenės, naujojoje 2010 m. PTŽSAĮ redakcijoje išlieka žalos atlyginimo esant kaltei modelis [2].

2.5 PACIENTO TEISIŲ ĮSTATYMINIO REGLAMENTAVIMO LIETUVOJE APIBENDRINIMAS

Pacientų ir gydytojų teisinių santykių pokyčiai reikalauja nuolatos stebėti ir vertinti pacientų teisių praktinį realizavimą. Sparčiai besikeičiantis socialinis dialogas tarp gydytojo ir paciento sudaro teisinę prielaidą nuolatos tobulinti pacientų teises reglamentuojančius teisės aktus, žvelgiant į visas teises sistemiškai ir nedalomai.

Specialus pacientų teisių aktas, LR PTŽSAĮ, istorinę savo raidą pradėjo 1997 metais [2]. Įstatymas numatė, kad pacientas gauna kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą, jeigu suteikiamos kvalifikuotos ir mediciniškai pagrįstos

paslaugos, gydytojai ir slaugos specialistai gerbia pacientų asmens privatumą, taiko mokslu pagrįstas nuskausminančias priemones ir sudaro sąlygas pacientui numirti pagarboje. 2004 m. LR PTŽSAĮ redakcijoje, įstatymu įtvirtinta kokybiškos sveikatos priežiūros definicija, pagal savo turinį ir tikslą, buvo orientuota daugiau į sveikatos priežiūros teikėją nei į pacientą. Ji numatė reikalavimus, kuriuos turėtų vykdyti paslaugos teikėjas, tačiau nepateikė kokybiškos paslaugos sąvokos, kuri būtų skirta pacientui, t.y. išreikštų būtent jo poreikį ir lūkesčius. 2010 m. įsigaliojusioje įstatymo redakcijoje kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos definicija pasikeitė iš esmės. Tai prieinamos, saugios, veiksmingos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, kurias tinkamam pacientui, tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia tinkamas sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda pagal šiuolaikinio medicinos mokslo ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami arba viršydami. Tačiau teisę į kokybišką sveikatos priežiūrą plačiau apibrėžti reikėtų kiek kitu aspektu. Mokslinės literatūros apžvalga parodė, kad ši teisė išskirtinai vertinama kaip kompleksinė teisė, susidedanti iš daugelio kitų teisių: paciento teisės į sveikatos priežiūros prieinamumą ir priimtinumą, teisę rinktis diagnostikos ir gydymo metodikas, atsisakyti gydymo, teisę į lygiateisiškumą visame sveikatos priežiūros procese, teisę gauti visapusišką informaciją, teisę į privatumą ir konfidencialumą (pripažįstamas kaip viena iš pamatinių kokybiškos sveikatos priežiūros elementų), į orią, garbingą ir jautrią sveikatos priežiūrą, dalyvavimą sveikatos priežiūros procese. LR PTŽSAĮ 3 straipsnis, apibrėždamas kokybiškos paslaugos turinį, susiaurina informaciją pacientui apie kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos apimtį. Pacientui labai svarbu teisingai suvokti ir žinoti šios teisės kompleksiskumą, kad galėtų visapusiškai išreikšti savo nuomonę apie jam suteiktą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Galimybė įstatymo nuostatomis pateikti kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos, kaip sudėtinės teisės, turinio kompleksiskumą, formuotų strategines

kokybės vadybos tobulinimo kryptis ir teisingą paciento suvokimą apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Pažymėtina, kad 1996 metų LR PTŽSAĮ redakcijoje buvo įtvirtintas reikalavimas sveikatos priežiūros įstaigoms drausti savo atsakomybę be kaltės, t.y. padarytą teisėtais veiksmais. Taigi, žalos sveikatai atlyginimo mechanizmas buvo grindžiamas atlyginimo be kaltės principu. Teisėtais veiksmais padarytos žalos atlyginimo pagrindai ir tvarka buvo numatyti IV įstatymo skyriuje, o CA draudimo fondo funkcijos buvo deleguotos Valstybinei ligonių kasai. Atsižvelgiant į teisės doktrinoje taikomus teisėta veika padarytos žalos kompensavimo sistemos kriterijus, IV skyriaus įgyvendinimui pritrūko tinkamai paruoštos teisinės bazės, o 2004 metų įstatymo redakcijoje jau buvo įtvirtintas žalos sveikatai atlyginimo esant įstaigos (jos darbuotojų) kaltei mechanizmas. 2010 m. kovo 1d. įsigaliojusiame LR PTŽSAĮ taip pat įteisinamas žalos atlyginimo esant gydymo įstaigos (jos darbuotojo) kaltei modelis. Turtinė ir neturtinė žala, padaryta paciento sveikatai, atlyginama šio įstatymo ir LR CK numatyta tvarka [2, 25]. Pažangu tai, kad detalčiai ir aiškiai reglamentuota pacientų skundų procedūra turėtų sumažinti gydytojo-paciento ginčų atvejus. Galima daryti išvadą, kad alternatyvūs teismo ginčo sprendimo būdai (gydymo įstaigų CA draudimas, Žalos atlyginimo komisija prie SAM) taip pat sumažins teisminių ginčų skaičių. Deja, žala teisėtais veiksmais palieka neatlyginama. Apibendrinant LR PTŽSAĮ istorinę raidą, tenka pripažinti, kad 2010 m. kovo 1d. įsigaliojusi įstatymo redakcija rodo teismo reguliavimo pažangą paciento teisių apsaugos srityje.

Keičiantis materialinių teisės normų nuostatoms, vis daugiau dėmesio skiriant pacientų teisių apsaugai, LAT praktika ir toliau išlieka svarbiu teisės šaltiniu, sprendžiant žalos sveikatai atlyginimo ginčus (konkretūs materialinių teisės normų aiškinimo pavyzdžiai pateikiami CA bylų analizės rezultatų aptarimo skyriuje).

Paciento teisės numatytos daugelyje įvairaus lygio nacionalinių teisės aktų (LR Konstitucijoje, LR CK, LR PTŽSAĮ, LR sveikatos draudimo

įstatymuose), tačiau iki šiolei trūksta teisinio sisteminio požiūrio, jų tarpusavio suderinimo. Paciento teisę į informaciją, teisę nežinoti, informuoto asmens sutikimą, privatumą įtvirtina ir LR CK [25]. Remiantis kodeksu, šios nuostatos taikomos tik pacientui gaunant paslaugas privačiose gydymo įstaigose, t.y. paslaugų sutarties pagrindu. Nuostatos netaikomos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, kurių išlaidos pagal įstatymus yra apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, valstybės ar savivaldybių biudžetų lėšų (LR CK 6.725 straipsnio 3 dalis). Vadinasi, deklaruojant tam tikras pacientų teises, kurios apskritai taikomos visiems pacientams, pacientai nepagrįstai skirstomi į atskiras kategorijas, kas sudaro grėsmę visuotinai teisingai įgyvendinti pacientų teises.

Ir priešingai, LR sveikatos draudimo įstatymo 38 straipsnio 3 dalyje numatytos pacientų teisės (pasirinkti gydymo įstaigą ar gauti informaciją apie sveikatos būklę ir gydymą) taikomos tiems pacientams, kurie kreipiasi į gydymo įstaigą, sveikatos priežiūros paslaugas apmokant iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto [258]. Tų pačių pacientų teisių deklaravimas atskiroms pacientų grupėms įneša daug neaiškumų ir painiavos ne tik pacientams, bet ir teismams, sprendžiant klausimą ar buvo pažeista paciento teisė.

Apibendrinant teisės aktus, tenka pabrėžti, kad specialusis LR PTŽSAĮ, reglamentuojantis esminius sveikatos priežiūros paslaugos kokybės elementus ir žalos sveikatai atlyginimo tvarką, pripažįstamas pagrindiniu teisės aktu realizuojant paciento teises. Taigi jo nuostatų pagrindu turėtų būti koreguojami kiti teisės aktai.

Literatūros apžvalgoje pateikti ES šalių geros praktikos pavyzdžiai žalos sveikatai atlyginimo srityje sudaro pagrįstas prielaidas diskusijoms apie galimus alternatyvius žalos sveikatai atlyginimo mechanizmus Lietuvoje.

3. PACIENTŲ APKLAUSOS TYRIMAS

3.1 TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Tyrimo laikas: 2006 m. lapkričio mėn. 1 d. – 2007 m. vasario mėn. 28 d.

Tyrimo objektas: teisė gauti kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą

Tyrimo dalykas: 16-75 metų amžiaus po gydymo stacionarinėje ASPĮ išvykstančio paciento nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę

Respondentų skaičius: 2060

Apklauso būdas: anoniminė anketinė apklausa

Atrankos metodas: daugiapakopė stratifikuota tikimybinė atranka

Apklausa vykdyta: Lietuvos 22-jose stacionarinėse ASPĮ

Tyrimo apribojimai: vertinama tik pacientų, išvykstančių iš stacionarinės ASPĮ patirtis, susijusi su jų paskutiniu gydymu ligoninėje. Neįtraukiami pacientai, kurie tuo metu nesigydydė stacionarinėse ASPĮ

Tyrimo paskirtis: įvertinti pacientų patyrimą ir požiūrį apie gautą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę stacionarinėse ASPĮ. Tikimasi nustatyti, respondentų nuomone, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės problemas. Bus siekiama atsakyti į klausimą, ar įgyvendinama įstatymais numatyta paciento teisė į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą

3.1.1 Tyrimo imtis

Imties dydis apskaičiuotas, taikant generalinės aibės charakteristikų pasikliautuosius intervalus pagal prognozuojamą hospitalinį sergamumą. Pritaikyta speciali formulė: su tikimybe $p=0,95$; ($z=1,96$) įvertinta paciento gydymo stacionare tikimybė (tikimybės įvertinimo tikslumas=0,02) ir remiantis šia tikimybe apskaičiuotas tyrimo imties dydis [267]. Remiantis Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis, 2005 m. suaugusiųjų hospitalinis sergamumas sudarė 23,4 proc. visų suaugusių nuolatinių Lietuvos gyventojų populiacijos (Lietuvos sveikatos informacijos centro 2006 m. leidinio

„Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2005 m.“ duomenys). Nustatyta, kad imtį turėtų sudaryti ne mažiau 1800 atsitiktinai atrinktų pacientų, kad imtis reprezentuotų generalinę aibę.

Pagal paslaugų teikimo lygį bendrojo pobūdžio ligoninės suskirstytos į vienarūšius sluoksnius: universitetines, apskričių (miestų) ir rajonines ligonines. Lietuvos Sveikatos informacijos centro duomenimis 2005 m. universitetinėse ligoninėse gydytų ligonių skaičius – 170 165 (25,6 proc.), miestų, apskričių ligoninėse - 273 775 (41,2 proc.), rajonų ligoninėse - 220 657 (33,2 proc.). Remiantis gydytų pacientų skaičiais universitetinėse, apskričių (miestų) ir rajonų ligoninėse, hospitalinio sergamumo proporcija šiuose sluoksniuose būtų: 25,6:41,2:33,2 (1:1,6:1,3.). Atsižvelgiant į tokią proporciją bei remiantis apskaičiuota imtimi, klausimyno anketos padalintos: universitetinėms ligoninėms – 560, apskričių (miestų) ligoninėms – 780, rajonų – 720.

Lietuvos sveikatos informacijos centro leidinyje „Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2005 m.“ nurodyta 60 bendro pobūdžio ASPĮ, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas su vidaus ligų ir chirurginio gydymo profiliu (teikiančios chirurgija II ir (ar) chirurgija III, terapija II ir (ar) terapija III sveikatos priežiūros paslaugas) : universitetinės – 5 , apskričių ir miestų – 14, rajonų - 41. Į tiriamąją stacionarinių ASPĮ grupę įtrauktos tik viešosios stacionarinės ASPĮ, su Teritorine ligonių kasa sudariusios sutartis teikti stacionarines paslaugas. Į tyrimą nebuvo įtrauktos privačios stacionarinės ASPĮ, biudžetinės stacionarinės ASPĮ, specializuotos ASPĮ (onkologijos, tuberkuliozės, psichiatrijos, narkologijos), reabilitacijos bei slaugos ligoninės, taip pat gimdymo namai ir vaikų ligoninės.

Kiekvieno sluoksnio viduje vykdyta stacionarinių ASPĮ atsitiktinė atranka. Į imtį pateko keturios universitetinės, šešios apskričių (miestų) ir dvylika rajonų stacionarinių ASPĮ. Sudarant išvykusių iš stacionaro pacientų-respondentų tiriamąją grupę, į imtį pateko kiekvienas išvykstantis pacientas, gydytas stacionarinėje ASPĮ daugiau kaip 24 val. vidaus ligų ir chirurgijos

profilų skyriuose. Taikytas principas: pacientas užpildo klausimyną išvykimo iš stacionaro dieną į namus, jeigu jo sveikatos būklė tai leidžia padaryti jam pačiam.

Tyrimą organizavo pati tyrėja-autorė, pacientams apklausos anketas įteikti padėjo gydymo įstaigų slaugos administratorės ar audito specialistai. Jiems buvo parengta anketos pildymo instrukcija bei praveistas pokalbis-instruktažas. Pacientui pildant anketą nei tyrėja, nei asistentai nedalyvavo. Įteikiant anketą, respondentai buvo supažindami su anketos pildymo instrukcija. Apklausa atlikta laikantis sociologinių medicininių tyrimų profesinės etikos nuostatų. Pasirinktas klausimyno įteikimas personalinio kontakto būdu, mokslininkų nuomone, užtikrina aukštą klausimyną atsakiusių respondentų procentą [268]. Tyrimui atlikti gautas gydymo įstaigų vadovų žodinis sutikimas.

2 lentelė. Ligoninės, kuriose buvo vykdomas tyrimas

Ligoninės tipas	Ligoninės, dalyvavusios tyrime	Tyrime dalyvavusių ligoninių skaičius n	Išdalintų anketų skaičius n
Universitetinė	1.Vilniaus greitosios pagalbos universitetinė ligoninė	4	560
	2.Kauno medicinos universiteto klinikos		
	3.Vilniaus universiteto Santariškių klinikos		
	4.Vilniaus universitetinė ligoninė		
Miesto, Apskritis	5.Telšių apskrities ligoninė	6	780
	6.Klaipėdos Jūrininkų ligoninė		
	7.Marijampolės		

	ligoninė		
	8.Panevėžio ligoninė		
	9.Alytaus apskrities		
	S.Kudirkos ligoninė		
	10.Kauno 2-oji		
	klinikinė ligoninė		
Rajono	11.Plungės ligoninė		
	12.Zarasų ligoninė		
	13.Kėdainių ligoninė		
	14.Radviliškio	12	720
	ligoninė		
	15.Elekrėnų ligoninė		
	16.Kretingos ligoninė		
	17.Pasvalio ligoninė		
	18.Širvintų ligoninė		
	19.Molėtų ligoninė		
	20.Varėnos ligoninė		
	21.Trakų ligoninė		
	22.Mažeikių ligoninė		

3.1.2 Tyrimo kontingentas

Išdalinta 2060 anketų. Anketas grąžino 2006 pacientai, t. y. 97,38 proc. apklausoje dalyvavusių pacientų. Iš jų 89 anketos buvo nepildytos (pacientas atsisakė), 54 užpildytos anketos taisytos (sugadintos). Statistinei analizei buvo tinkamos 1917 anketų arba 93,06 proc. visų išdalintų anketų. Jų pasiskirstymas pagal ligoninės tipą pateikiamas 3 lentelėje.

3 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal ligoninės tipą

ASPI	Atvejų skaičius n	Procentas
Universitetinė	515	26,9
Apskritis ar miesto	722	37,7

Rajono	680	35,5
IŠ VISO	1917	100,0

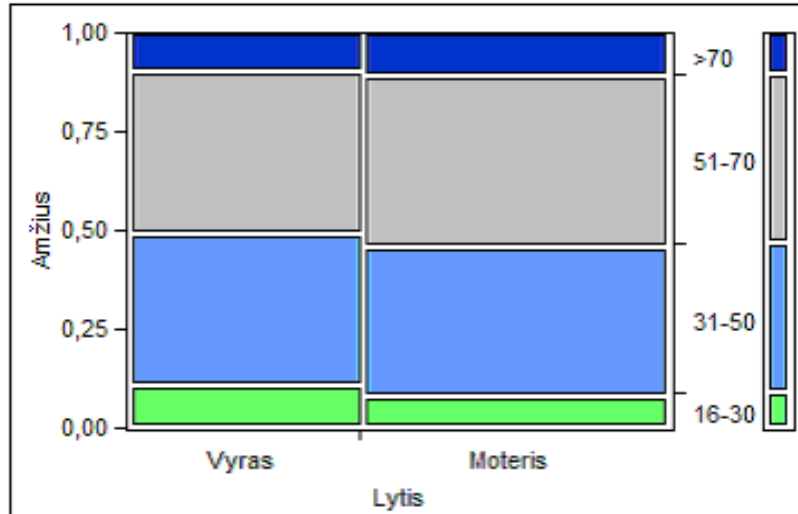
Tiriamųjų grupavimas pagal socialinius-demografinius požymius (lytį, amžių, išsilavinimą, užsiėmimą, gaunamas pajamas) pateiktas 4 lentelėje.

4 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį, amžių, išsilavinimą, pajamas ir užsiėmimą

	Vyrai		Moterys		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Amžius						
16-30	92	11,0	88	8,1	180	9,4
31-50	320	38,2	404	37,4	724	37,8
51-70	344	41,1	470	43,5	814	42,5
70 +	81	9,7	118	10,9	199	10,3
Iš viso	837	100,0	1080	100,0	1917	100,0
Išsilavinimas						
Nebaigtas vidurinis	150	17,9	156	14,4	306	15,9
Vidurinis/spec.vidurinis	431	51,5	609	56,4	1040	54,3
Nebaigtas aukštasis	92	11,0	109	10,1	201	10,5
Aukštasis	164	19,6	206	19,1	370	19,3
Iš viso	837	100,0	1080	100,0	1917	100,0
Gaunamos pajamos Lt						
0	26	3,1	42	3,9	68	3,5
-500	191	22,8	410	38,0	601	31,5
500-1000	358	42,8	442	40,9	800	41,7
1001-2000	182	21,7	160	14,8	342	17,8
2000 +	80	9,6	26	2,4	106	5,5
Iš viso	837	100,0	1080	100,0	1917	100,0
Užsiėmimas						
Valstybės tarnautojas	73	8,7	128	11,9	201	10,5
Valstybės įmonės darbuotojas	125	14,9	212	19,6	337	17,6
Privačios įmonės savininkas	42	5,0	18	1,7	60	3,1

Privačios įmonės samdomas	193	23,1	142	13,1	335	17,5
Žemės ūkio darbuotojas	48	5,7	18	1,7	66	3,4
Pensininkas	212	25,3	343	31,8	555	28,9
Namų šeimininkas (ė)	3	0,4	77	7,1	80	4,2
Studentas, moksleivis	29	3,5	22	2,0	51	2,7
Bedarbis	55	6,6	48	4,4	103	5,4
Kitas	57	6,8	72	6,7	129	6,7
Iš viso	837	100,0	1080	100,0	1917	100,0

Tyrime dalyvavo 43,7 proc. vyrų (n=837) ir 56,3 proc. moterų (n=1080). Respondentai suskirstyti į keturias amžiaus grupes: nuo 16 iki 30 metų; nuo 31 iki 50; nuo 51 iki 70; vyresni nei 70 metų grupę. Didžiausia amžiaus grupė (42,5 proc. respondentų) buvo nuo 51 iki 70 metų, kiek mažesnė (37,8 proc.) – nuo 31 iki 50 metų. Visose amžiaus grupėse vyrų ir moterų pasiskirstymas labai panašus, išskyrus amžiaus grupę virš 70 metų (81 vyras ir 118 moterų). Didžiausioje amžiaus grupėje nuo 51 iki 70 metų vyrai sudarė 41,1 proc. (n=344), moterys – 43,5 proc. (n=470). Respondentų demografinė charakteristika pateikiama 3 paveiksle.

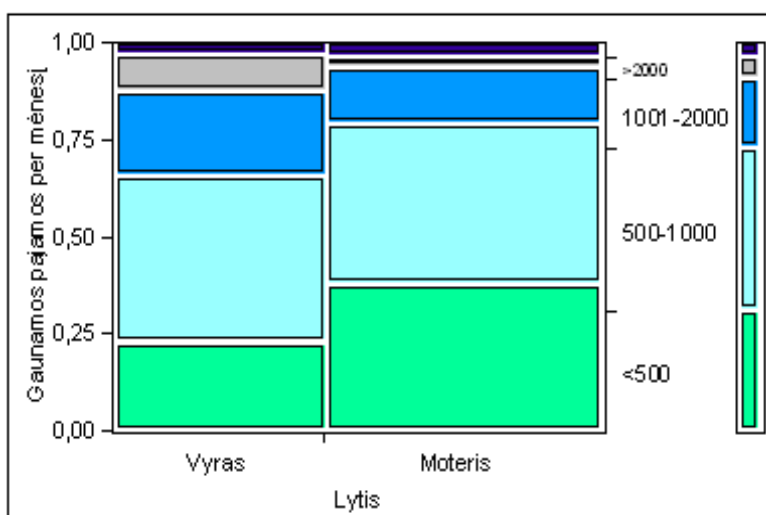


$$\chi^2=5,50, \text{ll}=3, p=0,138$$

3 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir amžių

Daugiau kaip pusė respondentų turėjo vidurinį ar specialųjį išsilavinimą (54,3 proc. n=1040). 29 proc. respondentų buvo pensininkai (n=555), 17,6 proc.– valstybinių įmonių darbuotojai (n=337), 17,5 proc.– privataus sektoriaus samdomi darbuotojai(n=335).

Respondentai pagal gaunamas pajamas buvo suskirstyti į keturias grupes: uždirbantys iki 500 Lt; nuo 500 Lt iki 1000 Lt; nuo 1000 Lt iki 2000 Lt; uždirbantys daugiau 2000 Lt. Didžiausią grupę sudarė respondentai, uždirbantys nuo 500 Lt iki 1000 Lt per mėnesį (41,7 proc. visų respondentų). Šioje grupėje vyrų ir moterų santykis panašus (42,8 proc. vyrų ir 40,9 proc. – moterų). Respondentų grupę, kurių pajamos buvo daugiau 2000 lt, sudarė tik 5,5 proc. tyrime dalyvavusių pacientų. Vyrų skaičius šioje grupėje buvo tris kartus didesnis nei moterų. Respondentų pasiskirstymas pagal gaunamas pajamas pateiktas 4 paveiksle.



$$\chi^2=91,99, \text{II}=4, p<0,0001$$

4 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir gaunamas pajamas

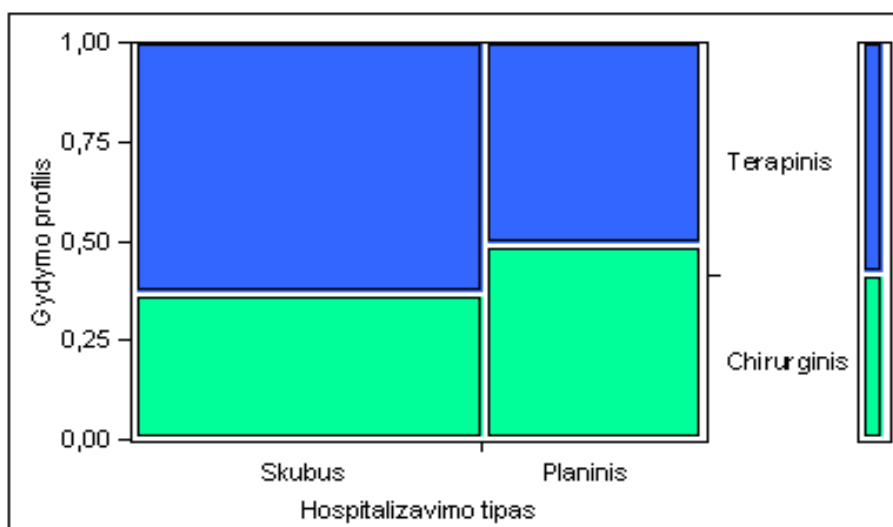
Daugiau kaip pusė respondentų (61,9 proc. n=1186) į gydymo įstaigą pateko skubos tvarka, 38,1% atvejų hospitalizacija buvo planinė. Dažniau respondentai buvo hospitalizuojami į terapinius skyrius (58,3 proc., n=1117).

Tiriamųjų grupavimas pagal hospitalizavimo tipą ir profilį pateiktas 5 lentelėje ir pavaizduotas grafiškai 5 paveiksle.

5 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal hospitalizavimo tipą ir gydymo profilį.

Hospitalizavimo tipas	Gydymo profilis				Iš viso	
	Chirurginis		Terapinis			
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Skubus	439	37.0	747	63.0	1186	100.0
Planinis	361	49.4	370	50.6	731	100.0
Iš viso	800	41.7	1117	58.3	1917	100.0

$$\chi^2=24,455, \text{Il}=1, p<0,0001$$

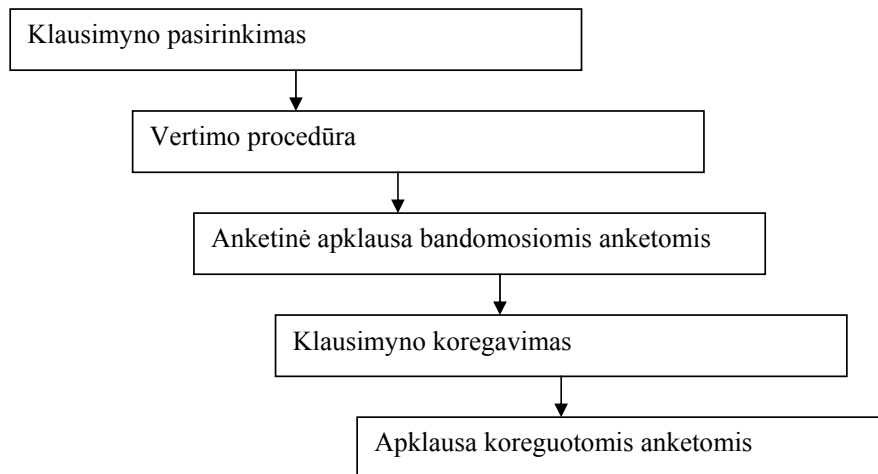


$$\chi^2=24,455, \text{Il}=1, p<0,0001$$

5 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal hospitalizavimo tipą ir gydymo profilį

3.1.3 Tyrimo priemonė

Anketa parengta remiantis tarptautine mokslininkų patirtimi šioje srityje [269]. Tyrimo priemonės parengimo seka išdėstyta 6 paveiksle.



6 pav. Tyrimo priemonės parengimo schema

Klausimyno pasirinkimas. Pacientų apklausai taikyta anoniminė anketa-klausimynas. Moksliniam tyrimui naudotas Europos Picker instituto modifikuotas klausimynas stacionare gydytiems pacientams. Klausimai, atsižvelgiant į nacionalinę sveikatos priežiūros kokybės programą, buvo renkami iš Europos Picker instituto klausimų banko (angl. *The Picker Patient Experience Questionnaire*) [270]. Atsakymų į klausimus rezultatai lengvai interpretuojami, nesudėtinga įvertinti problemiškas paslaugų kokybės sritis [271]. Klausimynas apima visas pagrindines paslaugos kokybės matavimo kategorijas: resursus, procesą ir rezultatus. Klausimai turi aukštą išorinį pagrįstumą (ang. *face validity*), paties klausimyno sudarymo pagrįstumą (ang. *construct validity*) bei aukštą vidinį patikimumą (ang. *internal reliability consistency*). Naudojant tokį klausimyną, tyrimai buvo atlikti Jungtinėje Karalystėje, Vokietijoje, Švedijoje, Šveicarijoje ir JAV [272]. Jungtinės Karalystės Sveikatos priežiūros komisija jau eilę metų Jungtinėje Karalystėje, vadovaudamasi standartiniu 55 klausimų klausimynu, vykdo Nacionalinę pacientų tyrimo programą.

Vertimo procedūra. Anketa išversta, laikantis anketų adaptavimo reikalavimų. Klausimyną ir atsakymų variantus iš anglų kalbos išvertė: oficialus klausimyno vertimas į lietuvių kalbą (Verslo liudijimas

Nr.V0237371) ir oficialus išversto klausimyno vertimas į anglų kalbą (UAB „MAGISTRAI“). Ekspertų (sveikatos srities specialistų, žinančių anglų kalbą) komisija nustatė, kad klausimyno esmė nepakeista, angliškoji ir lietuviškoji anketų versijos visiškai atitinka.

Pilotinis tyrimas. Naudojant šį klausimyną, 2006 02 20 - 2006 02 28 atliktas pilotinis tyrimas Vilniaus universiteto Santariškių klinikose paciento išvykimo iš ligoninės dieną. Anketinė apklausa bandomosiomis anketomis atlikta tiesioginio interviu metodu. Apklausta 32 pacientai. Buvo registruojama apklausiamąjo reakcija ir jo komentaras. Buvo siekiama išsiaiškinti, ar klausimai suprantami ir vienodai interpretuojami, ar jie svarbūs mūsų pacientams.

Klausimyno koregavimas. Bandomojo tyrimo rezultatai parodė, jog klausimyną tikslinga koreguoti. Aiškiau suformuluoti klausimai apie pacientų privatumą, įvesti klausimai dėl žalos pacientų sveikatai atlyginimo, išbraukti klausimai, kurie interviu metu pasirodė vienodai nereikšmingi daugumai respondentų (pvz., priešingos lyties pacientų gydymas vienoje palatoje). Bandomojo tyrimo rezultatai parodė, kad klausimynas per ilgas (vizualiai ir laiku, būtinu užpildyti visus klausimus). Reikšmingų skirtumų pacientams interpretuojant atskirus klausimus nebuvo fiksuota.

Apklauso anketa aprobuota Vilniaus universiteto Visuomenės sveikatos institute: klausimynas priimtinas, suprantamas pacientams ir gali būti taikomas Lietuvoje. Koreguotą klausimyną sudarė 34 uždaro tipo klausimai, kurie atspindėjo pacientų nuomonę vertinant sveikatos priežiūros paslaugos kokybę. Klausimynas pateiktas 1 priede. Pacientai galėjo įvertinti: paciento ir personalo bendravimą, sveikatos priežiūros darbo organizavimą ir koordinavimą, fizinę aplinką, planinio hospitalizavimo prieinamumą, saugumą (nurodydami žalos sveikatai patyrimo faktą). Bendrą sveikatos priežiūros vertinimą atspindėjo klausimai apie paslaugų kokybės vertinimą apskritai ir savo sveikatos būklės vertinimą išvykstant iš ligoninės. Respondentai galėjo pareikšti savo nuomonę, ar rekomenduotų savo draugams ir artimiesiems

gydytis šioje ligoninėje. Taip pat buvo renkami pagrindiniai duomenys apie respondentų socialines-demografines charakteristikas.

Apklausa koreguotomis anketomis. Tyrimas vykdytas 2006 m. lapkričio – 2007 m. vasario mėnesiais. Taikytas metodas: kiekvienas išvykstantis pacientas išvykimo iš stacionarinės ASPĮ dieną į namus užpildo klausimyną pagal specialiai paruoštą instrukciją. Tyrimo procesas vyko respondentui atsakant į klausimus, kaip jis vertina gautas sveikatos priežiūros paslaugas. Atlikta anoniminė apklausa. Kreipimesi į pacientą paašškinta tyrimo tikslas ir svarba, akcentuotas tyrimo konfidencialumas.

3.1.4 Statistinės analizės metodai

Statistinė duomenų analizė atlikta asmeniniu kompiuteriu, panaudojant statistinės analizės SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*/statistinis paketas socialiniams mokslams) 15 versijos programinį paketą, Microsoft Office Exel 2003, JMP 7 versiją (*SAS/Statistical Analysis System* programos versija), *Chernoff Faces* programą.

Atsakymai į klausimus buvo užkoduoti ir duomenys suvesti į SPSS statistinio duomenų paketo programos lenteles statistiniam duomenų apdorojimui ir analizei. Koduojant duomenis laikytasi bendro principo: mažiausia reikšmė priskiriama blogiausiam atsakymui, o didžiausia – geriausiam atsakymui. Anketose paciento atsakymas „labai gerai“ koduojamas – 5, „gerai“ – 4, „patenkinamai“ - 3, „blogai“ - 2, „labai blogai“ - 1. Apibendrinant kai kuriuos tyrimo rezultatus ir lyginant su kitų šalių panašiais tyrimais, respondentų atsakymai buvo dichotomizuoti, t.y. vertinimai „labai gerai“ ir „gerai“ buvo sumuojami ir laikomi teigiamu vertinimu, o vertinimai „blogai“ ir „labai blogai“ buvo sumuojami ir laikomi neigiamu vertinimu. Analizuojant duomenis naudoti statistiniai tyrimo metodai, atsižvelgiant į tyrime keliamus klausimus ir surinktų duomenų rūšį:

- a. klausimyno vidinio patikimumo įvertinimas (Cronbach's alpha koeficientas)
- b. tiriančioji faktorinė analizė

- c. aprašomoji statistika
- d. dvejetainės logistinės regresijos metodas
- e. statistiniams ryšiams tarp diskrečių dydžių vertinti naudotas susijusių požymių chi-kvadrato kriterijus (χ^2) ir Spirmeno ranginės koreliacijos koeficientas (Spearman's rank correlation coefficient)
- f. *Chernoff Faces* metodas

Klausimyno tinkamumo įvertinimas. Klausimyno vidinio tinkamumo testavimui taikytas *Cronbach alfa* koeficientas (ang. *Cronbach's alpha*). Bendras visų skalių *Cronbach alfa* koeficientas – 0,79. Klausimyno skalių vidinės darnos *Cronbach alfa* koeficientai pateikti 6 lentelėje.

6 lentelė. Kokybės dimensijų vidinio suderinamumo Cronbach alfa koeficientai

	Gydytojo- paciento bendravimas	Organizavimas/ koordinavimas	Išrašymo procedūra	Fizinė aplinka
Cronbach alfa	0,67	0,53	0,72	0,54

Faktorinė analizė. Paslaugų kokybės matavimo skalėms sudaryti taikytas tiriančiosios (angl. *exploratory*) faktorinės analizės metodas, kurio pagrindą sudaro tyrime dalyvaujančių kintamųjų tarpusavio ryšiai (koreliacijos). Tikslas – sugrupuoti klausimyne pacientams pateiktus klausimus į grupes, kurios kiekviena atskirai atspindėtų tam tikrą paslaugų kokybės matavimo dimensiją. Taigi grupei kokybės matavimo indikatorių (klausimų) privalu buvo rasti bendrą kokybės vertinimo dimensiją (faktorijų), kuris atspindėtų vieną iš sveikatos priežiūros paslaugų kokybės aspektų. Kiekvienas faktorius turi turėti bendrą visai klausimų grupei prasmę. Įvertintas pasirinktų požymių koreliacinės matricos tinkamumas faktorinei analizei, apskaičiuojant Bartleto sferiškumo kriterijų – 6487,156; df=136; p<0,0001. Matuotas imties adekvatiškumas, apskaičiuojant Kaizerio-Mejerio-Olkino (KMO = 0,81) matą, kuris rodo kad, jei $0,7 < KMO < 0,9$, kintamieji tinka faktorinei analizei.

Taikytas faktorių išskyrimo metodas – pagrindinių komponentų analizė. Naudojant faktorių Promax sukimo metodą, gauta kokybės matavimo faktorių struktūra. Faktorių sukimo tikslas – sudaryti lengvai interpretuojamą faktorių struktūrą, kurioje kiekvieno kintamojo didžiausia krūvio reikšmė atitektų tik vienam kokybės faktoriui ir labai mažai – likusiems kokybės faktoriams. Taip buvo struktūrizuotas klausimynas, kiekviena kokybės vertinimo dimensija įgavo aiškiai apibrėžtą sveikatos priežiūros kokybės aspektą. Faktorinei analizei naudota 17 anketoje esančių klausimų (planinės hospitalizacijos ir žalos patyrimo faktą apibūdinantys klausimai sudarė dvi atskiras, aiškiai apibrėžtas dimensijas). Turintys tarpusio ryšį kintamieji, kurių tarpusavio koreliacija lėmė didžiausią dalį bendrosios dispersijos, sudarė pirmąjį (svarbiausią) faktorių. Iš viso išskirti keturi faktoriai. Faktorių išskyrimo rezultatai pateikiami 7 lentelėje.

7 lentelė . Faktorių charakteristikos/ bendroji kintamųjų dispersija

Išskirto faktoriaus Nr.	Pradinės tikrinės reikšmės			Išskirtų faktorių svoriai			Pasuktų faktorių svoriai
	iš viso	dispersija proc.	suminė dispersija proc.	iš viso	dispersija, proc.	suminė dispersija proc.	
1	4,08	23,98	23,98	4,08	23,98	23,98	3,36
2	1,50	8,83	32,81	1,50	8,83	32,81	2,47
3	1,22	7,18	39,99	1,22	7,18	39,99	2,23
4	1,13	6,64	46,63	1,13	6,64	46,63	2,24

Faktorių išskyrimo metodas – pagrindinių komponentų analizė.

Likusių trijų faktorių mažėjančios tikrinės reikšmės rodo, kaip mažėja jų įtaka kintamųjų bendrajai dispersijai. Nors faktorių išskyrimo procedūra vyksta tol, kol baigiasi visa kintamųjų dispersija, tolesnei statistinei analizei pasirinktas faktorių tikrinės reikšmės dydis >1,0 (Kaiserio kriterijus rekomenduoja išskirti tik tuos faktorius, kurių tikrinė reikšmė yra didesnė už 1). Apibendrinę antros

lentelės duomenis, galime teigti, kad išskyrėme keturis esminius faktorius, kurie paaiškina 46,63 proc. bendrosios kintamųjų dispersijos. Pritaikius Promax sukimo metodą, gauta faktorių ir kintamųjų koeficientų matrica, pagal kurią atlikta faktorių interpretacija (rezultatai pateikiami 8 lentelėje).

8 lentelė . Faktorių ir kintamųjų koeficientų matrica

Kintamieji	Faktoriai			
	Gydytojo- paciento bendravimas	Organizavimas/ koordinavimas	Išrašymo procedūra	Fizinė aplinka
Ar pasitikėjote jus gydžiusiais gydytojais?	,791	,372		
Ar jaučiate, kad ligoninėje buvote gydytas pagarbiai?	,759			
Kiek informacijos jums buvo pateikta?	,659			
Kai jums kildavo svarbių klausimų gydytojui, ar gudavote jums suprantamus atsakymus?	,599	,529		
Kartais ligoninėje vienas personalo darbuotojas sako viena, o kitas pasako kitaip. Ar buvo taip atsitikę jums?	,547			,340
Ar jūs galvojate kad ligoninės personalas padarė viską, kad padėtų jums	,445	,405		

kontroliuoti skausmą?		
Ar jus vargino ligoninėje naktį keliamas triukšmas?	,424	,353
Jeigu jūsų šeima ar kitas artimas asmuo norėjo pasikalbėti su gydytoju, ar jie turėjo galimybių tai padaryti?	,597	
Ar paskirti tyrimai buvo atliekami laiku?	,573	
Ar jūs dalyvavote sprendimų priėmime tiek, kiek norėjote?	,564	,390
Ar suradote kažką iš ligoninės personalo pakalbėti apie jūsų rūpesčius?	,534	
Ar buvo pakankamai privatumo?	,495	,373
Ar išvykimo dieną jūsų išrašymas buvo užlaikytas?		,936
Kiek truko užlaikymas?	,366	,935
Kaip vertinate ligoninės maistą?		,733
Ar tualetai ir vonių kambariai, kuriais jūs naudojotės, buvo		,719

švarūs?

Atvykę į ligoninę, ,547
kiek laiko laukėte iki
patekote į palatą?

Rotacijos metodas: Promax su Kaiserio faktorių išskyrimo kriterijumi.

Kiekvienas įtrauktas klausimas (indikatorius) turėjo priklausyti vienam iš kokybės dimensijų (faktorių). Kintamieji buvo priskirti atitinkamiems faktoriams, atsižvelgiant į moksliniuose tyrimuose taikoma nuostatą, kad faktorinio svorio koeficiento riba $>0,35$. Kiekvienam faktoriui priskyrėme indikatorius, turinčius didžiausią faktorinio svorio reikšmę. Tokiu būdu klausimyne pacientams pateikti klausimai sugrupuoti į grupes, kurių kiekviena atspindi tam tikrą paslaugų kokybės matavimo dimensiją – vieną iš sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo aspektų. Faktorinė analizė neapsiribojo tik gautomis faktorinės analizės skaitinėmis reikšmėmis. Remiantis konceptualių teorinių ir loginių mąstymu apie paslaugų kokybės vertinimą, kiekvienas faktorius įvardytas tam tikra kokybės matavimo dimensija. Pirmasis faktorius apima pacientų ir gydytojų bendravimo santykius, antrasis – sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą ir koordinavimą. Trečiąjį faktorių sudaro klausimai, priklausantys išvykimo iš ligoninės procedūrai. Ketvirtąjį – fizinės aplinkos ir komforto vertinimas. Gauta struktūrizuota kokybės vertinimo dimensijų ir indikatorių matrica, kuri pateikta 9 lentelėje.

9 lentelė. Dimensijų ir indikatorių matrica

Eil. Nr.	Paslaugos kokybės faktorius/ dimensija	Paslaugos kokybės indikatorius/klausimas
I.	Gydytojų ir pacientų bendravimas 5 klausimai	11.Kiek informacijos apie Jūsų būklę ar gydymą Jums buvo pateikta? 12.Kai Jums kildavo svarbių klausimų gydytojui, ar gaudavote Jums suprantamus atsakymus?

	<p>13.Kartais ligoninėje vienas personalo darbuotojas sako vieną, o kitas pasako visiškai kitaip. Ar tai buvo atsitikę Jums?</p> <p>21.Ar jaučiate kad ligoninėje buvote gydytas atsakingai ir pagarbiai?</p> <p>22.Ar pasitikėjote gydančiais gydytojais?</p>
<p>II. Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas/koordinavimas</p> <p>6 klausimai</p>	<p>9.Ar Jūs suradote kažką iš ligoninės personalo pakalbėti apie Jūsų rūpesčius ir būgštavimus dėl sveikatos būklės ar gydymo?</p> <p>10.Ar buvo pakankamai privatumo, aptariant Jūsų būklę ar gydymą?</p> <p>14.Ar jūs dalyvavote sprendimų apie Jūsų priežiūrą ir gydymą priėmimo tiek, kiek norėjote?</p> <p>15.Jei Jūsų šeima ar artimas asmuo norėjo pasikalbėti su gydytoju, ar jie turėjo pakankamai galimybių tai padaryti?</p> <p>17.Ar paskirti tyrimai (rentgenologiniai, echoskopijos ir kt.) buvo atliekami laiku?</p> <p>18.Ar Jūs galvojate, kad ligoninės personalas padarė viską, kad padėtų Jums kontroliuoti (sumažinti) skausmą?</p>
<p>III. Išrašymo procedūra</p> <p>2 klausimai</p>	<p>19.Ar išvykimo iš ligoninės dieną jūsų išrašymas buvo užlaikytas dėl kokių nors priežasčių?</p> <p>20.Kiek truko užlaikymas?</p>
<p>IV. Fizinė aplinka</p> <p>4 klausimai</p>	<p>2.Atvykę į ligoninę kiek laiko laukėte iki patekote į palatą?</p> <p>6.Ar Jus vargino ligoninėje naktį keliamas triukšmas?</p> <p>7.Ar tualetai ir vonių kambariai, kuriais Jūs</p>

naudotės ligoninėje, buvo svarūs?

8. Kaip vertinate ligoninės maistą?

Penktoji ir šeštoji kokybės matavimo dimensijos gautos ne faktorinės analizės pagalba, o sugrupavus papildomai klausimus pacientams, kurie jau savaime reiškia aiškia ir neabejotiną dimensiją. Tai penktoji dimensija – planinės hospitalizacijos prieinamumas (trys klausimai apie planinės hospitalizacijos prieinamumą 734 planine tvarka hospitalizuotiems pacientams):

4. Ar Jūs galėjote pasirinkti, į kurią ligoninę planine tvarka gultis?

3. Kaip Jūs vertinate patekimo į ligoninę planine tvarka laukimo terminą?

5. Ar ligoninė pakeitė planinės hospitalizacijos datą, kai atvykote gultis?

Šeštoji dimensija - pacientų saugumas (122 pacientai nurodė žalos sveikatai patyrimo faktą):

26. Ar esate kada nors patyrę žalą savo sveikatai dėl gydymo įstaigos ar gydytojo kaltės?

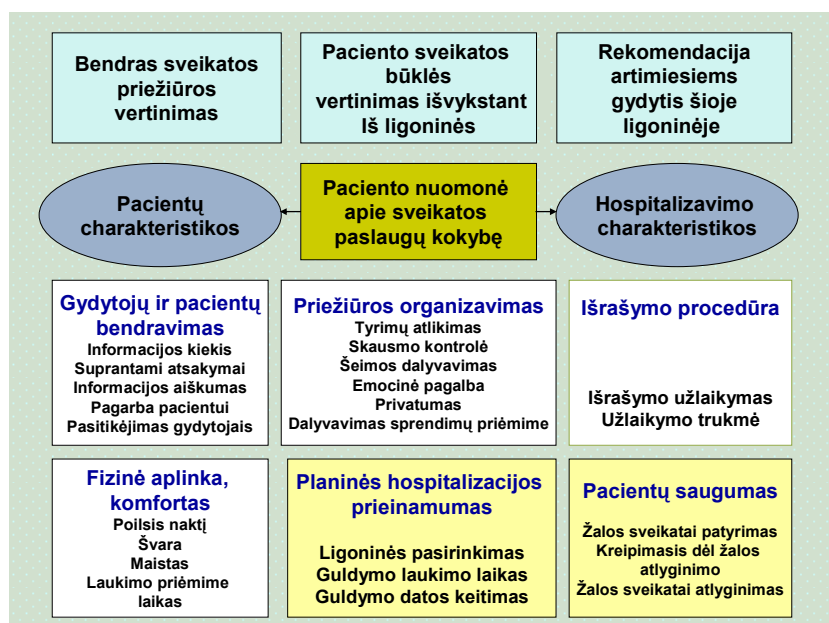
27. Ar kreipėtės dėl patirtos žalos sveikatai atlyginimo į atsakingas institucijas?

28. Ar gavote žalą sveikatai atlyginimą?

29. Jei patyrėte žalą savo sveikatai ir nesikreipėte dėl žalos atlyginimo, kokia tai buvo priežastis?

Bendrą sveikatos priežiūros kokybės vertinimą atspindėjo trys charakteristikos, kurios nebuvo įtrauktos į faktorinę analizę. Pirmasis klausimas vertino apskritai paciento nuomonę apie suteiktą sveikatos priežiūrą gydymosi ligoninėje metu, vertinant balais nuo „labai gerai“ iki „labai blogai“. Antrasis klausimas analizavo paciento sveikatos būklės kitimą atvykus į ligoninę ir išvykstant, vertinant atsakymais nuo „pagerėjo“ iki „pablogėjo“. Trečiasis klausimas atspindėjo paciento intenciją rekomenduoti gydytis savo artimiesiems šioje ligoninėje ar nerekomenduoti. Tokias apibendrinančias sveikatos priežiūros kokybės tyrimo charakteristikas nurodo daugelis mokslinių studijų, kuriose tokie indikatoriai tampa atskaitos tašku vertinant kas lemia teigiamą ar neigiamą respondentų vertinimą apie gautą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Remiantis aukščiau išdėstytomis nuostatomis,

sudaryta sveikatos priežiūros kokybės vertinimo dimensijų ir indikatorių schema (7 paveiksle), kuria autorė vadovavosi pateikdama pacientų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimą.



7 pav. Sveikatos priežiūros kokybės vertinimo dimensijų ir indikatorių schema

Aprašomoji statistinė analizė. Jos pagalba atlikta pacientų paslaugų kokybės vertinimo dimensijų bei jų indikatorių analizė.

Klausimų, priklausančių kokybės matavimo dimensijai ar kokybės indikatoriui, apibendrinti kokybės vertinimo indeksai apskaičiuoti taikant linijinę transformaciją balais pagal formulę (Veenhoven R, 1993) [273].

$$Bi = \frac{Ai - Ao}{An - Ao} \times 100$$

Bi – transformuota reikšmė, Ai – reikšmė originalioje skalėje, Ao – mažiausia reikšmė originalioje skalėje, An – didžiausia reikšmė originalioje skalėje.

Pritaikius šią formulę, apskaičiuoti apibendrinti kokybės dimensijų ir indikatorių balai 0-100 balų skalėje.

Dvejtainės logistinės regresijos metodas. Priklausomais kintamaisiais pasirinktos trys bendro kokybės vertinimo kategorijos (sveikatos priežiūros vertinimo apskritai, savo sveikatos būklės vertinimo išvykstant iš ligoninės ir rekomendacijos gydytis šioje ligoninėje šeimos nariams ir artimiesiems.) Jos buvo perkoduotos į dvi reikšmes: 1 ir 0 („teigiamas vertinimas“ ir „vertinimas kitaip“).

Buvo užduotas klausimas „*Kaip apskritai jūs vertintumėte jums suteiktą sveikatos priežiūrą ligoninėje?*“ Atsakymų kategorijos buvo „*labai gerai*“, „*gerai*“, „*patenkinamai*“, „*blogai*“, „*labai blogai*“. Logistiniam regresijos metodui šie atsakymai dichotomizuoti į dvi grupes: pirmieji du atsakymai sudarė pacientų teigiamą vertinimą, o likusieji trys- vertinimą kitaip.

Antrasis klausimas: „*kaip Jūs vertintumėte savo sveikatos būklę išvykstant iš ligoninės?*“ Atsakymų kategorijos buvo „*geresnė nei atvykus į ligoninę*“, „*nežinau*“, „*nepasikeitė po gydymo ligoninėje*“ ir „*blogesnė nei atvykus į ligoninę*“. Atsakymai dichotomizuoti: *pirmasis atsakymas sudarė pacientų teigiamą vertinimą, likusieji – vertinimą kitaip.*

Trečiasis klausimas: „*ar rekomenduotumėte gydytis šioje ligoninėje, kurioje dabar Jūs gydotės, savo šeimos nariams ir artimiesiems?*“ Atsakymų kategorijos buvo „*taip*“, „*nežinau*“ ir „*ne*“. Atsakymai taip pat dichotomizuoti: pirmasis atsakymas sudarė pacientų teigiamą vertinimą, likusieji du – vertinimą kitaip. Šių pagrindinių kokybės indikatorių vertinimai buvo susieti su faktorinės analizės pagalba išskirtais faktoriais/dimensijomis. Pagrindiniai dvejetainės logistinės regresijos lygčių rezultatai pateikti 10 lentelėje.

10 lentelė. Pagrindiniai dvejetainės logistinės regresijos lygčių rezultatai

	Bendras kokybės vertinimas	Sveikatos būklė išvykstant	Rekomendacija gydytis šioje ligoninėje
Chi-kvadratas	431,59 ll = 6 p<0,001	132,04 ll = 6 p<0,001	385,69 ll = 6 p<0,001
Nagelkerkės R ²	0,47	0,12	0,333
Hosmer-Lemeshow chi kvadratas	25,98 ll = 8 p<0,001	7,23 ll = 8 p<0,512	5,60 ll = 8 p<0,692

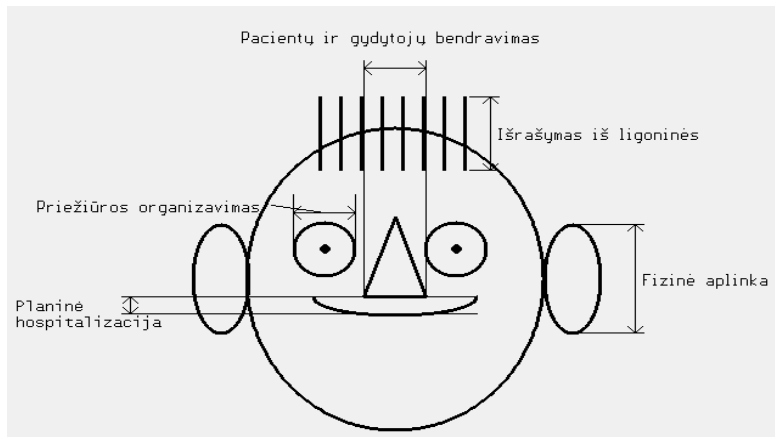
Visos regresijos lygtys statistiškai reikšmingos pagal bendrąją regresijos koeficientų kriterijų (omnibus test), $p < 0,001$. Stipriausiai su nepriklausomais kintamaisiais (prediktoriais) susijęs bendras sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas. Pirmosios lygties Hosmer-Lemeshow kriterijaus blogą rezultatą (regresijos lygties apskaičiuotas tikimybių skirstinys statistiškai reikšmingai skiriasi nuo to, kuris yra duomenyse) galėjo sąlygoti šio klausimo ypatingai netolygiai pasiskirstę vertinimai (labai nedidelis procentas vertinusių kitaip nei teigiamai).

Statistiniai ryšiai. Tyrime buvo siekta statistiškai pagrįsti, kokie kokybės indikatoriai daugiausiai įtakojo teigiamą ar neigiamą paciento paslaugų kokybės vertinimą. Anketos statistiškai apdorotos SPSS paketu, taikant porines dažnių lenteles (*crosstabulation*). Atsakymai buvo vertinami pagal amžių, lytį, išsilavinimą, socialinę padėtį, gaunamas pajamas. Statistiniams ryšiams vertinti naudotas susijusių požymių chi-kvadrato kriterijus (χ^2). Skirtumai tarp atitinkamų rodiklių laikyti statistiškai reikšmingais, kai apskaičiuotas statistinis reikšmingumas $p \leq 0,05$. Kadangi duomenys neturėjo normaliojo skirstinio, buvo taikomi neparametriniai kriterijai. Ieškant statistinių-koreliacinių ryšių tarp kintamųjų naudotas statistinio ryšio stiprumą ir kryptį rodantis Spirmano koreliacijos koeficientas ρ (angl. *Spearman's rank correlation coefficient*).

Chernoff Faces metodas. Kokybės vertinimo dimensijų palyginamoji analizė atlikta, pritaikius *Chernoff Faces* programą, kurios pagalba dimensijos

buvo atvaizduotos veido bruožais (8 paveikslas). Kokybės požymiams atvaizduoti pasirinkta veido bruožai:

- Akys – sveikatos priežiūros organizavimas ir koordinavimas
- Nosis – gydytojų ir pacientų bendravimas
- Plaukai – išrašymas iš ligoninės
- Ausys – fizinė aplinka
- Burna – planinė hospitalizacija



8 pav. Sveikatos priežiūros kokybės dimensijų grafinis vaizdavimas

3.2 REZULTATAI

Tyrimo rezultatai pateikiami pagal aukščiau nurodytą Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo dimensijų ir indikatorių schemą, pateiktą 7 paveiksle.

3.2.1 Pagrindinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo charakteristikos

Respondentų buvo prašoma bendrai įvertinti jiems suteiktos sveikatos priežiūros kokybę. 47,4 proc. respondentų ligoninėje suteiktas paslaugas

vertino gerai, 44,4 proc. – labai gerai. Pacientų atsakymų pasiskirstymas pateiktas 11 lentelėje.

11 lentelė. Bendras respondentų gautų paslaugų ligoninėje vertinimas

Atsakymų variantai	Atsakymų skaičius n	Procentas
Labai gerai	852	44,5
Gerai	909	47,4
Patenkinamai	151	7,8
Blogai	5	0,3
Iš viso	1917	100,0

Dauguma (91,9 proc.) apklausoje dalyvavusių respondentų sveikatos paslaugų kokybę apskritai įvertino labai gerai ir gerai. Nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp pacientų vertinimo ir gydymo įstaigos, kurioje paslaugos buvo suteiktos, tipo ($p=0,002$). Apklausos rezultatai rodo, kad rajono ligoninėse besigydę pacientai dažniausiai bendrai suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas vertindavo gerai arba patenkinamai, apskričių gydymo įstaigose kas ketvirtas pacientas vertino labai gerai. Universitetinėse ligoninėse pacientų vertinimai pasiskirstė vienodai dažnai patenkinamai, gerai ir labai gerai (12 lentelė).

12 lentelė. Respondentų nuomonės apie suteiktą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę priklausomybė nuo gydymo įstaigos tipo

Kaip apskritai jūs vertintumėte jums suteiktą sveikatos priežiūrą?	Ligoninės tipas						Iš viso	
	universitetinė		apskritis ir miesto		rajono		sk.	proc.
	sk.	proc.	sk.	proc.	sk.	proc.	sk.	proc.
Blogai	0	,0	2	40,0	3	60,0	5	100,0
Patenkinamai	44	29,1	47	31,1	60	39,7	151	100,0
Gerai	236	26,0	317	34,9	356	39,2	909	100,0
Labai gerai	235	27,6	356	41,8	261	30,6	852	100,0
Iš viso	515	26,9	722	37,7	680	35,5	1917	100,0

$$\chi^2=20,250, \text{ll}=6, p=0,002$$

Nagrinėjant antrąją pagrindinę sveikatos priežiūros kokybės vertinimo charakteristiką, respondentų buvo klausiama, ar pasikeitė jų sveikatos būklė išvykstant iš ligoninės. 86,6 proc. pacientų sveikatos būklės, jų nuomone, buvo geresnės išvykstant iš ligoninės nei atvykus į ligoninę. Respondentų atsakymų pasiskirstymas pateikiamas 13 lentelėje.

13 lentelė. Respondentų savo sveikatos būklės vertinimas išvykstant iš ligoninės

Atsakymų variantai	Atsakymų skaičius n	Procentas
Geresnė nei atvykus	1660	86,6
Nepasikeitė po gydymo	84	4,4
Nežinau	164	8,6
Blogesnė nei atvykus	9	,5
Iš viso	1917	100,0

13 proc. respondentų nuomone, jų sveikatos būklė išvykstant iš ligoninės nepasikeitė po gydymo arba jiems sunku buvo spręsti apie savo būklės pokyčius. Dažniausiai tokią nuomonę pareiškėdavo pacientai po gydymo universitetinėse ligoninėse. Nustatytas statistiškai patikimas ryšys tarp respondentų nuomonės apie jų sveikatos būklę išvykstant iš ligoninės ir gydymo įstaigos tipo ($p=0,001$), priklausomybė pateikiama 14 lentelėje. Geresnę sveikatos būklę išvykstant dažniausiai nurodydavo pacientai, išrašomi iš apskričių ligoninių. Blogesnius sveikatos būklės vertinimo rezultatus universitetinėse ligoninėse galėjo sąlygoti prielaida, kad į jose apskritai gydomi pacientai sunkesnės sveikatos būklės.

14 lentelė. Respondentų nuomonės apie jų sveikatos būklę išvykstant iš ligoninės priklausomybė nuo gydymo įstaigos tipo

Kaip jūs vertintumėte savo sveikatos būklę išvykstant iš ligoninės?	Ligoninės tipas						Iš viso	
	universitetinė		apskrities ir miesto		rajono			
	sk.	proc.	sk.	proc.	sk.	proc.	sk.	proc.
Geresnė nei atvykus	414	24,9	639	38,5	607	36,6	1660	100,0

Nepasikeitė po gydymo	33	39,3	27	32,1	24	28,6	84	100,0
Nežinau	64	39,0	54	32,9	46	28,0	164	100,0
Blogesnė nei atvykus	4	44,4	2	22,2	3	33,3	9	100,0
Iš viso	515	26,9	722	37,7	680	35,5	1917	100,0

$$\chi^2=23,953, \text{ll}=6, p=0,001$$

Vienas iš esminių kokybiškos paslaugos tyrimo elementų – paciento lojalumo ir elgsenos intencijų matavimas. Šios elgsenos intencijos gali būti traktuojamos kaip teigiamas arba kaip neigiamas paslaugos kokybės vertinimas. Ketinimas rekomenduoti paslaugos teikėją kitiems pacientams rodo, kad pacientas teigiamai vertina jam suteiktą sveikatos priežiūrą. Iš apklausos duomenų matyti, kad 86,4 proc. respondentų rekomenduotų šeimos nariams ir artimiesiems gydytis toje ligoninėje, kurioje jis pats gydėsi. Respondentų atsakymų pasiskirstymas pateikiamas 15 lentelėje.

15 lentelė. Respondentų nuomonė dėl rekomendacijos savo šeimos nariams ir artimiesiems gydytis šioje ligoninėje

Atsakymų variantai	Atsakymų skaičius n	Procentas
Taip	1657	86,4
Nežinau	228	11,9
Ne	32	1,7
Iš viso	1917	100,0

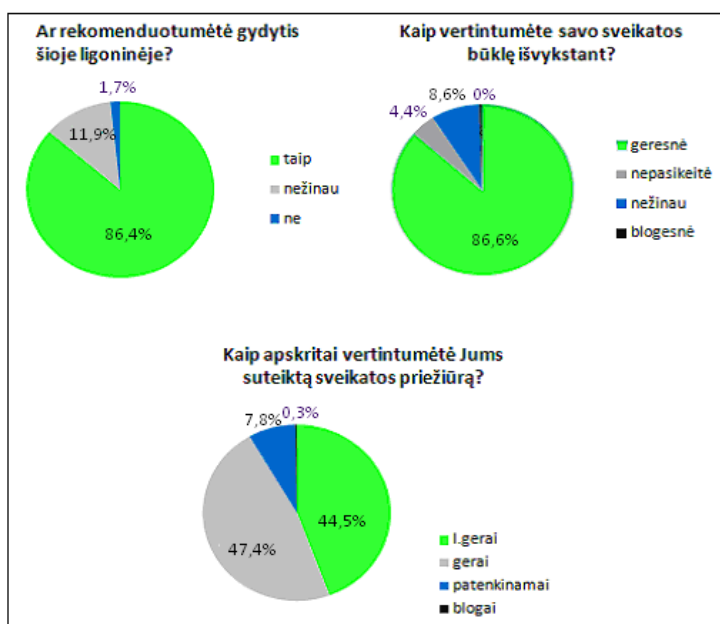
Nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp ketinimų duoti rekomendaciją gydytis toje ligoninėje ir gydymo įstaigos tipo ($p<0,000$), priklausomybę matome 16 lentelėje. Rečiau rekomendaciją duotų pacientai, gydėsi rajono ligoninėse, dažniau – pacientai, kurie gydėsi apskričių ar miestų ligoninėse.

16 lentelė. Respondentų ketinimų rekomenduoti ligoninę, kurioje pats gydėsi, pasiskirstymas pagal gydymo įstaigos tipą

Ar rekomenduotumėte gydytis šioje ligoninėje, kurioje dabar jūs gydėtės, savo šeimos nariams ir artimiesiems?	Ligoninės tipas						Iš viso	
	universitetinė		apskritis ir miesto		rajonu			
	sk.	proc.	sk.	proc.	sk.	proc.	sk.	proc.
Taip	468	28,2	631	38,1	558	33,7	1657	100,0
Nežinau	42	18,4	79	34,6	107	46,9	228	100,0
Ne	5	15,6	12	37,5	15	46,9	32	100,0
Iš viso	515	26,9	722	37,7	680	35,5	1917	100,0

$\chi^2=20,475$, $ll=4$, $p<0,000$

Apibendrintai respondentų pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės vertinimo charakteristikų rezultatai pateikiami 9 paveiksle.



9 pav. Pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės vertinimo charakteristikų pasiskirstymas

3.2.2 Sveikatos priežiūros kokybės vertinimas pagal suteiktų paslaugų dimensijas

Pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę buvo vertinama balais (0-100) pagal kokybės dimensijas: gydytojų ir pacientų bendravimą (5 klausimai), priežiūros organizavimą ir koordinavimą (6 klausimai), išvykimo iš stacionaro procedūrą (2 klausimai), fizinę aplinką ir komfortą (4 klausimai), planinės hospitalizacijos prieinamumą (3 klausimai, kuriuos privalėjo atsakyti tik planiškai hospitalizuojami pacientai). Šeštosios, pacientų žalos sveikatai patyrimo/saugumo dimensijos rezultatai pateikiami atskirai.

Bendras visų respondentų vertinimas pateikiamas 17 lentelėje.

17 lentelė. Sveikatos priežiūros kokybės dimensijų aprašomoji statistika

	Bendra- vimas	Organi- zavimas	Išvyki- mas	Fizinė aplinka	Prieina- mumas
Responden- atsakiusių	1917	1917	1917	1917	734
tų skaičius					
neatsakiusių	0	0	0	0	1183
Vidurkis	91,64	77,68	83,46	75,03	87,80
Standartinė vidurkio paklaida	,34	,36	,59	,37	,59
Mediana	100,00	80,00	100,00	77,78	100,00
Moda	100,00	95,00	100,00	72,22	100,00
Standartinis nuokrypis	14,90	15,90	25,91	16,23	16,00
Minimumas	9,09	15,00	,00	16,67	28,57
Maximumas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Analogiškai kokybės dimensijų vertinimas buvo atliktas atskirai respondentų, kurie gydėsi universitetinėse ligoninėse (18 lentelė), apskričių ar miesto ligoninėse (19 lentelė) ir rajono ligoninėse (20 lentelė).

18 lentelė. Respondentų, kurie gydėsi universitetinėse ligoninėse, sveikatos priežiūros kokybės dimensijų vertinimas

		Bendra- vimas	Organi- zavimas	Išvyki- mas	Fizinė aplinka	Prieina- mumas
Responden- tų skaičius	atsakiusių	515	515	515	515	248
	neatsakiusių	0	0	0	0	267
Vidurkis		92,29	78,05	84,50	72,31	88,13
Standartinė vidurkio paklaida		,56	,67	1,09	,70	1,02
Mediana		100,00	80,00	100,00	72,22	100,00
Moda		100,00	95,00	100,00	72,22(a)	100,00
Standartinis nuokrypis		12,67	15,08	24,70	15,92	16,13
Minimumas		36,36	15,00	,00	27,78	28,57
Maximumas		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

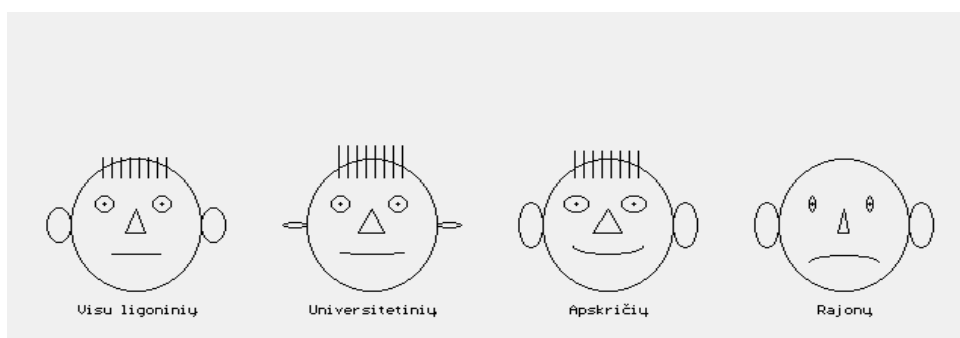
19 lentelė. Respondentų, kurie gydėsi apskričių ar miestų ligoninėse, sveikatos priežiūros kokybės dimensijų vertinimas

		Bendra- vimas	Organi- zavimas	Išvyki- mas	Fizinė aplinka	Prieina- mumas
Responden- tų skaičius	atsakiusių	722	722	722	722	266
	neatsakiusių	0	0	0	0	456
Vidurkis		92,66	79,31	84,01	75,96	89,53
Standartinė vidurkio paklaida		,53	,58	,99	,60	,92
Mediana		100,00	80,00	100,00	77,78	100,00
Moda		100,00	95,00	100,00	94,44	100,00
Standartinis nuokrypis		14,14	15,46	26,84	16,14	14,95
Minimumas		27,27	15,00	9,09	16,67	28,57
Maximumas		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

20 lentelė. Respondentų, kurie gydėsi rajonų ligoninėse, sveikatos priežiūros kokybės dimensijų vertinimas

	Bendra- vimas	Organi- zavimas	Išvyki- mas	Fizinė aplinka	Prieina- mumas
Responden- tų skaičius	680	680	680	680	220
atsakiusių					
neatsakiusių	0	0	0	0	460
Vidurkis	90,07	75,68	82,09	76,09	85,32
Standartinė vidurkio paklaida	,65	,64	,99	,63	1,13
Mediana	100,00	80,00	100,00	77,78	85,71
Moda	100,00	85,00	100,00	72,22	100,00
Standartinis nuokrypis	16,99	16,74	25,79	16,33	16,83
Minimumas	9,09	20,00	,00	22,22	28,57
Maximumas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Kokybės dimensijų vertinimo pagal gydymo įstaigos tipą palyginimas pateikiamas 10 paveiksle, pritaikius *Chernoff Faces* metodą.



10 pav. Sveikatos priežiūros kokybės dimensijų vertinimas pagal ligoninės tipą

Lyginant „veidukų“, kurių kiekvienas atspindi gydymo įstaigos tipą, bruožus akivaizdu, kad gydytojo ir paciento bendravimas labai panašus universitetinėse ir apskričių ligoninėse (92,29 ir 92,66), tačiau blogiau vertinamas rajonų ligoninėse (90,07). Pastebima, jog sveikatos priežiūros

organizavimas/koordinavimas geriausiai vertinamas apskričių ligoninėse gydytų pacientų (79,31) ir blogiau vertinamas vėlgi rajonų ligoninėse (75,68). Analogiškai palygintos ir kitos kokybės dimensijos. Vertinant išrašymo iš ligoninės procedūrą, šiek tiek skyrėsi respondentų vertinimai universitetinėse ligoninėse ir apskričių ar miestų, mažiausias balų skaičius gautas iš rajonų ligoninėse gydytų respondentų (82,09).

Fizinė aplinka ir komfortas – kokybės dimensija, kuri visuose gydymo įstaigų tipuose buvo vertinta blogiausiai. Lyginant apklausos rezultatus pagal gydymo įstaigos tipą, fizinė aplinka ir komforto paslaugos blogiau vertinamos universitetinėse ligoninėse (72,31). Planinės hospitalizacijos prieinamumas geriausiai vertintas apskričių ar miestų ligoninėse gydytų respondentų (89,53).

3.2.3 Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas pagal indikatorius

Sveikatos priežiūros kokybės dimensijas sudarė indikatoriai (klausimai), taigi buvo analizuojama, kaip juos kiekvieną atskirai vertino respondentai. Atlikto tyrimo duomenų analizė rodo, kad pacientai apskritai gerai vertino gautų paslaugų kokybę. Visų kokybės dimensijos indikatorių vertinimo rezultatai pateikiami 21 lentelėje.

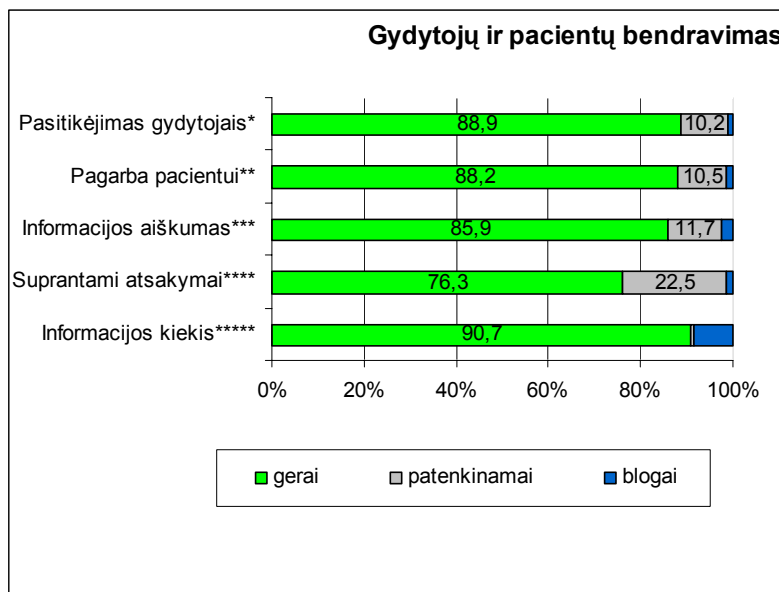
21 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas pacientų požiūriu

Dimensijos/indikatoriai	Teigiamas vertinimas (gerai ir l. gerai)		Neigiamas vertinimas (blogai ir l. blogai)	
	n	proc. (PI)	n	proc.
Pagrindinės vertinimo charakteristikos				
Bendras vertinimas	1761	91,9(90,6-93,1)	5	0,3
Sveikatos būklė išvykstant	1660	86,6(85,1-88,1)	9	0,5
Rekomendacija artimiesiems gydytis šioje ligoninėje	1657	86,4(84,9-88,0)	32	5,2

1. Gydytojų ir pacientų bendravimas				
1.1. Informacijos kiekis	1739	90,7(89,4-92,0)	162	8,5
1.2. Suprantami gydytojų atsakymai	1462	76,3(74,4-78,2)	24	1,3
1.3. Informacijos aiškumas	1646	85,9(84,3-87,4)	47	2,5
1.4. Pagarba pacientui	1690	88,2(86,7-89,6)	25	1,3
1.5. Pasitikėjimas gydytojais	1704	88,9(87,5-90,3)	18	0,9
2. Priežiūros organizavimas/koordinavimas				
2.1. Šeimos narių/artimųjų galimybė dalyvauti gydymo procese	1277	66,6(64,5-68,7)	40	2,1
2.2. Tyrimų atlikimas	1509	78,7(76,9-80,5)	31	1,6
2.3. Skausmo kontrolė	1577	82,3(80,6-84,0)	19	1,0
2.4. Emocinė parama	1620	84,5(82,9-86,1)	47	2,5
2.5. Privatumas	1012	52,8(50,6-55,0)	192	10,0
2.6. Dalyvavimas priimant sprendimus	878	45,8(43,6-48,0)	285	14,9
3. Išrašymo procedūra				
3.1. Išrašymo užlaikymas (buvo/nebuvo užlaikytas)	1297	67,7(65,6-69,8)	620	32,3
4. Fizinė aplinka, komfortas				
4.1. Triukšmas nakties metu	1508	78,8(76,8-80,5)	368	19,2
4.2. Pagalbinių patalpų švara	1747	91,1(89,9-92,4)	147	7,7
4.3. Maistas	1208	63,0(60,9-65,2)	120	6,3
4.4. Laukimo priėmimo kambaryje laikas	1076	56,1(53,9-58,4)	282	14,7
5. Planinės hospitalizacijos prieinamumas (743 respondentai)				
5.1. Ligoninės pasirinkimas	490	66,8(62,5-69,4)	141	19,2
5.2. Planinio gydymo laukimo trukmė	580	79,0(75,1-81,0)	32	4,4
5.3. Planinio gydymo datos keitimas	684	93,2(90,1-94,0)	5	0,6
6. Žalos sveikatai atlyginimas/saugumas				
6.1. Žalos sveikatai patyrimo faktas	1795	93,6(92,5-94,7)	122	6,4

Pastaba: pacientų vertinimai „patenkinamai“, „neturiu nuomonės“, „man nesvarbu“, „šiek tiek“, „kartais“ lentelėje nepateikiami.

Ypač svarbi kokybės vertinimo dimensija – gydytojų ir pacientų santykiai. Gydytojų ir pacientų bendravimo indikatorių procentinis pasiskirstymas pateikiamas 11 paveiksle.



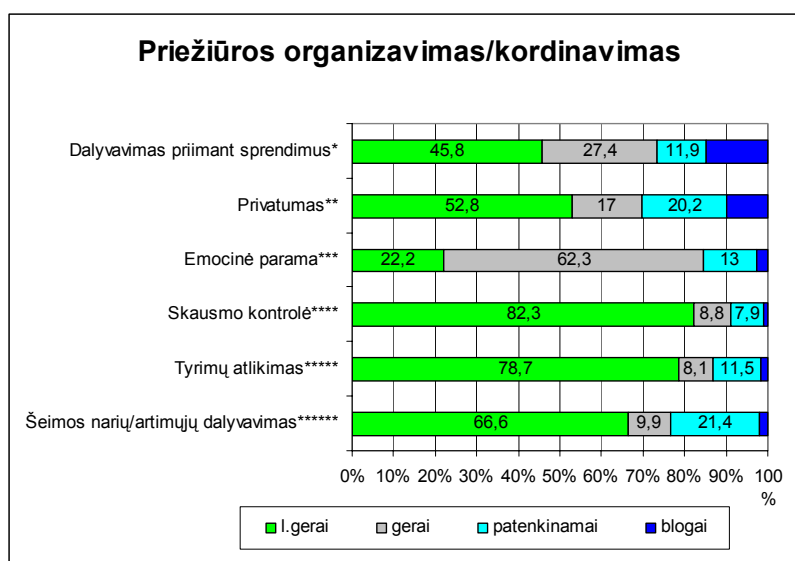
11 pav. Respondentų nuomonė apie jų ir gydytojų bendravimą

* $\chi^2=2687,0$; $p<0,000$ ** $\chi^2=2617,5$; $p<0,000$ *** $\chi^2=2404,9$; $p<0,000$
 **** $\chi^2=1719,6$; $p<0,000$ ***** $\chi^2=2857,1$; $p<0,000$

Lyginant šiame tyrime dalyvavusių pacientų atsakymus apie jų bendravimą su gydytojais ir kitų kokybės dimensijų rezultatus, pacientų ir gydytojų bendravimas įvertintas geriausiai. Net 90,7 proc. respondentų mano, kad jiems buvo suteikta pakankamai informacijos, kuri buvo ir suprantama (76,3 proc.), ir aiški (85,9 proc.). Tikslī, aktuali ir išsami informacija būtina, kad pacientai gebėtų daryti žiniomis pagrįstus sprendimus dėl sveikatos priežiūros procedūrų ir tolesnio gydymo. Informacija buvo pateikiama suprantamai, aiškiai, atsižvelgiant į žmogaus būklę, kalbą, amžių, išsilavinimą, gebėjimus, kultūrą. Pagarbus bendravimas ir pasitikėjimas – neatsiejami bendravimo dimensijos vertinimo indikatoriai. 88,2 proc. respondentų nuomone, gydytojai su

pacientais elgėsi pagarbiai. Galima būtų daryti prielaidą, kad tai sąlygojo pacientų pasitikėjimą gydančiais gydytojais (88,9 proc.). Ne visuomet pagarbą jautė 10,5 proc. respondentų, 10,2 proc. atsakiusiųjų ne visuomet pasitikėjo juos gydžiusiais gydytojais. 11,7 proc. respondentų nurodė, kad pasitaikydavo atveju, kai vienas personalo darbuotojas pateikdavo vieną informaciją, o kitas – visiškai priešingą. Ne visuomet suprantamus atsakymus į klausimus gavo 16,3 proc. dalyvavusių apklausoje.

Tyrimo rezultatai rodo, kad priežiūros organizavimo ir koordinavimo atskirus aspektus respondentai vertino skirtingai. Indikatorių procentinis pasiskirstymas pateikiamas 12 paveiksle.



12 pav. Respondentų nuomonė apie sveikatos priežiūros organizavimą ir koordinavimą

* $\chi^2=306,2$; $p<0,000$

** $\chi^2=538,9$; $p<0,000$

*** $\chi^2=2291,3$; $p<0,000$

**** $\chi^2=2136,7$; $p<0,000$

***** $\chi^2=1870,4$; $p<0,000$

***** $\chi^2=1200,9$; $p<0,000$

Geriausiai pacientai įvertino medicinos personalo pagalbą kontroliuojant skausmą. Didžioji dauguma pacientų jautė, kad personalas padarė viską, kad sumažinti skausmą (82,3 proc.), beveik kas devintam pacientui skausmą sumažino tik dalinai (8,8 proc.), 7,9 proc. respondentų skausmo sindromas apskritai nevargino.

Iš apklausos duomenų matyti, kad respondentai gerai vertino ir laiku atliekamus tyrimus. Net 78,7 proc. respondentų tyrimai visuomet buvo atliekami laiku, 8,1 proc. respondentų pažymėjo, kad tyrimai ne visuomet buvo atliekami gydytojo paskirtu laiku.

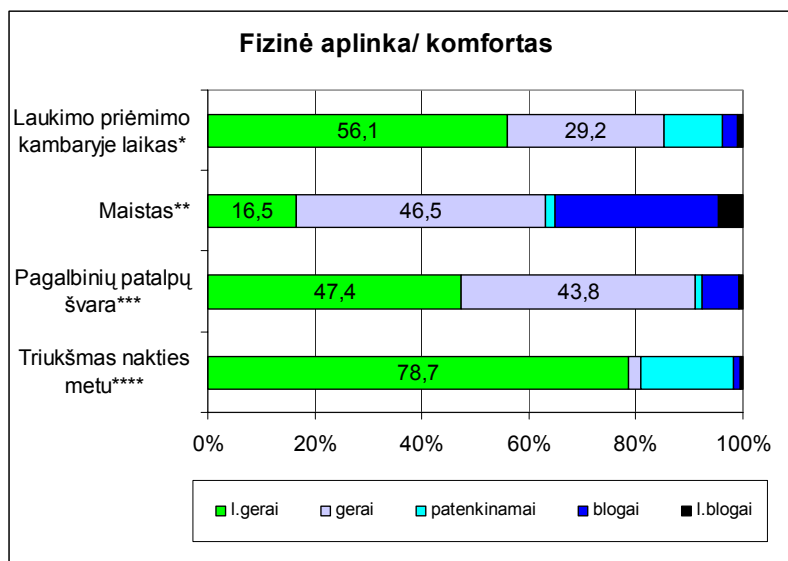
Paciento šeimos nariai ir artimieji atlieka reikšmingą vaidmenį gydymo procese. Apklausos metu respondentų buvo teiraujama, ar jo šeima (artimas asmuo) turėjo pakankamai galimybių, esant norui, pasikalbėti su gydytoju. Du trečdaliai respondentų nurodė, kad jo šeimos nariai norėjo ir turėjo visas galimybes dalyvauti aptariant jo sveikatos būklę ir gydymą (66,6 proc.). 23,5 proc. respondentų arba patys nenorėjo arba nepageidavo jo šeimos nariai dalyvauti jo gydymo procese, 9,9 proc. dalyvavusių apklausoje pažymėjo, kad nebuvo pilnai sudarytos galimybės jų šeimos nariams pasikalbėti su gydytoju.

Atsakant į klausimą apie privatumą, 20,2 proc. respondentų nurodė, kad jiems apskritai nėra svarbu privatumas. Kas dešimtam respondentui aptariant jo sveikatos būklę ir gydymą privatumas nebuvo užtikrintas (10,0 proc.). 52,8 proc. apklaustųjų teigė, kad buvo pakankamai privatumo, aptariant jų būklę ar gydymą (nesant ir negirdint pašaliniais asmenimis).

Respondentams buvo pateiktas klausimas, ar jie dalyvavo sprendimų apie jų priežiūrą ir gydymą priėmime tiek, kiek jie norėjo. 45,8 proc. respondentų pažymėjo, kad jie tikrai dalyvavo sprendimų priėmime, 27,4 proc. respondentų skeptiškiau vertino savo galimybes dalyvauti šiame procese (šiek tiek dalyvavo), 11,9 proc. respondentų apskritai nenorėjo dalyvauti, o 14,9 proc. apklaustųjų nurodė, kad jiems nebuvo sudarytos galimybės dalyvauti tiek, kiek jie norėjo.

Gydymo procese pacientams labai svarbi emocinė medicinos personalo pagalba. Apklausos metu respondentų buvo teiraujama, ar jie surado kažką iš personalo pakalbėti apie jų rūpesčius ir būgštavimus dėl sveikatos būklės ar gydymo. 22,2 proc. atsakiusieji teigė, kad emocinę pagalbą jiems suteikė ir gydytojai ir slaugytojai. 47,4 proc. atvejų pacientus nuramindavo gydytojai, 14,9 proc. atvejų – slaugytojos (62,3 proc.). 13 proc. apklaustųjų nurodė, kad gydymosi ligoninėje metu rūpesčių neturėjo.

Fizinė aplinka ir komfortas turi didelės įtakos sveikatos priežiūros kokybės vertinimui. Kiekvieno šios dimensijos indikatorius vertinimą pacientų požiūriu pateikia 13 paveiksle.



13 pav. Respondentų nuomonė apie fizinę aplinką ir komfortą ligoninėje

* $\chi^2=508,3$; $p<0,000$

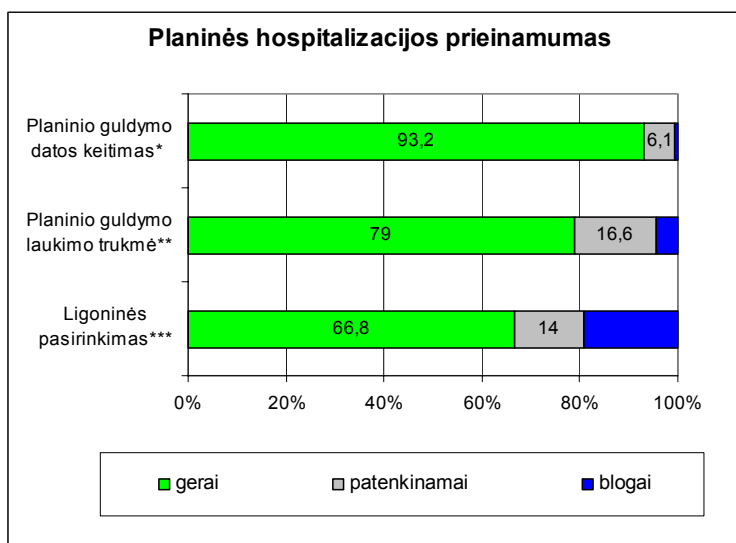
** $\chi^2=932,1$; $p<0,000$

*** $\chi^2=2893,9$; $p<0,000$

**** $\chi^2=1856,3$; $p<0,000$

Respondentų buvo klausama, kaip vertino ligoninės maistą. Nors labai geras ir geras vertinimas sudarė 63 proc., trečdalis respondentų jį vertino patenkinamai (30,7 proc.), 4,5 proc. atsakiusių maistą vertino blogai (1,8 proc. ligoninės maisto nevalgė). Tualetų ir vonių kambarių švarą 91,2 proc. atsakiusių vertino labai gerai ir gerai, 7,7, proc. teigė, kad pagalbinės patalpos buvo nelabai švarios arba visiškai nešvarios. 78,7 proc. respondentų nevargino triukšmas nakties metu, kiti pažymėjo, kad nakties metu juos vargino kitų pacientų keliamas triukšmas (17,4 proc.). Apklaustos metu respondentų buvo teiraujama, kiek laiko, atvykę į ligoninę, jie laukė iki pateko į palatą. 56,2 proc. dalyvavusių apklausoje į palatą pateko tuoj pat arba laukė mažiau nei 20 minučių, 6,3 proc. respondentų laukė iki vienos valandos, tačiau net 13,8 proc. pacientų į palatą pateko laukę priėmimo skyriuje nuo 1 iki 4 valandų.

Tyrimo rezultatai rodo, kad respondentai gerai vertino planinės hospitalizacijos prieinamumą. Procentinis atsakymų pasiskirstymas pateikiamas 14 paveiksle.



14 pav. Respondentų nuomonė apie planinės hospitalizacijos prieinamumą

* $\chi^2=1157,9$; $p<0,000$

** $\chi^2=688,7$; $p<0,000$

*** $\chi^2=357,4$; $p<0,000$

79,0 proc. respondentų nuomone, jie buvo hospitalizuoti taip greitai, kaip galvojo esant reikalinga, 16,6 proc. mano, kad jie turėjo būti paguldyti truputį greičiau. Pacientai turi teisę rinktis gydymo įstaigą. Tokią teisę įgyvendino 66,8 proc. apklaustųjų, tačiau 19,2 proc. respondentų nurodo, kad ši teisė buvo pažeista: jie negalėjo pasirinkti, į kurią ligoninę planine tvarka atvykti gydymui. 14,0 proc. respondentų neskyrė šiam klausimui ypatingos svarbos. Net 93,2 proc. planinės hospitalizacijos atvejų data nebuvo pakeista, 6,1 proc. atvejų ji buvo pakeista vieną kartą, ir tik 0,6 proc. atvejų pacientai turėjo vykti į ligoninę tris ir daugiau kartų.

Vertinant išrašymo procedūrą, 32,3 proc. respondentų norodė, kad jie buvo užlaikyti išrašymo iš ligoninės dieną (n=620). Buvo analizuojama pacientų užlaikymo laikas ir priežastys. Užlaikymo priežasčių pasiskirstymas pateikiamas 22 lentelėje.

22 lentelė. Respondentų užlaikymo išrašant priėžasčių pasiskirstymas

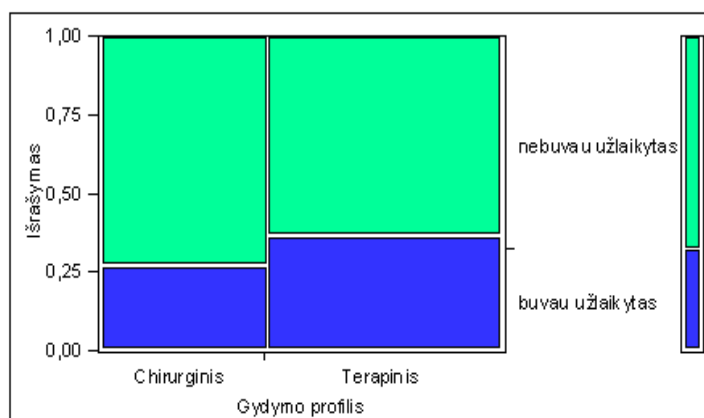
Priežastis	Atvejų	
	skaičius n	Procentas
Dėl asmeninių priežasčių	70	11,3
Turėjau laukti greitosios pagalbos mašinos	5	0,8
Turėjau laukti vaistų recepto	143	23,1
Turėjau laukti gydytojo išrašo	208	33,5
Turėjau laukti nukreipimo tolimesniam gydymui	71	11,5
Turėjau laukti gydytojo vizito	57	9,2
Keletas aukščiau išvardytų priežasčių	66	10,6
Iš viso	620	100,0

Trečdalis užlaikytų pacientų turėjo laukti gydytojo išrašo, beveik penktadalis - neišrašyto gydyto recepto. Užlaikymo trukmė pateikiama 23 lentelėje.

23 lentelė. Išrašymo užlaikymo trukmė respondentų vertinimu

Užlaikymo trukmė	Atvejų skaičius n	Procentas
Buvau užlaikytas iki valandos	360	58,1
Buvau užlaikytas nuo 1 valandos iki 2	164	26,4
Buvau užlaikytas nuo 2 valandų iki 4	80	12,9
Buvau užlaikytas daugiau nei 4 valandas	16	2,6
Iš viso	620	100,0

Dažniausiai pacientai buvo užlaikyti iki vienos valandos (58,1 proc.), tačiau pasitaikė atvejų, kuomet išrašymo procedūra užtrukdavo ir daugiau nei keturias valandas (2,6 proc., n=16). Terapiniuose skyriuose gydytų pacientų užlaikymas išrašant buvo dažnesnis nei išvykstančių iš chirurginių skyrių. Išrašymo užlaikymo atvejų pasiskirstymas pagal gydymo profilį pateikiamas 15 paveiksle.



$$\chi^2=73,99, \text{ll}=7, p<0,000$$

15 pav. Išrašymo užlaikymo pasiskirstymas pagal gydymo profilį

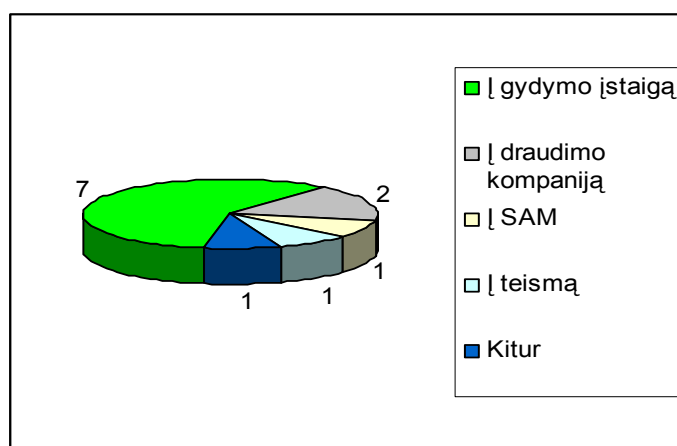
Į pacientų klausimyną buvo įtraukti keturi klausimai, kuriais buvo siekiama įvertinti vieną iš reikšmingiausių kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos dimensijų – pacientų saugumą. Didžioji dauguma apklaustų pacientų nurodė, kad nėra patyrę žalos sveikatai, gaunant sveikatos priežiūros paslaugas (93,6 proc., t.y. 1795 respondentai). Tik 6,4 proc. respondentų (n=122) pažymėjo, kad praityje apskritai esą patyrę tokią nesėkmę. Tolimesniame etape buvo analizuojama 122 žalos sveikatai faktą nurodę respondentai. Žalos patyrimo atvejų pasiskirstymas pagal patyrusių žalą respondentų amžių pateikiami 24 lentelėje.

24 lentelė. Žalos patyrimo fakto pasiskirstymas pagal amžių

Ar esate kada nors patyrę žalą savo sveikatai dėl gydymo įstaigos ar gydytojo kaltės?						
Amžius/Atsakymas	Ne		Taip		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
16-30	162	90,0	18	10,0	180	100,0
31-50	677	93,5	47	6,5	724	100,0
51-70	768	94,3	46	5,7	814	100,0
> 70	188	94,5	11	5,5	199	100,0
Iš viso	1795	93,6	122	6,4	1917	100,0

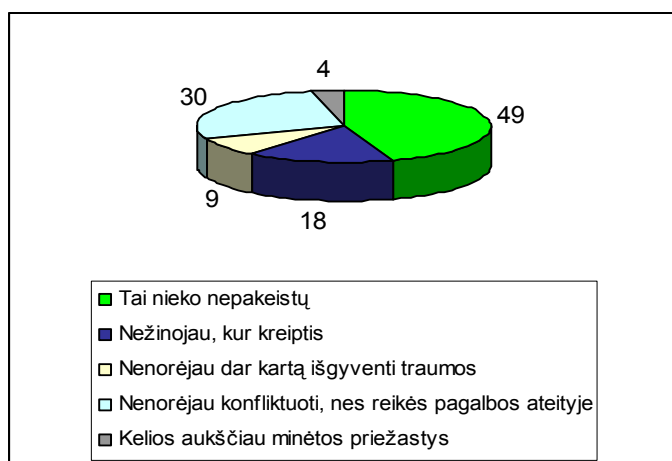
$$\chi^2=4,941, \text{ll}=3, p=0,176$$

Dažniau žalos patyrimo faktą nurodė 16-30 metų amžiaus respondentai. Respondentų buvo klausiama, ar jie kreipėsi dėl žalos sveikatai atlyginimo. Tyrimo rezultatai parodė, kad dauguma nukentėjusių pacientų (90,2 proc., n=110) nesiekė žalos sveikatai atlyginimo ir nesikreipė nei į vieną instituciją, nors pagal galiojančią Lietuvoje teisės aktais numatytą tvarką, turėjo galimybes kreiptis į gydymo įstaigą ar draudimo kompaniją, į Žalos sveikatai atlyginimo komisiją prie SAM. Nepatenkinti šių institucijų sprendimais, pacientai galėjo teikti ieškinį teisme. Kreipimūsi dėl žalos sveikatai atlyginimo atvejai parodyti 16 paveiksle.



16 pav. Respondentų kreipimūsi dėl žalos sveikatai atlyginimo pasiskirstymas pagal institucijas (atvejų sk.)

Iš viso 12 apklausoje dalyvavusių pacientų kreipėsi žalos sveikatai atlyginimo, iš jų daugiau nei pusė visų pirma pretenziją reiškė gydymo įstaigai, kurioje paciento sveikata, jo nuomone, buvo sužalota. Iš besikreipusių dvylikos respondentų dėl žalos sveikatai atlyginimo tik keturi respondentai gavo dalinę arba pilną žalos sveikatai kompensaciją. Buvo analizuojamos ir priežastys, kodėl žalą patyrę pacientai nesikreipė dėl žalos sveikatai atlyginimo. Priežasčių analizė pateikta 17 paveiksle.



17 pav. Priežasčių, dėl kurių respondentai nesikreipė į atsakingas institucijas, pasiskirstymas (atvejų sk.)

Beveik pusė apklaustųjų parodė, kad yra nusivylę žalos sveikatai atlyginimo sistema Lietuvoje ir kreipimasis, jų nuomone, neduotų jokių rezultatų (49 atvejai iš 110). Trečdalis respondentų mano, kad siekis gauti žalos sveikatai atlyginimą turėtų neigiamų pasekmių tolimesniems jų santykiams su gydytoju ar gydymo įstaiga ir todėl, jų nuomone, neverta ieškoti kompensacijos. Kas šeštas respondentas būtų kreipęsis atlyginimo, jeigu būtų žinojęs, į kokią instituciją turėtų kreiptis.

Apibendrinant mokslinėje studijoje analizuotų sveikatos priežiūros kokybės matavimo dimensijų vertinimo respondentų požiūriu duomenis, galima teigti, kad respondentai gerai įvertino suteiktų paslaugų kokybę. Net 91,9 proc. respondentų paslaugų kokybę įvertino labai gerai arba gerai, o turėdami galimybę rekomenduoti gydymo įstaigą kurioje jie gydėsi, net 86,4 proc. respondentų rekomenduotų šioje ligoninėje gydytis savo šeimos nariams ir artimiesiems. Sveikatos būklė, išvykstant iš ligoninės, buvo geresnė net 86,6 proc. respondentų. Geriausiai pacientai įvertino jų bendravimą su gydytojais, informacijos suteikimą, personalo parodytą jiems pagarbą ir pasitikėjimą gydžiusiais gydytojais. Pacientai nurodė ir tobulintinas sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sritis: pacientų ir šeimos narių galimybę dalyvauti priimančiais sprendimus dėl jų sveikatos būklės ir gydymo, pasirinkti gydymo įstaigą.

Respondentai nurodė, kad juos vargino užsitęsiančios išrašymo iš ligoninės procedūros, triukšmas nakties metu bei laukimas ligoninės priėmimo skyriuje. Pacientų sužalojimo faktas, respondentų nuomone, nėra dažnai pasitaikantis atvejis medicinoje praktikoje, tačiau dauguma iš patyrusių žalą pacientų nesiekė žalos sveikatai atlyginimo. Jų nuomone, kreipimasis į atsakingas institucijas nieko nepakeistų.

Prioritetinė sveikatos priežiūros paslaugų kokybės tobulinimo sritis – pacientų dalyvavimas priimant sprendimus dėl jų sveikatos būklės ir gydymo, t. y. sritis, kurioje pastaruoju metu vyksta ypač svarbūs ir reikšmingi dinaminiai pokyčiai. Tyrimo rezultatai rodo, kad beveik trečdalis respondentų (26,8 proc.) nepasinaudojo šia pacientų teise, t.y. neturėjo galimybės pasinaudoti (14,9 proc.) arba nenorėjo dalyvauti priimant sprendimus (11,9 proc.).

3.2.4 Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimą įtakojantys veiksniai

Kokybės vertinimą įtakojantiems veiksniams nustatyti atlikta *dvejtainė logistinė regresija* tarp pagrindinių vertinimo charakteristikų ir kokybės faktorių dimensijų bei socialinių demografinių rodiklių. Gautos trys regresijos lygtys. Regresijos modelis leido prognozuoti priklausomų dvireikšmių kintamųjų reikšmes (bendrą vertinimą, sveikatos būklę išvykstant ir rekomendaciją šeimos nariams bei artimiesiems) iš nepriklausomų kintamųjų reikšmių (kokybės dimensijų bei pacientų socialinių-demografinių charakteristikų). Nepriklausomų kintamųjų, gautų faktorinės analizės pagalba, reikšmės ir amžius bei gaunamos pajamos – buvo matuojamos intervalų skale. Priklausomų kintamųjų požymių pasiskirstymas pateikiamas 25 lentelėje.

25 lentelė. Pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės charakteristikų teigiamo ir kitokio vertinimo pasiskirstymas

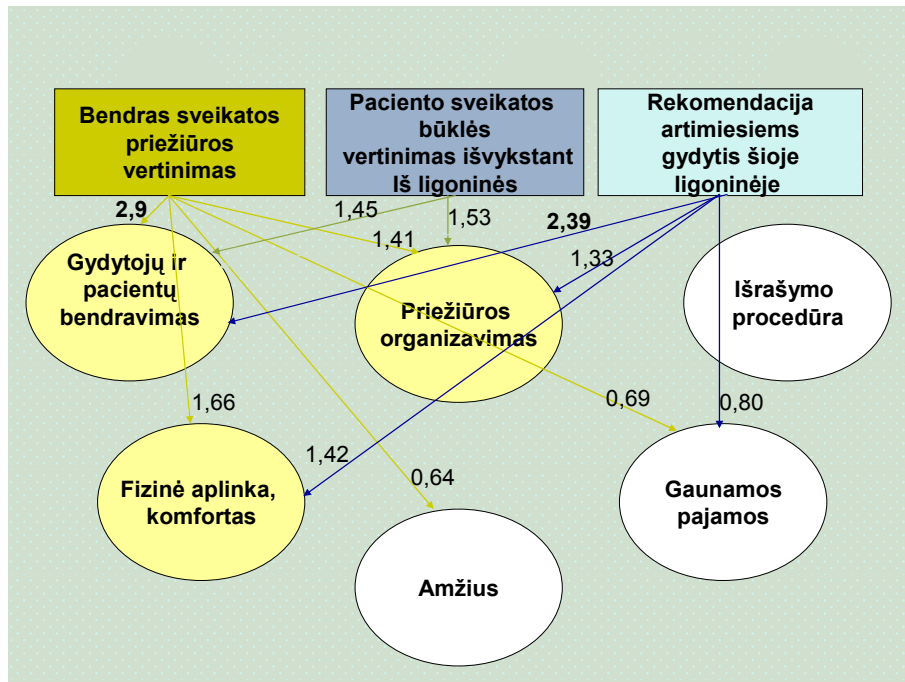
Bendras vertinimas		Sveikatos būklės vertinimas išrašant				Rekomendacijos artimiesiems					
n=1917		n=1917				n=1917					
teigiamas		kitaip		teigiamas		kitaip		teigiamas		kitaip	
n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
1761	91,9	156	8,1	1660	86,6	257	13,4	1657	86,4	260	13,6

Rizikos faktoriai pagrindinėms sveikatos priežiūros kokybės vertinimo charakteristikoms pateikti 26 lentelėje ir grafiškai atvaizduoti 18 paveiksle.

26 lentelė. Kokybės faktorių dimensijų bei pacientų socialinių-demografinių charakteristikų įtaka pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės charakteristikų vertinimui (logistinės dvejetainės regresijos analizės rezultatai)

	Bendras vertinimas		Sveikatos būklės vertinimas išrašant		Rekomendacijos artimiesiems	
	ŠS (95% PI)	p	ŠS (95% PI)	p	ŠS (95% PI)	p
Gydytojo ir paciento bendravimas	2,90 (2,41-3,48)	,000	1,45 (1,27-1,65)	,000	2,39 (2,06-2,78)	,000
Organizavimas/kordinavimas	1,41 (1,15-1,74)	,001	1,53 (1,33-1,76)	,000	1,33 (1,14-1,55)	,000
Išvykimo procedūra	1,18 (,98-1,42)	,072	,887 (,77-1,02)	,095	1,01 (,87-1,17)	,903
Fizinė aplinka	1,66 (1,35-2,03)	,000	1,10 (,95-1,26)	,208	1,42 (1,21-1,65)	,000
Paciento amžius	,64 (,49-,85)	,002	1,00 (,84-1,19)	,999	1,06 (,87-1,29)	,567
Gaunamos pajamos	,69 (,54-,88)	,003	,90 (,76-1,05)	,185	,80 (,67-,95)	,013

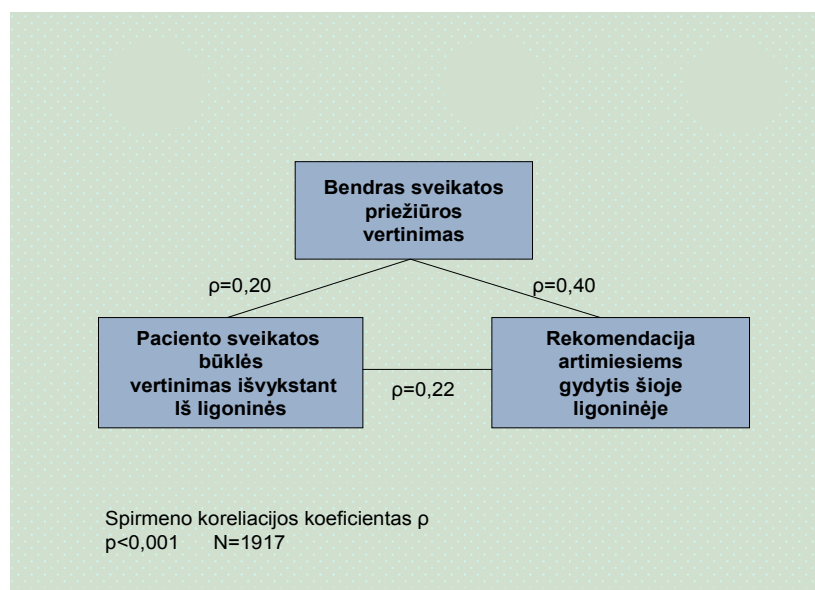
p- reikšmingumo lygmuo, ŠS – šansų santykis, PI – 95% pasikliautinis intervalas



18 pav. Pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės vertinimo charakteristikų rizikos faktoriai (dvejtainės logistinės regresijos rezultatų schema)

Visose regresinės analizės lygtyse statistiškai reikšmingos yra pirmos dvi dimensijos ($p < 0,002$): gerėjant pacientų ir gydytojų bendravimui, taip pat gerėjant sveikatos paslaugų organizavimui ir koordinavimui, didėja tikimybė, kad pacientas apskritai gerai įvertins paslaugų kokybę, sveikatos pagerėjimą ir rekomenduos gydytis artimiesiems (jei to reikės). Išrašymo procedūros užlaikymas statistiškai reikšmingai nesusijęs nei su viena iš pagrindinių kokybės vertinimo charakteristikų. Fizinei aplinkai gerėjant, statistiškai reikšmingai ($p < 0,001$) didėja tikimybė, kad pacientas geriau įvertins paslaugų kokybę ir rekomenduos gydytis artimiesiems, tačiau su sveikatos būklės pagerėjimu fizinė aplinka statistiškai reikšmingai nėra susijusi. Amžius statistiškai reikšmingai turi reikšmės tik paslaugų kokybės bendram vertinimui: didėjant amžiui, gero įvertinimo tikimybė mažėja. Pajamos statistiškai reikšmingai susijusios su paslaugų kokybės vertinimu apskritai (didesnės pajamos mažina gero paslaugų vertinimo tikimybę, $p=0,003$, ir tikimybę, kad pacientas rekomenduos gydytis artimiesiems, $p = 0,013$).

Mokslinėje studijoje analizuotas *ryšys tarp pagrindinių paslaugos kokybės vertinimo charakteristikų*. Sąsajos tarp pagrindinių kokybės vertinimo charakteristikų, apskaičiuojant Spirmeno koreliacijos koeficientus, parodytos 19 paveiksle.



19 pav. Pagrindinių kokybės vertinimo charakteristikų tarpusavio ryšys

Nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp kokybės vertinimo apskritai ir paciento elgsenos intencijų - rekomenduoti artimiesiems gydytis šioje ligoninėje. Spirmeno koreliacijos koeficientas ($\rho=0,399$; $p<0,001$; $n=1917$) parodė, kad pacientai, geriau įvertinę apskritai suteiktas paslaugas, dažniau rekomenduos kitiems gydytis šioje ligoninėje.

Paciento sveikatos būklė bei ligos sunkumo laipsnis - svarbūs veiksniai, galintys įtakoti paciento požiūrį vertinant paslaugų kokybę. Statistinė koreliacija tarp paciento savo sveikatos būklės vertinimo išvykstant iš ligoninės ir apskritai sveikatos priežiūros ligoninėje vertinimo parodė silpną ryšį ($\rho=0,202$; $p<0,001$; $n=1917$). Geresnės būklės išvykstantys iš ligoninės pacientai geriau vertina ir suteiktą sveikatos priežiūrą. Vertinant, kokią įtaką paciento sveikatos būklė išvykstant iš ligoninės turėjo respondentų ketinimams rekomenduoti tą pačią ligoninę artimiesiems, nustatytas statistiškai reikšmingas, tačiau silpnai teigiamas ryšys ($\rho=0,224$; $p<0,001$; $n=1917$).

Geresnės sveikatos būklės išvykstantys iš ligoninės pacientai dažniau rekomenduos kitiems gydytis šioje ligoninėje.

Tyrimo metu analizuota, kiek kiekvienas paslaugų kokybės indikatorius įtakojo pagrindines vertinimo charakteristikas, kurios atspindėjo paciento nuomonę apie suteiktų paslaugų kokybę. Taigi, buvo įvertinti *statistiniai koreliaciniai ryšiai kiekvieno sveikatos priežiūros paslaugų kokybės indikatoriaus su trimis pagrindinėmis sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo charakteristikomis*. Kokybės indikatorių sąsajos su sveikatos priežiūros kokybės pagrindinėmis charakteristikomis, apskaičiuojant Spirmeno koreliacijos koeficientus, pateikiamos 27 lentelėje.

27 lentelė. Ryšys tarp pagrindinių vertinimo charakteristikų ir kokybės indikatorių pacientų požiūriu (Spirmeno koreliacijos koeficientai)

Kokybės indikatoriai	Pagrindinės vertinimo charakteristikos		
	Bendras vertinimas	Sveikatos būklė	Rekomendacija gydytis šioje ligoninėje
1.Gydytojų ir pacientų bendravimas			
Informacijos kiekis	0,273	0,140	0,300
Suprantami gydytojų atsakymai	0,348	0,134	0,296
Informacijos aiškumas/vienodumas	0,271	0,104	0,260
Pagarba pacientui	0,380	0,205	0,374
Pasitikėjimas gydytojais	0,405	0,184	0,457
2.Priežiūros organizavimas/koordinavimas			
Šeimos narių/artimųjų galimybė dalyvauti gydymo procese	0,203	0,133	0,147
Tyrimų atlikimo trukmė	0,219	0,158	0,217
Skausmo kontrolė	0,285	0,150	0,269
Emocinė parama/saugumas	0,173	0,104	0,097
Privatumas	0,230	0,126	0,207
Dalyvavimas priimant sprendimus	0,282	0,110	0,202

3. Išrašymo procedūra			
Išrašymo užlaikymas	0,267	0,026**	0,144
Užlaikymo trukmė	0,289	0,035**	0,157
5. Fizinė aplinka ir komfortas			
Triukšmas nakties metu	0,232	0,051*	0,192
Pagalbinių patalpų švara	0,375	0,083	0,207
Maistas	0,372	0,144	0,225
Laukimo priėmimo kambaryje trukmė	0,228	0,066*	0,141
5. Planinės hospitalizacijos prieinamumas			
Ligoninės pasirinkimas	0,213	0,070**	0,194
Planinio guldymo laukimo trukmė	0,320	0,082*	0,290
Planinio guldymo datos keitimas	0,116	0,031**	0,067**
6. Saugumas			
Žalos sveikatai patyrimo faktas	0,081	0,094	0,090

Spirmeno koreliacijos koeficientų (ρ) statistinio reikšmingumo lygmuo $p < 0,001$, išskyrus

*- $p < 0,05$ bet $> 0,001$

** - $p > 0,05$

Pagrindinių paslaugų kokybės charakteristikų vertinimo rezultatai rodo, kad daugiausiai joms įtakos turėjo pacientų nuomonė apie jų bendravimą su gydytojais. Remiantis koreliacinės analizės duomenimis, stipriausias koreliacinis ryšys nustatytas tarp pasitikėjimo gydytojais ir bendrojo paslaugų kokybės vertinimo ($\rho = 0,405$; $p < 0,001$) bei pasitikėjimo gydytojais ir pacientų noro rekomenduoti artimiesiems gydytis šioje ligoninėje ($\rho = 0,457$; $p < 0,001$). Respondentai, daugiau pasitikintys gydytojais, bendrai geriau vertino suteiktą jiems sveikatos priežiūrą, dažniau buvo linkę rekomenduoti šeimos nariams ir artimiesiems gydytis šioje ligoninėje. Kiek silpnesnis ryšys nustatytas tarp pagarbos pacientui ir bendrojo vertinimo ($\rho = 0,380$; $p < 0,001$) bei pagarbaus bendravimo ir pacientų noro rekomenduoti artimiesiems gydytis šioje

ligoninėje ($\rho=0,374$; $p<0,001$). Rezultatai rodo statistiškai reikšmingą ryšį tarp informacijos suteikimo pacientams ir pacientų rekomendacijos artimiesiems gydytis šioje ligoninėje ($\rho=0,300$; $p<0,001$).

Reikšminga teigiama koreliacija nustatyta tarp švaros ir bendrojo vertinimo ($\rho=0,375$; $p<0,001$) bei maisto ir bendrojo kokybės vertinimo ($\rho=0,372$; $p<0,001$). Švaros ir maisto vertinimas mažiau turėjo įtakos paciento norui rekomenduoti artimiesiems gydytis šioje ligoninėje ($\rho=0,207$; $p<0,001$ ir $\rho=0,225$; $p<0,001$).

Apibendrinus lentelėje pateiktus duomenis, galima teigti, kad pacientų nuomonę apie sveikatos paslaugų kokybę daugiausia lėmė pasitikėjimas gydytojais, gydytojų pagarba pacientams, suprantama informacija pacientams, pagalbinių patalpų švara bei maisto kokybė. Pacientai, jautę daugiau pasitikėjimo gydytojais, jiems rodoma pagarba bei gavę pakankamai informacijos apie jų sveikatos būklę ir gydymą, dažniau linkę rekomenduoti savo artimiesiems gydytis šioje ligoninėje.

Pacientų charakteristikos (amžius, lytis, išsilavinimas, užsiėmimas, pajamos) ir hospitalizavimo charakteristikos (gydymo profilis ir hospitalizavimo tipas) yra veiksniai, kurie taip pat gali įtakoti paciento nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Kokybės indikatorių sąsajos su pacientų charakteristikomis, apskaičiuojant Spirmeno koreliacijos koeficientus, pateikiamos 28 lentelėje.

28 lentelė. Ryšys tarp pacientų charakteristikų ir kokybės indikatorių pacientų požiūriu (Spirmeno koreliacijos koeficientai)

Kokybės indikatoriai	Pacientų charakteristikos				
	Amžius	Lytis	Išsilavinimas	Užsiėmimas	Pajamos
1. Gydytojų ir pacientų bendravimas					
Informacijos kiekis	0,041**	0,008**	0,007**	-0,054*	0,025**
Suprantami gydytojų atsakymai	0,069*	0,028**	0,016**	-0,003**	0,002**
Informacijos aiškumas	0,088	-0,009**	0,018**	-0,038**	0,037**
Pagarba pacientui	0,063*	0,035**	-0,008**	0,017**	-0,012**

Pasitikėjimas gydytojais	0,087	0,019**	-0,011**	-0,004**	-0,009**
2.Priežiūros organizavimas/koordinavimas					
Šeimos narių/artimųjų galimybės dalyvauti	0,085	-0,051*	-0,057*	0,014**	-0,038**
Tyrimų atlikimas	0,131	0,012**	0,004**	0,021**	-0,025**
Skausmo kontrolė	0,028**	0,045*	0,012**	-0,012**	0,006**
Privatumas	0,045*	0,029**	0,068*	-0,040**	0,014**
Dalyvavimas priimant sprendimus	0,075	0,076	0,057*	-0,039**	-0,022**
Emocinė parama/saugumas	0,161	0,035**	0,043**	0,037**	-0,012**
3.Išrašymo procedūra					
Išrašymo užlaikymas	0,038**	-0,021**	0,075	-0,029**	0,062*
Užlaikymo trukmė	0,040**	0,021**	0,079	-0,025**	0,059*
4.Fizinė aplinka					
Poilsis naktį	0,021**	0,019**	-0,024**	0,069*	-0,026**
Švara	0,102	-0,012**	-0,061*	0,033**	-0,075
Maistas	0,087	0,054*	-0,077	0,008**	-0,108
Laukimo priėmimo laikas	0,118	0,026**	-0,098	0,055*	-0,094
5.Planinės hospitalizacijos prieinamumas					
Ligoninės pasirinkimas	0,042**	0,007**	0,047**	-0,110	0,009**
Planinio guldymo laukimo laikas	0,025**	0,034**	0,030**	0,014**	-0,012**
Planinio guldymo datos keitimas	0,061**	0,019**	0,014**	0,052**	-0,047**
6. Saugumas					
Žalos sveikatai patyrimas	0,040**	-0,027**	-0,027**	-0,018**	-0,005**

Spirmeno koreliacijos koeficientų (ρ) statistinio reikšmingumo lygmuo $p < 0,001$, išskyrus

*- $p < 0,05$ bet $> 0,001$

**- $p > 0,05$

Taikytas koreliacijos metodas, siekiant nustatyti, ar socialiniai demografiniai veiksniai įtakoja atskirus paslaugų kokybės vertinimo indikatorius. Statistiškai reikšmingų lyčių skirtumų vertinant paslaugų kokybę pagal indikatorius nebuvo nustatyta, taigi galime daryti prielaidą, kad paciento lytis šiame tyrime neturėjo įtakos pacientų nuomonei apie paslaugų kokybę. Statistiškai reikšminga (teigiamai silpna) koreliacija tarp paciento gaunamų pajamų ir maisto vertinimo rodo, kad didesnes pajamas gaunantys pacientai blogiau vertino ligoninės maistą. Nedirbantys pacientai (pensininkai, namų šeimininkės, studentai ir bedarbiai) turėjo mažesnę galimybę pasirinkti gydymo įstaigą planinės hospitalizacijos atveju ($\rho=0,110$ $p=0,003$).

Nors ir mažo stiprumo ryšiu, tačiau statistiškai reikšmingai koreliuoja paciento amžius su eile kokybės indikatorių: savalaikiu tyrimų atlikimu ($\rho=-0,131$ $p<0,001$), švaros vertinimu ($\rho=-0,102$ $p<0,001$), laukimo priėmimo skyriuje laiku ($\rho=-0,118$ $p<0,001$) bei emocinės paramos/saugumo vertinimu ($\rho=-0,161$ $p<0,001$). Paciento amžiaus ir šių kokybės indikatorių ryšį detalizuoja 29 lentelė, kurioje aiškiai matoma tendencija, kad vyresnio amžiaus pacientai geriau vertina jiems suteiktą paslaugų kokybę.

29 lentelė. Respondentų paslaugų kokybės teigiamo vertinimo palyginimas pagal amžiaus grupes

Indikatorius	Amžius 16-30		31-50		51-70		70 +		χ^2 kriterijus
	N	proc.	N	proc.	N	proc.	N	proc.	
Man paskirti tyrimai visuomet buvo atliekami laiku	115	63,9	554	76,5	669	82,2	171	85,9	$\chi^2=57.411$; $ll=9$; $p=0,000$

Tualetai ir vonių kambariai labai švarūs	77	42,8	300	41,4	419	51,5	112	56,3	$\chi^2=27.484;$ $II=12;$ $p=0,007$
Atvykęs ligoninę patekau į palatą tuoj pat arba laukiau iki 20 min.	83	46,1	385	53,2	476	58,5	132	66,3	$\chi^2=39.269;$ $II=18;$ $p=0,003$
Aš surasdavau emocinę paramą ir iš gydytojo, ir iš slaugytojo	27	15,0	143	19,8	204	25,1	52	26,1	$\chi^2=64.558;$ $II=12;$ $p=0,000$

Tyrimė analizuoti ir kiti veiksniai, galintys įtakoti paciento nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Tai gydymo profilis ir hospitalizavimo tipas.

Koreliacijos koeficientų pagalba analizuotas ryšys tarp pagrindinių kokybės vertinimo dimensijų (bendro vertinimo, sveikatos būklės ir rekomendacijos) ir pacientų gydymo profilio bei hospitalizavimo charakteristikų. Tačiau rezultatai parodė, kad pagrindinės kokybės vertinimo charakteristikos statistiškai reikšmingai nepriklauso nei nuo hospitalizavimo tipo nei nuo gydymo profilio. Tik labai silpnas teigiamas ryšys ($\rho=0,091$ $p<0,001$) tarp sveikatos būklės vertinimo išrašant ir hospitalizavimo tipo leido daryti prielaidą, kad planine tvarka hospitalizuoti pacientai blogiau vertino savo sveikatos būklę išvykstant iš ligoninės nei pacientai, hospitalizuoti skubos tvarka.

Statistiškai reikšmingų priklausomybių tarp hospitalizavimo tipo ir kokybės vertinimo nenustatyta, tačiau gydymo profilis turi įtakos pacientams vertinant gautų paslaugų kokybę. Ryšys tarp šio veiksnio ir kokybės indikatorių pateiktas 30 lentelėje.

30 lentelė. Ryšys tarp gydymo profilio ir kokybės vertinimo indikatorių pacientų požiūriu (Spirmeno koreliacijos koeficientai)

Kokybės indikatoriai	Gydymo profilis: chirurginis/terapinis
1.Gydytojų ir pacientų bendravimas	
Informacijos kiekis	-0,037**
Suprantami gydytojų atsakymai	0,030**
Informacijos aiškumas	0,025**
Pagarba pacientui	0,008**
Pasitikėjimas gydytojais	-0,037**
2.Priežiūros organizavimas/koordinavimas	
Šeimos narių/artimųjų galimybės dalyvauti	-0,003**
Tyrimų atlikimas	0,091
Skausmo kontrolė	- 0,139
Privatumas	-0,007**
Dalyvavimas priimant sprendimus	0,012**
Emocinė parama/saugumas	0,058*
3.Išrašymo procedūra	
Išrašymo užlaikymas	-0,104
Užlaikymo trukmė	-0,09
4.Fizinė aplinka	
Poilsis	-0,024**
Švara	-0,005**
Maistas	0,03**
Laukimo priėmimo laikas	-0,022**
5.Planinės hospitalizacijos prieinamumas	
Ligoninės pasirinkimas	-0,148
Planinio guldymo laukimo laikas	-0,047**

Planinio guldymo datos keitimas	-0,062**
6. Pacientų saugumas	
Žalos sveikatai patyrimas	0,022**

Spirmeno koreliacijos koeficientų (ρ) statistinio reikšmingumo lygmuo $p < 0,001$, išskyrus

*- $p \leq 0,05$ bet $> 0,001$

** - $p > 0,05$

Terapiniuose skyriuose gydyti pacientai nurodo, kad blogiau buvo kontroliuojamas skausmas ($\rho = -0,39$ $p < 0,001$). Hospitalizuojant į terapinį skyrių, pacientas turėjo mažesnę galimybę rinktis gydymo įstaigą ($\rho = -0,48$ $p < 0,001$). Terapiniuose skyriuose dažniau užtrunka išrašymo iš stacionaro procedūra nei chirurginiuose skyriuose ($\rho = -0,04$ $p < 0,001$).

Apibendrinant socialinių demografinių bei hospitalizavimo veiksnių įtaką pacientų nuomonei apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, tenka pripažinti, kad paciento amžius – veiksnys, kuris šiame tyrime turėjo stipriausią koreliacinį ryšį su pacientų paslaugų kokybės vertinimu. Nors statistiškai reikšminga koreliacija silpna, tačiau rezultatai rodo, kad pacientų amžius įtakoja svarbias kokybės vertinimo dimensijas. Vyresnio amžiaus pacientai, reikšdami nuomonę apie gautų paslaugų kokybę, ypatingą dėmesį skiria emocinei paramai ir saugumui. Įvertinę paciento lyties, išsilavinimo, užsiėmimo ir kokybės indikatorių koreliacinės analizės rezultatus, nustatėme, kad šie socialiniai demografiniai veiksniai neturėjo įtakos paciento nuomonei apie paslaugų kokybę. Gaunamos paciento pajamos dažniausiai įtakoja labai išskirtines specifines kokybės dimensijas. Tyrimo statistinė analizė nustatė silpną koreliacinį ryšį tarp paciento gaunamų pajamų ir maisto vertinimo. Didesnes pajamas gaunantys pacientai blogiau vertino ligoninės maistą. Gydymo profilis įtakojo keletą paslaugų kokybės vertinimo dimensijų. Stipriausias koreliacinis ryšys nustatytas tarp gydymo profilio ir galimybės pasirinkti gydymo įstaigą. Terapinio profilio pacientai turėjo mažesnę galimybę pasirinkti gydymo įstaigą nei chirurginio profilio. Terapiniuose skyriuose gydęsi pacientai nurodo ilgesnę išrašymo procedūros trukmę bei

blogesnę skausmo kontrolę. Atlikto tyrimo rezultatų analizė rodo, kad norint tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, būtina atkreipti dėmesį į kai kurias pacientų grupes, kurios turi padidintą riziką blogiau vertinti gautų paslaugų kokybę: jaunesnio amžiaus pacientai, pacientai hospitalizuojami į terapinį skyrių su skausmo klinika, planine tvarka į terapinį skyrių hospitalizuojami pacientai.

3.3 REZULTATŲ APTARIMAS

Šiai studijai atlikti taikytas modifikuotas Europos Picker instituto klausimynas stacionare gydytiems pacientams. Literatūroje skelbiamos įvairios mokslinės studijos, kurios faktoriškos analizės metodu sudaro pacientų multidimensinius klausimynus vertinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę [137, 98, 274, 161]. Analizuojant kitų šalių patirtį, specifinės kokybės dimensijos, išskirtos šiame klausimyne, yra labai panašios į kokybės tyrimo klausimynus, naudojamus jų mokslinėms studijoms [74], tačiau skiriasi savo struktūra, dimensijų įvardijimu ir jų skaičiumi. A. A. J. Hendriks ir kolegės kokybę matuoti pasirinko net 12 sveikatos priežiūros paslaugų aspektų [136].

Vertinant klausimyno kokybę, atsižvelgta į du pagrindinius tyrimo kokybės požymius: validumą (angl. *validity*) ir patikimumą (angl. *reliability*) [275, 276]. Eilė metodologinių faktorių gali paveikti tyrimo rezultatus: imties sudarymas, atsakiusių respondentų procentas, klausimo formatas, duomenų rinkimo procedūra. Tačiau pagrindinis klausimyno-instrumento vertinimas yra jo pagrįstumas ir patikimumas [134]. Išorinis validumas pagrįstas tikimybinio imties sudarymo būdu ir jos dydžio apskaičiavimu, pritaikius moksliniams tyrimams taikomą formulę (nurodyta sudarant imtį). Tyrimo patikimumą (stabilumą) patvirtina pasirinktas Europos Picker instituto naudotas klausimynas, t. y. klausimynas naudotas tam pačiam objektui tirti ir matuoti [272]. Bendras visų skalių *Cronbach alfa* koeficientas – 0,79. Panašius rezultatus pateikia ir kiti tyrėjai, taikę Picker Instituto klausimyną [139].

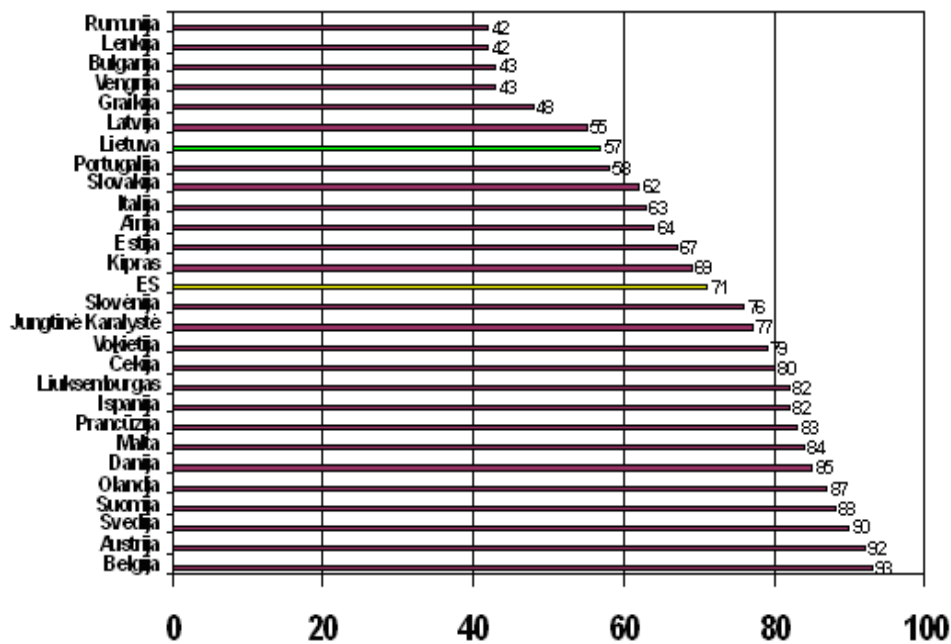
Atliktoje studijoje analizuojamos šešios dimensijos: gydytojų ir pacientų bendravimas, priežiūros organizavimas/koordinavimas, išrašymo procedūra, fizinė aplinka ir komfortas, planinės hospitalizacijos prieinamumas bei pacientų saugumas.

Remiantis kitose Europos šalyse atliktų tyrimų duomenimis apie pacientų pasitenkinimą gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis ir analizuojant šios studijos duomenis, pasitvirtino bendra tendencija: stacionare gydyti pacientai gerai vertina jiems suteiktos priežiūros kokybę [277, 139, 278].

Aukštą pacientų pasitenkinimo lygį sveikatos priežiūros paslaugomis rodo ir ankstesni Lietuvoje atlikti tyrimai. Remiantis šio tyrimo duomenimis, 91,9 proc. pacientų palankiai vertino paslaugų kokybę (44,4 proc. – „labai gerai“, 44,7 proc. – „gerai“). Didžioji dalis respondentų (86,4 proc.) nurodė, kad rekomenduotų gydytis šioje ligoninėje savo šeimos nariams ir artimiesiems. Sveikatos būklė išvykstant iš ligoninės buvo geresnė net 86,6 proc. respondentų. Ketinimai rekomenduoti paslaugos teikėją šeimos nariams ir artimiesiems, teigiama informacija draugams ir giminaičiams, jiems renkantis sveikatos paslaugos teikėją, gali būti traktuojama kaip neginčijamai teigiamas paslaugos kokybės įvertinimas. Gydomo įstaigoms konkuruojant dėl pacientų, rekomendacija tampa labai svarbiu veiksmu [163].

Atlikto tyrimo duomenys patvirtino nuostatą: pacientai, geriau įvertinę apskritai suteiktas paslaugas, dažniau rekomenduos kitiems gydytis šioje ligoninėje ($p=0,396$; $p < 0,000$; $n=1917$). Paciento sveikatos būklė išvykstant iš ligoninės turėjo mažesnę įtaką bendrajam paslaugų kokybės vertinimui ir ketinimams rekomenduoti gydytis šioje ligoninėje savo artimiesiems.

Europos komisijos 2007 metais atliktas tyrimas „Sveikata ir ilgalaikė sveikatos priežiūra Europos Sąjungoje“ rodo kiek kitokius stacionarinės sveikatos priežiūros kokybės vertinimo rezultatus nei pateikiami šiame moksliniame darbe. Maždaug tik pusė respondentų ją vertino gerai ir labai gerai (57 proc., 20 paveikslas) [279].



20 pav. Stacionarinės pagalbos kokybės vertinimo gerai ir l. gerai palyginimas

Europos Sąjungos valstybėse respondentų nuomone (proc.)

Šaltinis: 2007 m. tyrimas „Sveikata ir ilgalaikė sveikatos priežiūra Europos Sąjungoje“ naudojant ES tyrimą pagal Specialų Eurobarometrą

Panašūs stacionarinės sveikatos priežiūros kokybės vertinimo duomenys pateikiami ir D.Jankauskienės disertacijoje „Sveikatos sistemos reformos Lietuvoje 1990-1998 m. įvertinimas“ [280]. 1998 m. atliktas tyrimas parodė, kad stacionariųjų paslaugų kokybę teigiamai vertino 60 proc. respondentų. Autorė, palyginusi su 1995 m. Sveikatos apsaugos reformų biuro atliktais panašiais tyrimais (teigiamai vertinusių buvo 80 proc.), daro išvadą, kad patenkintų stacionarinę pagalbą gyventojų skaičius sumažėjo. Šio mokslinio tyrimo ir aukščiau minėtų tyrimų skirtingą vertinimų rezultatą galima būtų paaiškinti skirtingais tyrimo objektais. Eurobarometro tyrimo objektas – šalies gyventojas, neatsižvelgiant į tai, ar jis buvo gydytas stacionare, tuo tarpu autorės mokslinio tyrimo objektas buvo pacientas, tik ką išvykstantis iš ligoninės po suteiktų jam sveikatos priežiūros paslaugų.

Nors apklausos rezultatai rodo, kad respondentai apskritai teigiamai įvertino paslaugų kokybę, tačiau pacientai labai skirtingai vertino atskirus

paslaugų kokybės aspektus. Mokslinėje literatūroje, analizuojant pacientų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, išskirtinis dėmesys skiriamas pacientų ir gydytojų bendravimui. Tai informacijos teikimas pacientams, pagarbus bendravimas, pasitikėjimas gydytojais. Geriausiai pacientai įvertino informacijos jiems suteikimą (91,5 proc. respondentų gavo pakankamai informacijos). Reikia manyti, kad išskirtinį dėmesį informacijos teikimui lėmė tai, kad gydytojai Lietuvoje ypatingą dėmesį skiria būtent šiam aspektui. Pacientų skundų ir ieškinių teismuose pagrindą dažnai lemia nepakankama informacija pacientui, informuoto asmens sutikimo reikalavimų pažeidimai. Lyginant šiame tyrime dalyvavusių pacientų atsakymus apie jiems suteiktą informaciją su anksčiau atliktais tyrimais Lietuvoje, pacientų nuomonės panašios [151, 153].

Dauguma pacientų gerai vertino parodytą jiems pagarbą ir išreiškė pasitikėjimą gydytojais (88,2 proc. ir 88,9 proc.). Remiantis Lietuvoje atliktų tyrimų duomenis, rezultatai panašūs [152, 155].

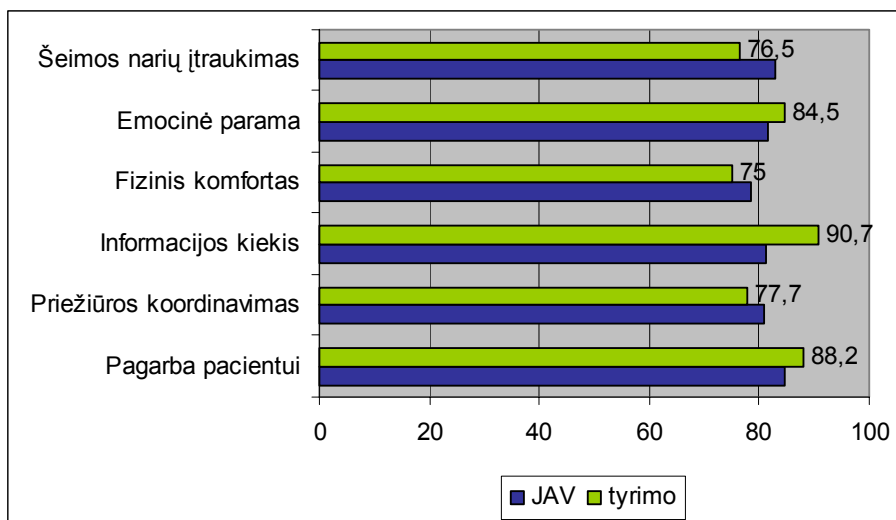
Pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais didžiaja dalimi lemia geras, pagarbus, dėmesingas gydytojo elgesys su pacientu ir informacijos pacientui apie jo sveikatos priežiūrą suteikimas [153].

Studijos atliktos Lietuvoje rodo, kad daugiau kaip pusė pacientų nepasitiki sveikatos priežiūros politika, tačiau išreiškia didelį pasitikėjimą gydančiu gydytoju [152, 155, 144].

Tyrimo rezultatai rodo, kad pacientai labai gerai ir gerai vertino suteiktą jiems emocinę pagalbą (22,2 proc. ir 62,3 proc.). Europos Picker Instituto taikytas klausimynas penkiose valstybėse šią dimensiją traktavo kaip vieną iš rimčiausių problemų vertinant paslaugų kokybę pacientų požiūriu. Jungtinėje Karalystėje net 59,3 proc. respondentų neturėjo galimybių pasikalbėti su medicinos personalu apie jų būgštavimus dėl sveikatos būklės. Tokį susirūpinimą Švedijoje išreiškė 53,3 proc., Vokietijoje – 45,9 proc., Šveicarijoje- 35,5 proc., JAV – 36,9 proc. pacientų [139].

Šios studijos tyrimo rezultatai palyginti su JAV 2002 metais atliktos Medicinos Instituto mokslinės studijos tyrimo rezultatais. Šešios kokybės

dimensijos atspindėjo sveikatos priežiūrą, orientuotą į pacientą. Tyrimo imtį sudarė 58 242 pacientai, gydyti 210 ligoninių [78]. Palyginimo rezultatai pateikti 21 paveiksle.



21 pav. Tyrimo rezultatų palyginimas su stacionarinės pagalbos kokybės vertinimu pacientų požiūriu JAV (Medicinos Institutas, 2002, proc.)

Aukštus kokybės dimensijų vertinimus pateikia ir Jungtinės Karalystės Nacionalinė sveikatos tarnyba, atlikdama kasmetinius tyrimus dėl paslaugų kokybės pacientų požiūriu [281]. Palyginimo rezultatai pateikiami 31 lentelėje.

31 lentelė. Stacionarinės pagalbos kokybės vertinimo I. gerai ir gerai palyginimas pacientų požiūriu (proc.)

Kokybės dimensijos/klausimai	Tyrimas Jungtinėje Karalystėje 2007 n =75 949	Atliktas tyrimas 2007 n =1917
Pagrindinės vertinimo charakteristikos		
Bendras vertinimas	91,8	91,9
Gdytojų ir pacientų bendravimas		
Kiek informacijos apie Jūsų būklę ar gydymą Jums buvo pateikta? / <i> tiek, kiek reikėjo</i>	78,8	90,7
Kai Jums kildavo svarbių klausimų gydytojui, ar	67,4	76,3

gaudavote Jums suprantamus atsakymus?/taip, <i>visuomet</i>		
Kartais ligoninėje vienas personalo darbuotojas sako vieną, o kitas pasako visiškai kitaip. Ar tai buvo atsitikę Jums? /ne	66,2	85,9
Ar jaučiate kad ligoninėje buvote gydytas atsakingai ir pagarbiai?/taip, visą ligoninėje gydymo laiką	78,1	88,2
Ar pasitikėjote gydančiais gydytojais?/taip, visuomet	80,4	88,9
Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas/koordinavimas		
Ar Jūs suradote kažką iš ligoninės personalo pakalbėti apie Jūsų rūpesčius ir būgštavimus dėl sveikatos būklės ar gydymo?/taip gydytoją, slaugytoją	39,7	84,5
Ar buvo pakankamai privatumo, aptariant Jūsų būklę ar gydymą? /taip, visuomet	68,8	52,8
Ar jūs dalyvavote sprendimų apie Jūsų priežiūrą ir gydymą priėmimo tiek, kiek norėjote? /taip, be jokios abejonės	51,1	45,8
Jeigu Jūsų šeima ar artimas asmuo norėjo pasikalbėti su gydytoju, ar jie turėjo pakankamai galimybių tai padaryti? /taip, be jokios abejonės	42,9	66,6
Ar paskirti tyrimai (rentgenologiniai, echoskopijos ir kt.) buvo atliekami laiku?/taip, visuomet	-	78,7
Ar Jūs galvojate, kad ligoninės personalas padarė viską, kad padėtų Jums kontroliuoti (sumažinti) skausmą? /taip, be jokios abejonės	71,3	82,3
Išrašymo procedūra		
Ar išvykimo iš ligoninės dieną jūsų išrašymas buvo užlaikytas dėl kokių nors priežasčių? /ne	61,4	67,7

Kiek truko užlaikymas? /Iki valandos	17,3	18,8
Fizinė aplinka		
Atvykę į ligoninę kiek laiko laukėte iki patekote į palatą? /iki < 1 val.	30,4	56,1
Ar Jus vargino ligoninėje naktį keliamas triukšmas?/ne	70,7	78,8
Ar tualetai ir vonių kambariai, kuriais Jūs naudojotės ligoninėje, buvo švarūs?/labai švarūs, patenkinamai švarūs	88,4	91,1
Kaip vertinate ligoninės maistą?/l.geras ir geras	52,6	63,0
Planinės hospitalizacijos prieinamumas		
Ar Jūs galėjote pasirinkti, į kurią ligoninę planine tvarka gultis?/taip	-	66,8
Kaip Jūs vertinate patekimo į ligoninę planine tvarka laukimo terminą?/buvau paguldytas taip greitai, kaip galvoju esant reikalinga	71,6	79,0
Ar ligoninė pakeitė planinės hospitalizacijos datą, kai atvykote gultis?/ne	78,8	93,2
Pacientų saugumas		
Ar norėjote skųstis dėl sveikatos priežiūros paslaugų kurias gavote kokybės? /ne	92,2	-
Ar esate kada nors patyrę žalą savo sveikatai dėl gydymo įstaigos ar gydytojo kaltės? / ne	-	93,6

Rezultatų palyginimas rodo, kad Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje stacionaruose gydyti pacientai labai gerai vertina suteiktų paslaugų kokybę (91,8 proc. ir 91,7 proc.). Tačiau atlikto tyrimo duomenys rodo, kad Lietuvoje pacientams daugiau suteikiama aiškios ir suprantamos informacijos apie jų sveikatos būklę ir gydymą, daugiau emocinės paramos, kai jie turi būgštavimų ir rūpesčių dėl savo sveikatos. Šeimos nariai ir artimieji turi daugiau galimybių dalyvauti gydymo procese. Planinės hospitalizacijos laukimo terminai, pacientų požiūriu, iš esmės panašūs, tačiau Jungtinėje Karalystėje ligoninėse dažniau keičiama hospitalizavimo data.

Atskirų kokybės vertinimo dimensijų analizė parodė tobulintinas sveikatos priežiūros sritis. Šios studijos duomenimis, pacientai ne visuomet turi pakankamai galimybių dalyvauti priimant sprendimus dėl jų sveikatos priežiūros. Tyrimas parodė, kad 42,3 proc. respondentų nedalyvavo priimant sprendimus tiek, kiek norėjo (27,4 proc. šiek tiek dalyvavo ir 14,9 proc. nedalyvavo, nes neturėjo galimybių). Šią problemą kelia ir penkiose valstybėse atliktos studijos, naudojant analogišką Europos Picker Instituto klausimyną [272, 139]. A. Coulter ir kolegės teigia, kad 46 proc. pacientų šią problemą nurodo Vokietijoje, 54 proc. pacientų – Švedijoje, 36 proc. – Šveicarijoje, net 59 proc. – Jungtinėje Karalystėje, 37 proc. – JAV. Lietuvoje atliktos ankstesnės studijos pateikia panašias išvadas: apie trečdalis pacientų dalyvauja priimant gydymo taktikos sprendimus [153]. Tačiau paciento dalyvavimas priimant jo sveikatai įtakos turinčius sprendimus, pirmiausia priklauso ir nuo paties paciento iniciatyvos. Išanalizavus šio tyrimo duomenis, nustatyta, kad 11,9 proc. respondentų, dalyvavusių tyrime, buvo pasyvūs, jie apskritai nenorėjo pasinaudoti šia teise.

Paciento pasitikėjimą, norą ir galimybes dalyvauti priimant sprendimus analizavo V. Grabauskas ir bendraautoriai [152]. Jų mokslinė studija apie paciento ir gydytojo bendravimo pasirinkimo modelį nustatė, kad 37,2 proc. respondentų priimtų sprendimus kartu su gydytoju, tik 5,2 proc. priimtų sprendimus patys, atsižvelgę į gydytojo rekomendacijas.

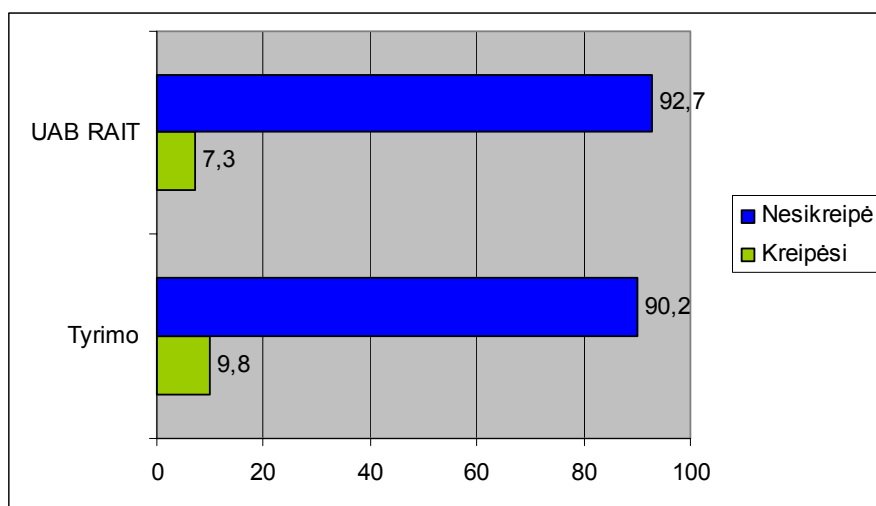
Pacientų autonomijos klausimu išskirtos dvi problemos: paciento pasirinkimo teisė ir privatumas. Beveik kas penktas respondentas (19,2 proc.) neturėjo galimybės rinktis gydymo įstaigą planinės hospitalizacijos atveju. Kas dešimtas respondentas (10 proc.) nurodė, kad nebuvo privatumo sprendžiant klausimus dėl jo sveikatos būklės, tyrimų ar gydymo (37,2 proc. respondentai nurodė buvus nepakankamai privatumo). Palyginamoji analizė tyrimo rezultatų su Jungtinėje Karalystėje atlikto tyrimo rezultatais taip pat parodė, kad ši sritis reikalauja papildomo medicinos personalo dėmesio.

Tyrimas rodo, kad tobulintinos ir sveikatos vadybos sritys ligoninėse – pacientų išrašymo iš ligoninės procedūra bei priėmimo skyriaus darbo

organizavimas. Kas trečias pacientas nurodė, kad išrašymo procedūra dėl vienos ar keleto priesasčių užsitęsė (32,3 proc.). 15,5 proc. užlaikytų pacientų išrašymas užsitęsė daugiau kaip 2 valandas. Dažniausia užlaikymo priežastis – pacientai laukia gydytojo išrašo arba vaisto recepto. 14,7 proc. respondentų priėmimo skyriuje laukė daugiau nei vieną valandą. Priėmimo bei išrašymo procedūrų sutrikimus, pacientų įtraukimo į sprendimų priėmimą ribotas galimybes, maisto problemas nurodo ir kiti autoriai [277].

Tyrime dalyvavę pacientai nevienareikšmiškai vertino fizinės aplinkos kokybės dimensiją. Daugelis respondentų teigė, kad ligoninių tualetai ir vonių kambariai švarūs, tačiau kritiškiau vertino personalo ir kitų pacientų nakties metu keliamą triukšmą (19,2 proc. nurodė, kad juos vargino nakties metu keliamas kitų pacientų triukšmas). Dviejų trečdalių respondentų nuomone, ligoninės maistas buvo labai geras ir geras (63,0 proc.). Patenkinamai maistą vertino 30,7 proc. respondentų, 4,5 proc. nurodė, kad maistas ligoninėje blogas ir labai blogas. Be to, ligoninės maisto nevalgė 1,8 proc. respondentų.

Pacientų saugumo problema kelia susirūpinimą ne vienoje valstybėje. Nors patyrusių žalą sveikatai buvo labai nedidelis procentas respondentų (6,4 proc.), tačiau tik 9,8 proc. iš jų kreipėsi dėl žalos sveikatai atlyginimo. Respondentai parodė labai skeptišką požiūrį į šios teisės realizavimo galimybes, manydami, kad bet koks kreipimasis į institucijas nieko nepakeistų. Pirmąjį sociologinį tyrimą 2004 metais apie pacientų žalą sveikatai patirtį gaunant sveikatos priežiūros paslaugas, Lietuvoje atliko rinkos analizės ir tyrimo grupė UAB „Rait“ (tikslinė 380 pacientų apklausa) [282]. Tyrimo rezultatai labai panašūs į šios studijos rezultatus: tik 7,3 proc. respondentų dėl patirtos žalos kreipėsi į atsakingas institucijas. Palyginimo rezultatai pateikiami 22 paveiksle.



22 pav. Kreipimosi dėl patirtos žalos sveikatai palyginamas (proc.)

Šaltinis: UAB RAIT 2004 m. spalio-lapkričio mėn. atliktas pacientų sociologinis tyrimas apie pacientų žalos patirtį sveikatos priežiūros įstaigose

Analizuojant nesikreipimo dėl žalos atlyginimo priežastis, rezultatai atliktos studijos ir UAB „Rait“ taip pat panašūs. Nukentėję pacientai dažniausiai nesikreipia, nes tai nieko nepakeistų. Europos Komisijos Specialaus Eurobarometro tyrime apie klaidas medicinoje (2005) 26 proc. Lietuvos gyventojų nurodė patyrę žalą sveikatai, gaunant paslaugas stacionarinėse ASPĮ [283]. Mažiausiai, t.y. 10-12 proc. pacientų nukentėję dėl klaidų medicinoje Rumunijoje ir Vokietijoje, dažniausiai žalą sveikatai patyrę Latvijos pacientai (32 proc.).

Paciento nuomonę apie sveikatos paslaugų kokybę įtakoja: psichologiniai faktoriai, gydymas, priežiūra, paciento sveikatos būklė, jo išsilavinimas, gaunama informacija, ankstesnis patyrimas, vertinimai, paciento poreikiai, situacija, socialinis standartas [68]. Mokslininkai teigia, kad pacientų asmeninės charakteristikos susijusios su paslaugos kokybės vertinimu [284].

Moksliniuose tyrimuose analizuojamos pacientų charakteristikos, kurios visiškai nepriklauso nuo paslaugų teikėjo kontrolės [285]. Dažnai pacientas gali skųstis, nors jis gavo kokybišką paslaugą, arba pacientas yra patenkintas ir dėkingas, nors, jo nuomone, jis gavo ne pačios geriausios kokybės paslaugą.

Taigi kokybės vertinimo palyginimai tarp įvairių paslaugų teikėjų, kurie suteikia paslaugas skirtingų charakteristikų pacientams, gali skirtis ne tik dėl paslaugų kokybės lygio. Paslaugos kokybės vertinimą gali įtakoti amžius, lytis, išsilavinimas, paciento sveikatos būklė ir kiti įvairūs veiksniai. Paciento vertinimas yra subjektyvus. Šį procesą gali įtakoti netgi paciento nuotaika, noras rimtai ar nerimtai vertinti, noras patikti ar ne paslaugos teikėjui ir apskritai paciento požiūris į visą sveikatos apsaugos sistemą.

Taigi, paslaugų kokybės vertinimui ir ypač įvairių studijų rezultatų palyginimui svarbu žinoti, kiek kiti veiksniai (amžius, lytis, išsilavinimas, socialinė padėtis ir kt.) gali įtakoti kokybės vertinimą. Mokslinės studijos, tiriančios šių veiksnių įtaką pacientų nuomonei apie paslaugų kokybę, pateikia labai prieštarigus tyrimų rezultatus. Tačiau straipsnių išvadose dažnai pažymima, kad pacientų charakteristikos bei kiti specifiniai veiksniai daugiau ar mažiau sąlygoja sveikatos priežiūros kokybės vertinimo indikatorius [286]. J. Sitzia akcentuoja, kad būtina atsižvelgti į šiuos veiksnius.

Studijos duomenų analizė parodė, kad socialiniai demografiniai veiksniai, galintys įtakoti pacientų nuomonę apie paslaugų kokybę, šiame tyrime neturėjo įtakos pagrindinėms paslaugų kokybės vertinimo charakteristikoms: pacientui apskritai vertinant gautų paslaugų kokybę, vertinant savo sveikatos būklę išvykstant ir jo intencijai rekomenduoti gydytis šioje ligoninėje savo artimiesiems. Tarptautinių studijų rezultatai pateikiami labai įvairūs. Neretai mokslininkai pažymi, kad pacientų sveikatos būklė statistiškai reikšmingai koreliuoja su socialiniais demografiniais veiksniais [287, 133]. Blogos sveikatos būklės pacientas sveikatos priežiūros paslaugas vertina blogiau [74]. Dažnai bloga sveikata tiesiog atspindi blogą sveikatos priežiūrą, jeigu vertinimo momentai sutampa. Tačiau remiantis moksline literatūra tenka pripažinti, kad paciento savo sveikatos būklės vertinimas priklauso daugiau nuo gautų paslaugų kokybės (klinikiniu, bendravimo aspektais), nei nuo amžiaus ar socialinio statuso [288].

J.A.Hall ir M.C. Dornan atlikę meta analizę 110 mokslinių studijų, suformulavo išvadą, kad daugumoje mokslinių studijų socialinių demografinių

charakteristikų ryšys su pacientų paslaugų kokybės vertinimu yra labai mažas netgi ir tuomet, kai jis statistiškai reikšmingas [287]. Autorių nuomone, pacientų sveikatos priežiūros vertinimas pagrįste priklauso nuo paslaugų kokybės dimensijų: paslaugų teikimo, gydytojų pacientų bendravimo, fizinės aplinkos, paslaugų prieinamumo ir saugumo. Nors mokslinėse studijose naudojamų pacientų klausimynų tikslas yra įvertinti pacientų nuomonę apie priežiūros kokybę, paprastai klausimynuose įtraukiami ir pacientų socialiniai demografiniai duomenys bei kiti veiksniai, galintys turėti įtakos vertinimui. Dažnai autoriai nustatė silpną ryšį tarp šių rodiklių ir sveikatos priežiūros vertinimo, detaliau neanalizuoja šių rezultatų. Tačiau J.H.Hall ir bendraautoriai pažymi, kad nors ir mažos koreliacijos tarp socialinių demografinių veiksnių ir paslaugų kokybės, jų analizė reikšminga sveikatos mokslo tyrimuose ir būtina globaliai vertinant atliktos mokslinės studijos rezultatus.

Amžius – vienas iš dažniausiai studijose tiriamų veiksnių, galinčių įtakoti paciento nuomonę [289]. J.Tokunaga ir bendraautoriai, atlikę mokslinę studiją Japonijos ligoninėse, nustatė, kad iš visų tirtų socialinių demografinių veiksnių tik pacientų amžius įtakojo pacientų nuomonę, vertinant paslaugų kokybę [274]. Dauguma mokslinių studijų pateikia išvadą, kad jaunesnio amžiaus pacientai blogiau vertina jiems suteiktą paslaugų kokybę [290, 161, 162, 287]. Autoriai teigia, kad vyresnio amžiaus žmonės apskritai geranoriškesni, nenorintys priimti neigiamus vertinimus. Hall ir bendraautoriai netgi nurodo, kad vyresnio amžiaus žmonės gydomi dėmesingiau ir kruopščiau [287]. G.Cohen akcentuoja, kad vyresni pacientai mažiau detaliai domisi savo sveikatos būkle, todėl linkę rečiau klausti gydytojo [288]. Sitzia ir Wood, atlikę meta analizę daugiau nei 100 mokslinių straipsnių apie pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis, padarė apibendrinančią išvadą, kad vyresnio amžiaus pacientai geriau vertina gautų paslaugų kokybę, nes jie linkę mažiau kritikuoti ir turi žymiai kuklesnius lūkesčius [286]. Detalius mokslinio tyrimo rezultatus apie pacientų amžiaus įtaką jų pasitenkinimui sveikatos priežiūra pateikia M. Rahmqvist. Autorius nustatė statistiškai reikšmingą ryšį tarp amžiaus ir pacientų pasitenkinimo indekso ($\rho = 0,307$) [289].

Atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad amžiaus ir visų kokybės indikatorių ryšys yra statistiškai reikšmingas ($p < 0,05$), tačiau ryšio stiprumą ir kryptį pavyko įvertinti tik keturioms kokybės dimensijoms: emocinei paramai ir saugumui, paslaugų organizavimui/koordinavimui, fizinei aplinkai ir planinių paslaugų prieinamumui. Vyresnio amžiaus pacientai geriau vertino tyrimų savalaikį atlikimą ($\rho = -0,13$ $p < 0,000$), jie nurodo trumpesnę laukimo laiką priėmimo skyriuje ($\rho = 0,12$ $p < 0,000$), geriau vertino pagalbinių patalpų švarą ligoninėje ($\rho = 0,10$; $p < 0,000$), jautė stipresnę emocinę paramą esant rūpesčiams ($\rho = 0,16$ $p < 0,000$). Panašius rezultatus paskelbė ir M.S. Westaway su bendraautorais [74]. Šiame darbe nustatyti panašaus stiprumo ryšiai tarp paciento amžiaus ir bendro paslaugų kokybės vertinimo ($\rho = 0,17$ $p = 0,005$), tarp paciento amžiaus ir paciento-gydytojo bendravimo vertinimo dimensijos ($\rho = 0,16$ $p = 0,009$).

Tarptautinės mokslinės studijos pateikia labai prieštarigus duomenis apie pacientų *lyties* įtaką vertinant paslaugų kokybę. Nors dauguma studijų pateikia išvadą, kad lytis neįtakoja pacientų nuomonės, Saudo Arabijos mokslininkai teigia, kad moterys palankiau vertina paslaugų kokybę [291]. Tokią išvadą jie pagrindžia vienu iš arabų kultūros bruožų ypatumu - bet kokioje paslaugų sferoje moterims rodoma didesnė pagarba nei vyrams. Visiškai priešingas išvadas pateikia Phi Linh Nguyen Thi su bendraautorais [162]. Jis nurodo, kad lytis nėra susijusi su pacientų nuomone, vertinant paslaugų kokybę, nors vyrai kiek palankiau vertino ligoninės fizinę aplinką, gydytojų ir pagalbinių personalo darbą.

Atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad lyties ir kokybės dimensijų vertinimo ryšys šiame tyrime nebuvo statistiškai reikšmingas, nors moterys kai kurias kokybės dimensijas vertino geriau nei vyrai. 58,1 proc. moterų teigia, kad gydytis šioje ligoninėje rekomenduotų savo artimiesiems ($\chi^2 = 17,635$ $df = 2$ $p < 0,000$).

Išsilavinimas taip pat gali įtakoti pacientų nuomonę. Mokslinių studijų rezultatai rodo, kad aukštesnį išsilavinimą turintys pacientai blogiau vertina paslaugų kokybę [291, 286, 287]. Autoriai daro vieną iš prielaidų, jog

aukštesnį išsilavinimą turinčių pacientų lūkesčiai yra didesni. Tokie pacientai taiko aukštesnius, mažiau lanksčius vertinimo kriterijus ir dažniau nusivilia teikiama priežiūra. D.Jankauskienės moksliniame tyrime taip pat daroma išvada – sveikatos priežiūrą geriau vertina mažesnį išsilavinimą turintys pacientai [280]. Tačiau tokio teiginio negalėtų patvirtinti šis atliktas tyrimas, nes statistiškai reikšmingo ryšio tarp pacientų nuomonės apie paslaugų kokybę ir išsilavinimo nenustatyta.

Apie tai, kaip paciento *užsiėmimas* įtakoja jo nuomonę vertinant paslaugų kokybės dimensijas, mokslinės studijos pateikia labai prieštarigus duomenis [287]. Šio tyrimo rezultatai rodo, kad užsiėmimas koreliavo su svarbiu kokybės vertinimo indikatoriumi – galimybe pasirinkti stacionarinę gydymo įstaigą. Atlikta studija parodė, kad nedirbantys pacientai (bedarbiai, pensininkai, studentai, namų šeimininkės) turėjo mažesnę galimybę pasirinkti gydymo įstaigą planinei hospitalizacijai ($\rho=0,110$, $p=0,003$).

Galima būtų išvelgti, kad kuo pacientas turi aukštesnes *pajamas*, tuo geriau turėtų vertinti gaunamas paslaugas dėl turimos galimybės pasirinkti geresnį gydymą. Retos mokslinės studijos, kurios analizuoja ryšį tarp socialinio paciento statuso pagal gaunamas pajamas ir paslaugų kokybės vertinimo. Šis tyrimas nenustatė statistiškai reikšmingo ryšio tarp pacientų gaunamų pajamų ir sveikatos priežiūros kokybės vertinimo. Tačiau dažnai mokslininkai šioje srityje randa statistinį ryšį su kai kuriomis labai specifinėmis kokybės vertinimo dimensijomis [286].

Kiekvienas aplinkos aspektas gali pagerinti arba pabloginti paciento sveikatos būklę. Maistas - sudėtinė priežiūros dalis, triukšmas turi takos paciento sveikimui, garsai ligoninėje gali kelti diskomfortą ir nerimą pacientams. Tyrime nustatyta statistiškai reikšminga koreliacija tarp paciento gaunamų pajamų ir maisto vertinimo. Nors ryšio stiprumas mažas ($\rho =0,108$ $p<0,000$), tačiau galima teigti, kad didesnes pajamas gaunantys pacientai blogiau vertino maistą.

Apart socialinių demografinių veiksnių, mokslinės studijos analizuoja ir kitus svarbius veiksnius, galinčius įtakoti pacientų nuomonę apie jiems suteiktą

paslaugų kokybę. Šiame tyrime iš kitų svarbių veiksnių pasirinktos hospitalizavimo charakteristikos: gydymo profilis ir hospitalizavimo tipas.

Mokslinės studijos teigia, kad paciento nuomonę apie paslaugų kokybę dažnai įtakoja *gydymo profilis*. J. Labarere ir bendraautoriai, atlikę mokslinį tyrimą Prancūzijos ligoninėse, nustatė statistiškai reikšmingus skirtumus tarp pacientų, gydytų skirtinguose departamentuose, vertinimų [133]. Mokslininkai pateikė išvadą, kad iš visų hospitalizavimo charakteristikų tik gydymo profilis turėjo įtakos pacientų nuomonei. Gydymo profilio ir medicinos srities įtaką paslaugų kokybės vertinimui nurodo ir kiti autoriai [289]. M.Rahmqvist, atlikęs pacientų nuomonės apie gautų paslaugų kokybę studiją įvairiose klinikose, pateikė statistiškai patikimus rezultatus: akušerijos klinikose daugiau teigiamų vertinimų nei psichiatrijos klinikose.

Atliktame tyrime analizuoti du labai skirtingomis savo charakteristikomis gydymo profiliai: terapinis ir chirurginis. Statistiškai reikšmingas ryšys nustatytas tarp trijų kokybės vertinimo indikatorių (skausmo kontrolės, išrašymo procedūros ir ligoninės pasirinkimo) ir gydymo profilio. Atliktas tyrimo rezultatai parodė, kad terapiniuose skyriuose blogiau kontroliuojamas skausmas ($\rho = -0,139$, $p < 0,000$). Kuo stipresnis skausmas, tuo pacientas nori efektyviau bendrauti su personalu, tikėdamasis gauti daugiau dėmesio. Mokslinė literatūra rodo, kad skausmas ir jo nepakankama kontrolė tiesiogiai susijusi su blogesniu kokybės vertinimu [74].

Viena iš probleminių sričių, nurodomų šiame tyrime, yra pacientų išrašymo iš stacionaro užlaikymas. Terapiniuose skyriuose dažniau pasitaikydavo išrašomo paciento užlaikymas, taigi terapiniai pacientai šią kokybės dimensiją vertino kritiškiau ($\rho = -0,104$, $p < 0,000$).

Galimybė pasirinkti ligoninę, iš anksto teigiamai nuteikia pacientą, leidžia jam susikurti daugiau realius lūkesčius, o tai, be abejo, turėtų teigiamai įtakoti paslaugų kokybės vertinimą. Šiame tyrime analizuota pacientų ligoninės pasirinkimo galimybė tarp planiškai hospitalizuotų pacientų. Tyrimo rezultatai parodė, kad hospitalizuojant planine tvarka į terapinius skyrius, pacientai turėjo mažesnę galimybę pasirinkti gydymo įstaigą ($\rho = -0,148$, $p < 0,000$).

Hospitalizacijos tipas. Skubios hospitalizacijos atveju pacientai geriau vertina paslaugų kokybę, teigia kai kurie mokslininkai [162]. Mūsų tyrimo duomenimis hospitalizavimo tipo galimybės įtakoti paciento nuomonę yra labai mažos. Nustatytas silpnai teigiamas ryšys tarp paciento savo sveikatos būklės vertinimo ir hospitalizavimo tipo ($\rho = 0,09$, $p < 0,000$). Savo sveikatos būklę išrašant blogiau vertino planine tvarka hospitalizuoti ir gydyti pacientai.

Yra ir daugiau specifinių veiksnių, galinčių įtakoti pacientų nuomonę, kurie nebuvo įtraukti į šį tyrimą. Šiuo atveju analizuoti tik tie veiksniai, kurie esminiai svarbūs biomedicininio, sveikatos priežiūros vadybos aspektu. Tačiau mokslinėje literatūroje gausu mokslinių studijų, kurios, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimą paciento akimis analizuoja kartu su psichologiniais socialiniais veiksniais. Daug prieštaringų rezultatų pateikia moksliniai straipsniai, kuriuose skelbiami duomenys apie paciento asmenybės bruožų (komunikabilumą, sąžiningumą, emocionalumą, savarankiškumą ir kt.) įtaką jo nuomonei vertinant sveikatos priežiūros kokybę [292]. AAJ. Hendriks ir bendraautorai nurodė, kad asmenybė nėra svarbus veiksnys, galintis įtakoti paciento nuomonę apie sveikatos priežiūros kokybės vertinimą.

Tyrimo ribotumai

Apibendrinus šios studijos rezultatus, pažymėtini ir šios studijos ribotumai (trūkumai). Pacientų klausimynai, atsižvelgiant į valstybės sveikatos apsaugos modelį, nacionalinės sveikatos kokybės ir pacientų saugos politiką bei kultūrinės šalies tradicijas, išskiria prioritetines sveikatos priežiūros kokybės matavimo sritis. Adaptuojant Europos Picker instituto stacionare gydomo paciento anketą-apklausą nebuvo pilnai atsižvelgta į aukščiau minėtus aspektus, todėl kai kurių dimensijų gautus rezultatus sudėtinga interpretuoti. Tikslingos tolesnės studijos, siekiant išsiaiškinti priežastis, kodėl 11,9 proc. respondentų nenorėjo dalyvauti priimant sprendimus dėl jų gydymo, kodėl net 20,2 proc. respondentų nurodo, kad jiems nesvarbus privatumas, gaunant sveikatos priežiūros paslaugas. Analizuojant hospitalizavimo charakteristikų įtaką pacientų kokybės vertinimui nebuvo atsižvelgta į hospitalizavimo trukmę,

gydymo profiliai nedetalizuoti pagal specialybes. Paciento sveikatos būklės įvertinimas atvykus į ligoninę suteiktą daug informacijos apie jo gyvenimo kokybę, o tai svarbus veiksnys, galintis įtakoti paciento nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Nepaisant šios studijos ribotumą, pacientų nuomonės tyrimai nacionaliniu lygmeniu, atlikti pagal tarptautinę metodiką, sudaro realias galimybes palyginti Lietuvos situaciją su kitomis Europos ir pasaulio šalimis, įvertinti ir stebėti dinamikoje problemines sritis, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas stacionaruose.

4. CIVILINIŲ BYLŲ ANALIZĖ

4.1 TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Tyrimo laikas: 2006 m. rugsėjo mėn.-lapkričio mėn.

Tyrimo objektas: žalos sveikatai atlyginimo teisė, kaip vienas iš pažeistų pacientų teisių gynimo būdų ir kaip sudedamoji pacientų teisių instituto dalis

Tyrimo dalykas: žalos sveikatai atlyginimo teisę reglamentuojantys tarptautiniai ir nacionaliniai teisės aktai, bendrosios kompetencijos teismų ir LAT darbo praktika

Tyrimo šaltiniai: Lietuvos Respublikos bendrosios kompetencijos teismų sprendimai, LAT nutartys ir išvados

Bylų skaičius : 32

Tyrimo metodas: bendrieji ir specialieji teisės tyrimo metodai, statistinės analizės metodas

Atrankos metodas: 2001-2005 metų gydytojų CA bylų dokumentų ištisinis tyrimas

Tyrimas vykdytas: LAT Civilinių bylų skyriuje

4.1.1 Turinio analizės metodas

Atliekant tyrimą remtasi ne tik *bendraisiais teisės tyrimo metodais*, bet taikyti ir *specialieji tyrimo metodai*, naudojami socialinių tyrimų praktikoje. Šiame tyrimo etape prioritetu autorė pasirinko kokybinį atvejo turinio analizės tyrimo metodą, tačiau kiekybinis duomenų statistinės analizės metodas struktūrizavo tyrimo rezultatų pateikimą ir papildė kokybinį atvejo analizės metodą.

Nuo seno susiklosčiusi tradicija, kad moksliniai tyrimai grindžiami kiekybiniais tyrimais. Medicinos praktikoje vis didesnę reikšmingumą įgauna kokybiniai tyrimai, nes daugelį problemų įvertinti vien tik kiekybiniais tyrimais neįmanoma. Klausimai, reikalaujantys socialinio reiškinių aprašymo, ieškant jo paaiškinimo ir aiškinančių žmonių požiūrio, motyvacijos ir informacijos buvo keliami, analizuojant gydytojų CA bylų dokumentus. Autorė, remdamasi kokybinio tyrimo principais, aprašė ir aiškino tiriamų bylų dokumentų turinį ir reikšmę, taikė detalius bylų epizodų aprašymus, klasifikacijas, pavyzdžius kitų šalių teismų praktikoje. Pagrindinis dėmesys buvo skirtas teismų sprendimų analizei, iškeliant egzistuojančias socialines, medicininės ir teisinės problemas. Tyrimo rezultatus atspindi autorės suformuluoti apibendrinimai ir teiginiai, atsižvelgiant ne tik į teisės doktriną, teisės aktus ir teismų praktiką, bet ir gydytojo profesijos etikos nuostatas bei geras, senas tradicijas medicinos praktikoje.

4.1.2 Statistinės analizės metodai

Tyrime analizuotos 20001-2005 metų gydytojų CA bylos Lietuvoje. LAT administracija raštu kreipėsi į 54 apylinkių ir 5 apygardų bendrosios kompetencijos teismus, prašydama pateikti visas šiuo laikotarpiu teismuose nagrinėtas gydytojų CA dėl žalos sveikatai atlyginimo bylas, kuriose buvo priimti teismo sprendimai. Viso 8 apylinkių ir 3 apygardų teismai pateikė 32

nagrinėjamos kategorijos bylas. Teisminio ginčo proceso ir priimto teismo sprendimo duomenys perkelti į bylos atvejo elektroninę kortelę (2 priedas).

Statistinė duomenų analizė atlikta asmeniniu kompiuteriu, panaudojant statistinės analizės SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*/statistinis paketas socialiniams mokslams) 15 versijos programinį paketą, Microsoft Office Exel 2003, JMP 7 versiją (SAS/*Statistical Analysis System* programos versija). Aprašomoji duomenų statistika pateikiama pagal teisminio civilinio proceso eigą. Statistiniams ryšiams vertinti naudotas susijusių požymių chi-kvadrato kriterijus (χ^2). Skirtumai tarp atitinkamų rodiklių laikyti statistiškai reikšmingais, kai apskaičiuotas statistinis reikšmingumas $p \leq 0,05$.

Civilines bylas pateikusių pirmosios instancijos teismų duomenys pateikti 32 lentelėje. 20 civilinių bylų nagrinėta apylinkių teismuose, 12 civilinių bylų – apygardos teismuose.

32 lentelė. Bendrosios kompetencijos teismų pateiktos bylos

Eil. Nr.	Teismai	Bylų skaičius n
Apylinkės		
1.	Vilniaus miesto 2 apylinkės	2
2.	Kauno miesto	5
3.	Marijampolės rajono	1
4.	Vilniaus miesto 1 apylinkės	5
5.	Klaipėdos miesto	1
6.	Plungės rajono	1
7.	Visagino miesto	3
8.	Kauno rajono	2
Apygardos		
9.	Šiaulių	2
10.	Vilniaus	4
11.	Kauno	6
IŠ VISO		32

Tyrimo rezultatai rodo, kad net trečdalį bylų sudarė Kauno apygardos ir Kauno miesto apylinkės teismų bylos (n=11).

Daugiau nei dviejuose trečdaliuose bylų atsakovais dėl žalos sveikatai atlyginimo buvo viešosios stacionarinės ASPĮ (Lietuvoje, kaip ir daugelyje valstybių, gydymo įstaigoms taikoma netiesioginė civilinė atsakomybė, angl. *vicarious liability*). Bylų pasiskirstymas pagal įstaigos tipą pateikiamas 33 lentelėje.

33 lentelė. Bylų pasiskirstymas pagal metus ir gydymo įstaigos tipą

Gydymo įstaigos tipas	Metai										Iš viso	
	2001		2002		2003		2004		2005		n	proc.
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.		
ambulatorinė	0	0,0	0	0,0	3	42,9	0	0,0	6	40,0	9	28,1
stacionarinė	2	100,0	1	100,0	4	57,1	7	100,0	9	60,0	23	71,9
IŠ VISO	2	100,0	1	100,0	7	100,0	7	100,0	15	100,0	32	100,0

Iš devynių ambulatorinių gydymo įstaigų, keturios gydymo įstaigos buvo privačios, vadinasi tarp paciento ir gydytojo buvo susiklostę sutartiniai civiliniai santykiai. Autorė neišskyrė šių atvejų į atskirą grupę, nes gydytojų CA bylose tiek deliktinei, tiek sutartinei civilinei atsakomybei taikomos tos pačios civilinės atsakomybės sąlygos.

Beveik pusė civilinių ieškinių pateikta antrinio lygio paslaugas teikiančioms gydymo įstaigoms. Bylų pasiskirstymas pagal paslaugų teikimo lygį ir metus pateikiamas 34 lentelėje.

34 lentelė. Bylų pasiskirstymas pagal metus ir sveikatos priežiūros paslaugos lygį

Paslaugų lygis	Metai										Iš viso	
	2001		2002		2003		2004		2005		n	proc.
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.		
pirminis	0	,0	0	,0	2	28,6	0	,0	3	20,0	5	15,6

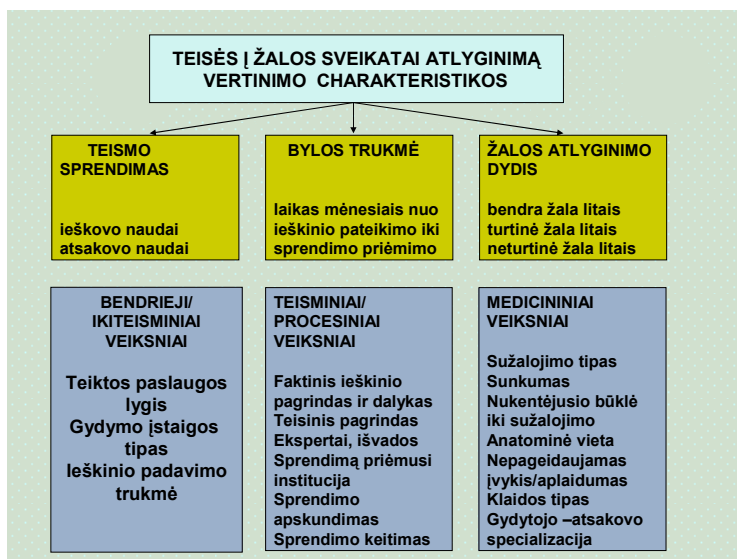
antrinis	1	50,0	1	100,0	2	28,6	4	57,1	7	46,7	15	46,9
tretinis	1	50,0	0	,0	3	42,9	3	42,9	5	33,3	12	37,5
IŠ VISO	2	100,0	1	100,0	7	100,0	7	100,0	15	100,0	32	100,0

Tyrimo duomenys rodo, kad 2005 metais besikreipiančių dėl žalos atlyginimo pacientų skaičius išaugo dvigubai, lyginant su 2003 ar 2004 metais. Tai galėjo sąlygoti 2005 m. sausio 1 d. įsigaliojusi nauja LR PTŽSAĮ redakcija, plačiai informavusi visuomenę apie pacientų teises ir be abejo teisę gauti žalos sveikatai atlyginimą.

Pacientų teisės į žalos sveikatai atlyginimą įgyvendinimo vertinimui pasirinktos trys pagrindinės charakteristikos:

1. Teismo sprendimas (ieškovo/atsakovo naudai)
2. Bylos trukmė (laikas mėnesiais nuo ieškinio pateikimo iki sprendimo priėmimo)
3. Žalos atlyginimo dydis litais (bendra žala, turtinė ir neturtinė)

Pagrindines charakteristikas galintys įtakoti veiksniai suskirstyti į tris grupes: bendrieji, teisiniai procesiniai ir medicininiai. Pagrindinių vertinimo charakteristikų ir jas galinčių įtakoti veiksnių schema pateikiama 23 paveiksle.



23 pav. Civilinių bylų analizės schema

4.2 CIVILINIŲ BYLŲ TYRIMO REZULTATAI

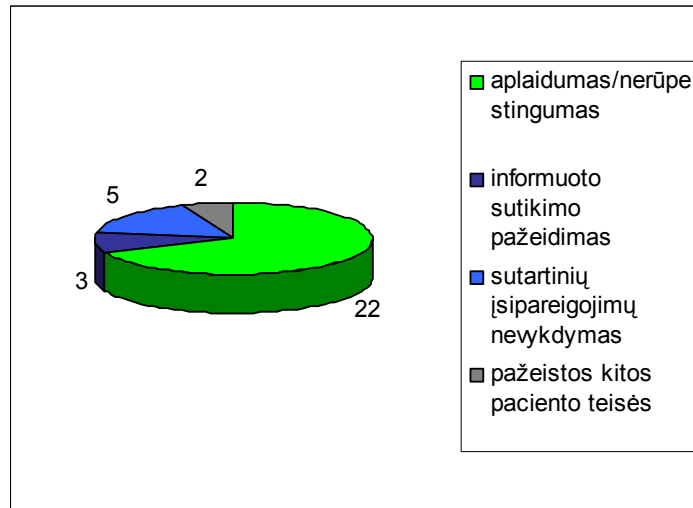
4.2.1 Ieškinio charakteristikos

Pirmoji ir privalomoji civilinio proceso stadija – civilinės bylos iškėlimas teisme, pateikiant ieškovui ieškinio pareiškimą. Analizuojamų bylų ieškinį atspindinčios charakteristikos pateikiamos 35 lentelėje.

35 lentelė. Ieškinio charakteristikos

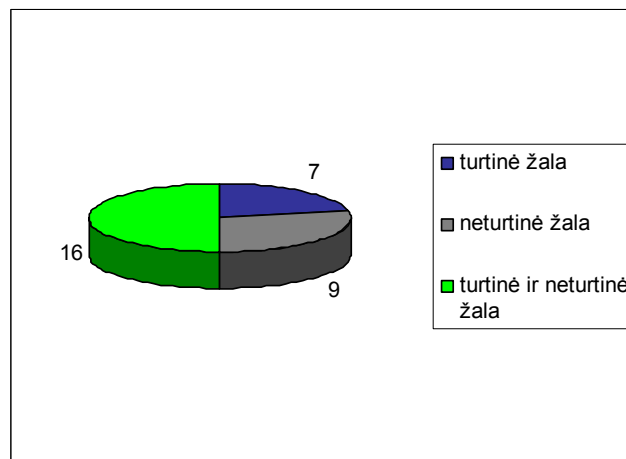
Ieškinio charakteristikos	Bylų skaičius	
	n	Proc.
Faktinis ieškinio pagrindas		
1. aplaidumas/nerūpestingumas	22	68,8
2. informuoto sutikimo pažeidimas	3	9,4
3. sutartinių įsipareigojimų nevykdymas	5	15,6
4. pažeistos kitos paciento teisės	2	6,2
Teisinis ieškinio pagrindas		
1. deliktas	25	78,1
2. kita	7	21,9
Ieškinio dalykas/reikalavimas		
1. turtinė žala	7	21,9
2. neturtinė žala	9	28,1
3. turtinė ir neturtinė žala	16	50,0

Dažniausiai pacientai skundė gydytojo veiksmus, nurodydami, kad gydytojas nepilnai ištyrė jų sveikatos būklę, nustatė klaidingą diagnozę, gydė aplaidžiai, netinkamai atliko operaciją ar kitą procedūrą, nesikonsultavo su kolegomis, neinformavo paciento apie gydymo metodus, alternatyvas ir galimas pasekmes. Bylų pasiskirstymas pagal faktinį ieškinio pagrindą pateikiamas 24 paveiksle.



24 pav. Bylų pasiskirstymas pagal faktinį ieškinio pagrindą (atvejų skaičius)

Ieškinio pareiškime ieškovai nurodo ieškinio dalyką, dažniausiai jie prašė atlyginti ir turtinę, ir neturtinę žalą (25 paveikslas). Pastaraisiais metais stebimas ypatingai aktyvus pacientų siekis gauti neturtinės žalos atlyginimą. Iš viso net 78 proc. ieškovų (25 atvejai) reikalavo atlyginti neturtinę žalą.



25 pav. Bylų pasiskirstymas pagal ieškinio dalyką (atvejų skaičius)

Remiantis LR CK nuostatomis, per trejus metus nuo sužalojimo (ar sužinojimo apie sužalojimą) ieškovas privalo pateikti ieškinį teisme. Laiko nuo

sužalojimo ar sužinojimo apie sužalojimą iki ieškinio padavimo aprašomoji statistika pateikiama 36 lentelėje.

36 lentelė. Ieškinio senaties aprašomoji statistika

Bylų skaičius n	Vidurkis	Mediana	Standartinis nuokrypis	Minimumas	Maksimumas
32	32,22	25,00	30,07	3	145

Atlikta bylų analizė parodė, kad ieškinio padavimo laiko intervalas labai platus. Vidutinė ieškinio padavimo trukmė -32,22 mėnesiai. Atsižvelgiant į įstatymo numatytą trejų metų ieškinio senaties terminą, ieškinio pateikimo duomenys pateikiami 37 lentelėje.

37 lentelė. Bylų pasiskirstymas pagal ieškinio padavimo terminą

Ieškinio padavimo terminas mėn.	Bylų skaičius n	Procentas	Sukauptasis procentas
1-12 mėn.	7	21,9	21,9
13-36 mėn.	15	46,9	68,8
daugiau 36 mėn.	10	31,3	100,0
Iš viso	32	100,0	

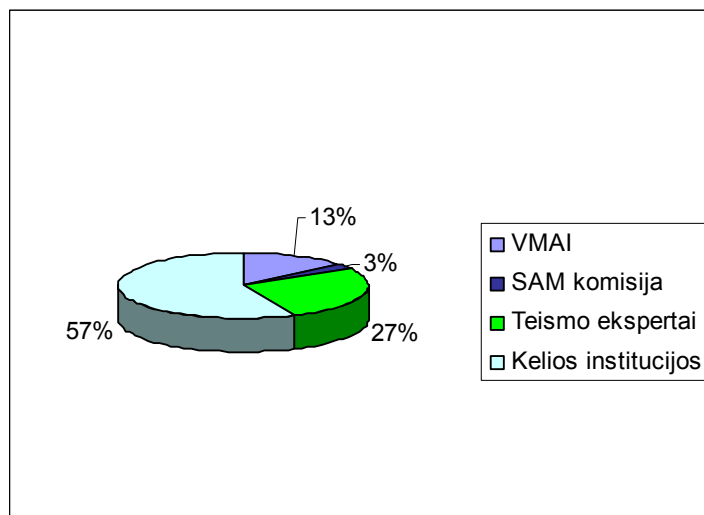
Net trečdalis ieškinių buvo pateikti praėjus trejų metų senaties ieškinio terminui. Visais atvejais teismai priėmė ieškovų reikalavimą apginti pažeistą teisę nepaisant to, kad ieškinio senaties terminai buvo pasibaigę.

4.2.2 Teismo ginčo nagrinėjimas, jo trukmė

Teismo nagrinėjimo procesas dėl žalos pacientų sveikatai atlyginimo turi nemažai ypatumų, kurie suteikia jam ir „meno“, ir „mūšio“ laimėti bylų požymių. Menas ieškovui - surasti atitinkamos specializacijos advokatą, teismams - vertinti objektyvias arba šališkas ekspertų išvadas. Žvelgiant iš

kovos pozicijų, pacientas siekia gauti kuo didesnę žalos atlyginimą, o gydytojas – rasti kuo daugiau gynybos argumentų, kad įrodyti savo teisumą. Teismui, kaip arbitrai šioje kovoje, svarbiausiai yra tai, kad žalos kompensavimo sistema veiktų efektyviai, apgintų pažeistas pacientų teises ir sudarytų prielaidas išvengti panašių klaidų ateityje.

Civilinių bylų analizė parodė, kad net 93,8 proc. nagrinėtų bylų atvejais teisminiame procese dalyvavo ekspertai (30 bylų atvejų). Bylų pasiskirstymas pagal ekspertų dalyvavimą jose pateikiamas 26 paveiksle.



26 pav. Civilinių bylų pasiskirstymas pagal byloje dalyvavusius ekspertus

Daugiau nei pusė bylų atvejų dalyvavo kelios ekspertų institucijos, teismui skiriant papildomas ar pakartotinas ekspertizes. Ekspertų vertinimas gali nulemti bylos eigą ir įtakoti teismo išvadas, tačiau teismas analizuoja gydytojo veiksmų teisėtumą teisės požiūriu, todėl jis negali pasikliauti vien tik ekspertų išvadomis, o privalo visas jas vertinti kritiškai. Ekspertų išvados dėl gydytojų veiksmų teisėtumo pateikiamos 38 lentelėje

38 lentelė. Ekspertų išvados dėl gydytojų veiksmų teisėtumo

Veiksmų teisėtumas	VMAI		SAM		Teismo medicinos ekspertai	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
	Pažeistas standartas	14	77,8	4	44,4	12
Nepažeistas standartas	3	16,7	4	44,4	9	42,9
Neaišku	1	5,6	1	11,1	-	-
Iš viso	18	100,0	9	100,0	21	100,0

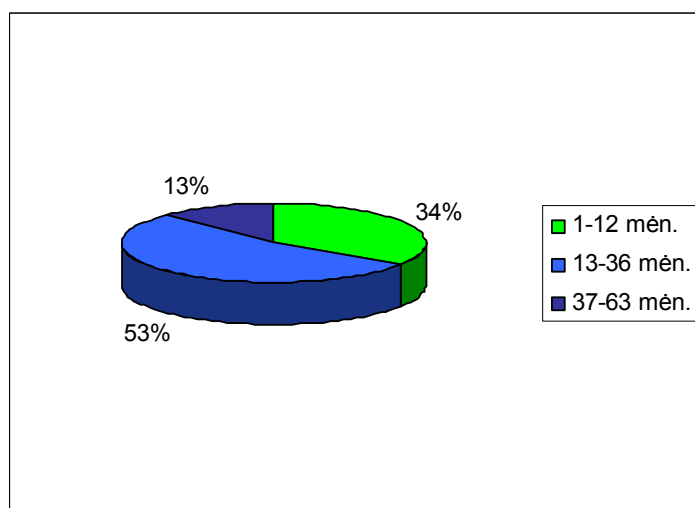
Didžiausią skaičių ekspertizių atliko Teismo medicinos ekspertai, jie pateikdavo aiškias išvadas dėl gydytojo veiksmų standarto pažeidimo. Griežčiausiai gydytojų veiksmų teisėtumą vertino VMAI, 77,8 proc. atvejų nustačiusi gydytojo elgesio standarto pažeidimus.

Svarbus pacientų teisės į žalos sveikatai atlyginimą vertinimo kriterijus yra laikas, per kurį pacientas apgina savo pažeistą teisę į kokybišką sveikatos priežiūrą. Atliktos bylų analizės rezultatai parodė, kad vidutinė trukmė nuo ieškinio registravimo teisme iki galutinio teismo sprendimo priėmimo - 20,31 mėnesiai. Pusė bylų atvejų išnagrinėta ne ilgiau kaip per 17,5 mėnesių. Bylinėjimosi trukmės aprašomoji statistika pateikiama 39 lentelėje.

39 lentelė. Teisminio proceso trukmės aprašomoji statistika

Bylų skaičius n	Vidurkis	Mediana	Standartinis nuokrypis	Minimumas	Maksimumas
32	20,31	17,50	15,22	1	63

87 proc. bylų atvejų civilinis procesas užtruko iki trijų metų. Civilinių bylų pasiskirstymas pagal jų trukmę pateikiamas 27 paveiksle.



27 pav. Civilinių bylų pasiskirstymas pagal teismo proceso trukmę

Tyrimo rezultatai rodo, kad vidutinė bylos trukmė nedalyvaujant ekspertams – 4 mėnesiai, dalyvaujant ekspertams – 22,3 mėnesiai.

Civilinių bylų statistinė analizė leido daryti prielaidą, kad civilinės bylos trukmė priklauso nuo byloje atliktų ekspertizių skaičiaus (40 lentelė).

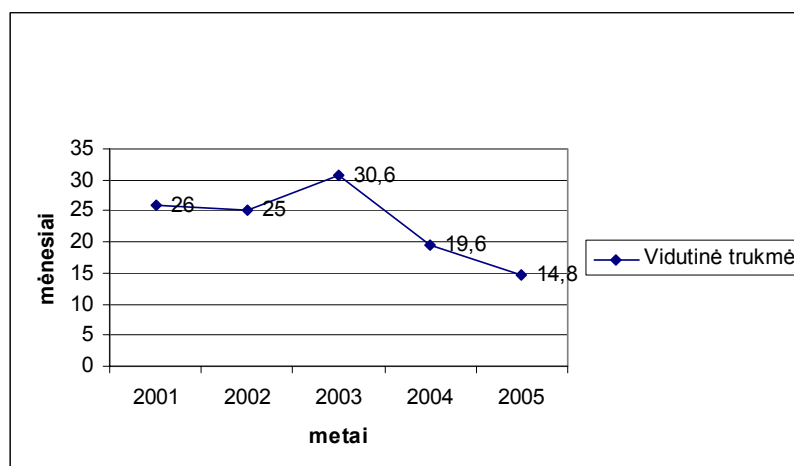
40 lentelė. Ekspertizių skaičiaus pasiskirstymas pagal bylos trukmę

Bylos trukmė mėnesiais	Ekspertizių skaičius								Iš viso n proc.	
	Nebuvo ekspertizės		Viena ekspertizė		Dvi ekspertizės		Trys ir daugiau			
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.		
iki 12	2	18,2	7	63,6	2	18,2	0	,0	11	100,0
13-36	0	,0	4	23,5	5	29,4	8	47,1	17	100,0
daugiau nei 36	0	,0	3	75,0	1	25,0	0	,0	4	100,0
Iš viso	2	6,3	14	43,8	8	25,0	8	25,0	32	100,0

$\chi^2=14,690$, $ll=6$, $p=0,023$, Kendall's tau-c kriterijus 0,290, $p=0,032$

Nors 2005 metais civilinių bylų skaičius išaugo dvigubai lyginant su 2003 metais, vidutinė bylos nagrinėjimo trukmė lyginant šiuos metus

sutrumpėjo daugiau nei du kartus (iki 14,8 mėnesių). Bylinėjimosi trukmės pasiskirstymas pagal metus pateiktas 28 paveiksle.



28 pav. Civilinio proceso vidutinė trukmė pagal bylos nagrinėjimo metus

2003 metais fiksuotas pirmasis gydytojų CA bylų „pikas“ Lietuvoje, tuo būtų galima aiškinti ilgiausią vidutinę civilinio proceso trukmę (30,57 mėnesių).

4.2.3 Teismų sprendimai, jų kontrolė

Analizuodama teismų požiūrį, motyvaciją ir elgseną priimant teismo sprendimus, autorė vertino teismo sprendimų esmines charakteristikas, kurių aprašomąją statistiką pateikia 41 lentelėje.

41 lentelė. Teismo sprendimų atspindinčios charakteristikos

Charakteristikos	Bylų skaičius n	Procentas
Teismo sprendimas		
1.ieškinį tenkino pilnai	5	15,6
2.ieškinį tenkino dalinai	14	43,8
3.taikos sutartis/byla nutraukta	2	6,2
4.ieškinį paliko nenagrinėtą (nesilaikė ikiteisminės procedūros) arba ieškinį atmetė	11	34,4

Teisminė institucija priėmusi galutinį sprendimą		
1.pirmos instancijos	8	25,0
2.apeliacinės	11	34,4
3.kasacinės	13	40,6
Sprendimas apskūstas		
1.taip	24	75,0
2.ne	8	25,0
Apskūstas sprendimas pakeistas		
1.taip	11	45,8
2.ne	13	54,2

Viso 59,4 proc. bylų atvejų ieškinys tenkintas pilnai arba dalinai. Dviem atvejais Šiaulių ir Kauno apygardos teismai patvirtino taikos sutartis, neprieštaraujančias imperatyvioms įstatymų nuostatomis ar viešajam interesui, o ginčo šalims sutarus dėl žalos paciento sveikatai kompensavimo. Trimis atvejais ginčas negalėjo būti nagrinėtas teisme, nes ieškovai nesilaikė ikiteisminės ginčo nagrinėjimo tvarkos, aštuoniais atvejais teismai ieškinį atmetė, nesant įrodymų dėl byloje pareikštų reikalavimų.

Teismų sprendimų pagrįstumo ir teisėtumo kontrolė vertinama apskundimo atvejais. Galutiniai teismo sprendimai pirmąja instancija buvo priimti tik 3 apylinkių ir 5 apygardų teismų. Apskūsta net 75 proc. pirmos instancijos teismų sprendimai (24 atvejais: 17 apylinkių teismų sprendimai ir 7 apygardų). Daugiau nei 40 proc. apeliacinio teismo nutarčių buvo skūsti kasacine tvarka, kuri yra išimtinė teismų sprendimų teisėtumo kontrolės forma. LAT priėmė (Teisėjų atrankos kolegijos patvirtino nutartimis) 13 kasacinių skundų dėl priimtų žemesniųjų instancijų teismų sprendimų gydytojų CA bylose (iš jų 5 atvejais apskūsti apeliacinio teismo sprendimai, 8 atvejais – apygardų teismo sprendimai). Šešiais nagrinėtų civilinių bylų atvejais LAT nutartimis paliko nepakeistus žemesniųjų instancijų teismų procesinius sprendimus, dviem atvejais žemesniųjų instancijų teismų sprendimai buvo

pakeisti, penkiais atvejais civilinės bylos perduotos žemesniųjų instancijų teismams nagrinėti bylas iš naujo.

Atlikta bylų analizė parodė, kad viso beveik pusė apskųstų teismo sprendimų (45,8 proc.) buvo pakeisti.

Moksliniame darbe buvo tiriama, ar *teisiniai procesiniai veiksniai* nagrinėjamosiose žalos sveikatai atlyginimo bylose turėjo įtakos teismo sprendimui ieškovo-paciento naudai. Statistiškai reikšmingo ryšio tarp sprendimų paciento naudai ir ieškinio teisinio bei faktinio pagrindų nenustatyta ($\chi^2=1,586$, $ll=3$, $p=0,663$; Fišerio kriterijus 1,360, $p=0,921$) ($\chi^2=5,987$, $ll=9$, $p=0,741$; Fišerio kriterijus 7,327, $p=0,696$).

Analizuota ir galima *medicininių veiksnių* įtaka teismo sprendimams. Medicininių veiksnių aprašomoji statistika pateikiama 42 lentelėje.

42 lentelė. Bendra medicininių veiksnių aprašomoji statistika

Medicininiai veiksniai	Bylų sk. n	Procentas
Sužalojimo laipsnis		
Išgydytas/laikinas nedarbingumas	11	34,4
Invalidumas	12	37,5
Mirtis	9	28,1
Sveikatos sutrikdymo mastas		
Nežymus	6	18,8
Nesunkus	8	25,0
Sunkus	9	28,1
Mirtis	9	28,1
Sveikatos būklė iki kreipimosi į gydymo įstaigą		
Sveikas	10	31,3
Sirgo	17	53,1
Invalidas	5	15,6
Sužalojimo tipas		
Nėra nepageidaujamo įvykio	4	12,5
Nepageidaujamas įvykis	8	25,0
Nepageidaujamas įvykis dėl pažeisto gydytojo standarto	20	62,5

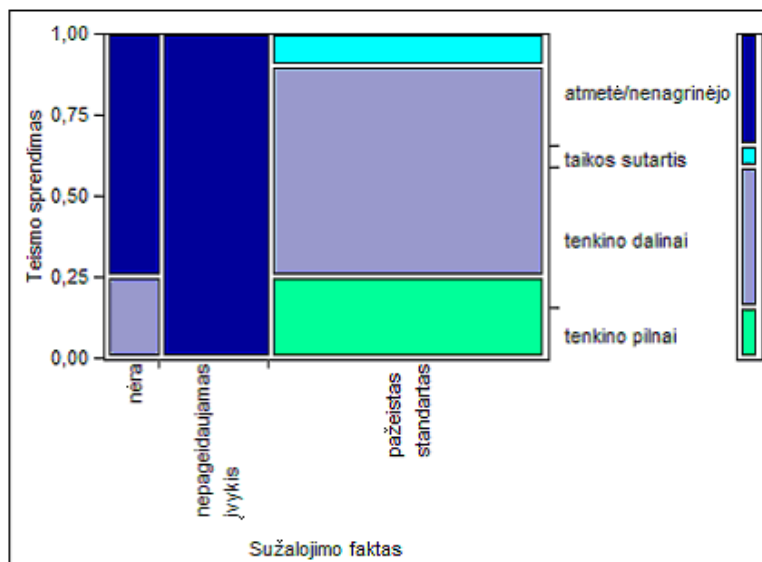
Profesinės klaidos tipas		
Klaidinga/nesavalaikė diagnozė	9	40,9
Gydymas	7	31,8
Paciento sekimas	6	27,3
Sužalojimo sritis		
Terapija	7	21,9
Traumatologija	5	15,5
Chirurgija	10	31,3
Ginekologija	3	9,4
Psichiatrija	3	9,4
Odontologija	4	12,5
Sužalojimo anatomicinė vieta		
Galva	5	15,6
Vidaus organai	12	37,5
Galūnės	6	18,8
Kita	9	28,1

Sužalojimo laipsnis buvo vertinamas sekančiai: pacientas išgydytas/laikinas nedarbingas, jam pripažintas invalidumas ir atvejis baigėsi paciento mirtimi. Sveikatos sutrikdymo mastą numato Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro, Lietuvos Respublikos teisingumo ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas: sunkus, nesunkus ar nežymus [293].

Statistinė analizė, taikant tikslųjį Fišerio testą, parodė, kad nei sužalojimo sunkumas, nei sveikatos sutrikdymo mastas ar sveikatos būklė iki kreipimosi į gydymo įstaigą neturėjo statistiškai reikšmingos įtakos teismui priimant sprendimą ieškovo-paciento naudai.

Nepaisant mažo civilinių bylų atvejų skaičiaus statistinėje analizėje, teismo sprendimas statistiškai reikšmingai priklausė nuo sužalojimo tipo, kuris buvo išskirtas pagal paciento sveikatos sutrikimo priežastį: sveikatos sutrikimas yra, bet ne dėl nepageidaujamo įvykio ar gydytojo standarto pažeidimo, sveikatos sutrikimą sukėlė nepageidaujamas įvykis, paciento

sveikatos sužalojimą lėmė gydytojo neteisėti veiksmai. Statistinis ryšys vertintas naudojant tiksliojo Fišerio kriterijaus Freeman ir Halton apibendrintą variantą [294]. Teismo sprendimų pasiskirstymas pagal sužalojimo tipą parodytas 29 paveiksle.

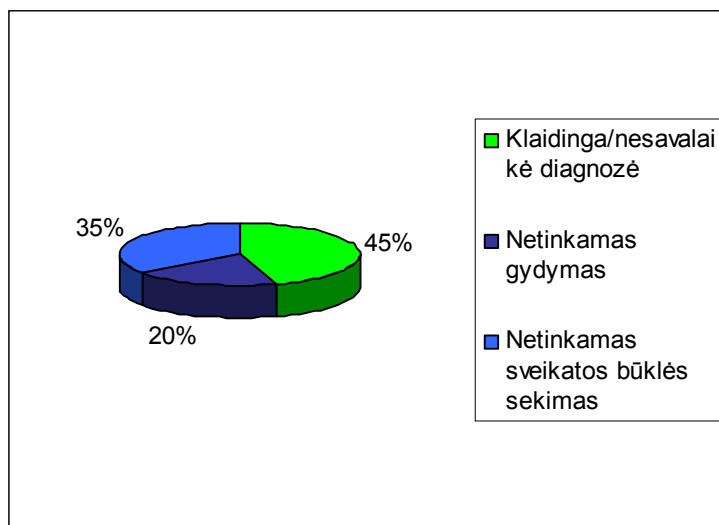


29 pav. Teismo sprendimų pasiskirstymas pagal sužalojimo tipą

Tikslusis Fišerio kriterijus = 28,422, $p < 0,000$

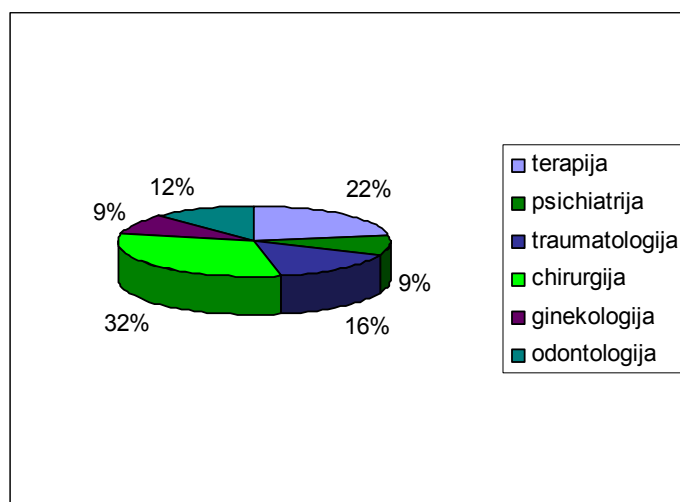
Teismų sprendimai parodė, kad 37,5 procentų ieškinių buvo pateikta apskritai nesant nepageidaujamo įvykio arba nepageidaujamas įvykis buvo ne dėl gydytojo standarto pažeidimo, 62,5 procentais atvejų nepageidaujamą įvykį sukėlė gydytojo aplaidumas. Visais atvejais, jeigu teismas konstatavo neteisėtus gydytojo veiksmus, sprendimas buvo priimtas ieškovo naudai: ieškinys tenkintas arba pilnai (5 atvejai), arba dalinai (13 atvejų), dviem atvejais teismas sprendimais patvirtino taikos sutartis. Aštuoniais atvejais esant nepageidaujama įvykiui, tačiau nesant gydytojo aplaidumo, teismo sprendimai netenkino ieškovo reikalavimų atlyginti žalą. Keturiais atvejais apskritai nesant nepageidaujamo įvykio, vienu atveju žala buvo atlyginta ieškovui, teismui nustačius psichine liga sergančio ligonio priverstinio hospitalizavimo tvarką.

Atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad dauguma gydytojams iškeltų bylų buvo dėl klaidų nustatant ligos diagnozę, rečiau - netinkamai gydant ar sekant paciento sveikatos būklę gydymo eigoje. Klaidų pasiskirstymas pagal jų tipą nagrinėjamose bylose pateikiamas 30 paveiksle.



30 pav. Bylų pasiskirstymas pagal gydytojo klaidos tipą

Teismai, vertindami, ar gydytojas elgėsi protingai ir apdairiai, taiko galiojantį gydytojo elgesio standartą žalos padarymo metu (protingai profesionalaus gydytojo elgesio standartas pateikiamas literatūros apžvalgos 2.4.1 skyriuje). Teismas atsižvelgia į gydytojo specializaciją ir vertina būtent tuos reikalavimus, kurie įtvirtinti tos specialybės medicinos normoje. Civilinių bylų pasiskirstymas pagal gydytojų specializaciją pateiktas 31 paveiksle.



31 pav. Bylų pasiskirstymas pagal gydytojo specializaciją

Net 56,2 proc. civilinių bylų buvo iškelta chirurginio profilio gydytojams (chirurgams, traumatologams ir ginekologams).

4.2.4 Žalos sveikatai atlyginimo dydžio nustatymas

Kiekvienu žalos padarymo atveju, teismas privalo kaip galima tiksliau apskaičiuoti žalos dydį ir atsižvelgti į visiško žalos atlyginimo principą. Kompensuojama už realiai patirtą žalą, nors pati žala šios kategorijos bylose yra labai specifinė. Žalos atlyginimo charakteristikų aprašomoji statistika pateikiama 43 lentelėje.

43 lentelė. Žalos atlyginimo charakteristikų aprašomoji statistika

Charakteristika (žala litais)	n	Min	Maksi- mumas	Vidurkis	Media- na	Std. nuokrypis
Prašoma atlyginti bendra žala	31	1895	2113313	266553	100 000	462478
Prašoma atlyginti turtinės žala	21	630	683313	63589	11468	159790
Prašoma atlyginti neturtinė žala	25	5000	1430000	277112	100 000	394777

Priteista žala	neturtinė	15	500	500000	97388	32000	132832
Priteista žala	turtinė	12	166	12527	4517	2303	4274
Priteista žala	bendra	19	1895	500000	79738	14000	123602
Prašyta išmoka	periodinė	8	162	1400	561	290	477
Priteista išmoka	periodinė	5	145	352	255	250	78

Bendrai vienkartinės žalos sveikatai atlyginimo išmokos prašė 31 ieškovas (vienu atveju ieškovas prašė tik periodinių išmokų, kurios skaičiuotos atskirai), žala kompensuota 19 bylų atvejų (61,3 proc.). Turtinės žalos atlyginimo reikalavo 21 ieškovas (kompensuota 12 atvejų t.y. 57,1 proc.), o neturtinės žalos atlyginimo prašė 25 ieškovai (atlyginta 15 bylų atvejų, t.y. 60 proc.). Didžiausi turtinės ir neturtinės žalos atlyginimo reikalavimai buvo pateikti civilinėje byloje *R.V., D.L.V. v VšĮ Kauno 2-oji klinikinė ligoninė, VšĮ Kauno klinikinė infekcinė ligoninė* dėl aštuoniolikmetės pacientės mirties gydytojams neteisingai nustačius ligos diagnozę ir taikius netinkamą gydymą [206]. Tačiau didžiausia žalos sveikatai kompensacija priteista ieškovams civilinėje byloje *L.Z., M.Z., V.Z., G.Z M.Z. v VšĮ Marijampolės ligoninė* dėl nerūpestingo medikų elgesio sužalojus naujagimius [221]. Dėl patirtų dvasinių išgyvenimų Lietuvos apeliacinio teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegija laikė pagrįstu neturtinės žalos atlyginimu vaikams po 200 000 Lt, tėvams – po 50 000 Lt. Didžiausias turtinės žalos atlyginimas (pilnai kompensuota ieškovo prašyta suma), t.y. 12 527 Lt, LAT priteisė tėvams civilinėje byloje *J.R., Z.R. v VšĮ Vilniaus universiteto Santariškių klinika* už patirtas išlaidas dėl keturiolikmetės dukros mirties po širdies operacijos [205].

Pacientų teisės į žalos sveikatai atlyginimą realizavimo galimybės vertintos pagal ieškovo prašomos ir atlygintos žalos santykinius dydžius.

Teismo sprendimu patvirtintos ir ieškinio reikalavime nurodytos žalos dydžio vidurkių santykiai pateikiami 44 lentelėje.

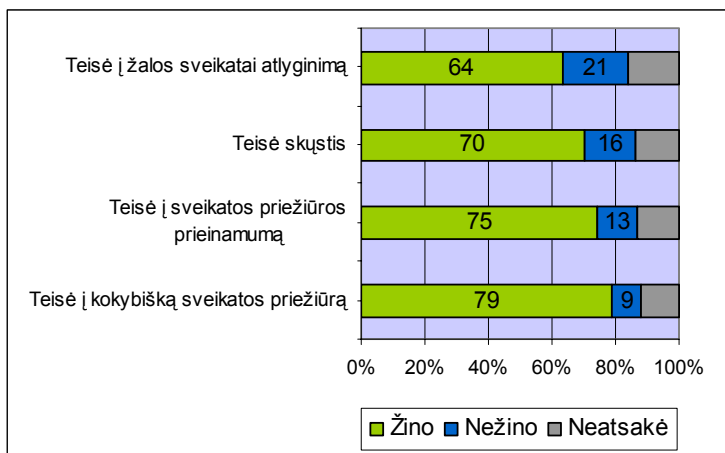
44 lentelė. Sprendimu patvirtintos žalos ir prašomos atlyginti žalos santykiai

Žalos rūšis (atvejų skaičius)	Žalos dydžio vidurkis
	Lt ±St.nuokrypis
Bendra žala (n=31)	
Ieškovo prašoma atlyginti	266553±462478
Sprendimu patvirtinta	48872±103562
Santykis priteistos žalos ir prašomos ieškovo	0,18±0,22
Turtinė žala (n=21)	
Ieškovo prašoma atlyginti	63589±159790
Sprendimu patvirtinta	2581±3911
Santykis priteistos žalos ir prašomos ieškovo	0,04±0,02
Neturtinė žala (n=25)	
Ieškovo prašoma atlyginti	277112±394777
Sprendimu patvirtinta	58433±112533
Santykis priteistos žalos ir prašomos ieškovo	0,21±0,28

Tyrimo rezultatai parodė, kad analizuotų 32 civilinių bylų grupėje ieškovams buvo priteista 18 proc. bendrai turtinės ir neturtinės prašytos atlyginti žalos dydžio. Atlyginta neturtinė žala sudarė 21 proc. nurodytos ieškinio reikalavime, o turtinė – 4 proc. ieškovų prašytos turtinės žalos atlyginimo dydžio. Išskirtinai mažą turtinės žalos sveikatai atlyginimo procentą sąlygojo trijų ieškovų pareiškimuose nurodyti nepagrįstai dideli negautų pajamų reikalavimai artimo asmens mirties atvejais.

4.3. REZULTATŲ APITARIMAS

Užsienio ir Lietuvos mokslinės teisinės literatūros apžvalga parodė, kad yra mažai mokslinių studijų, kurios analizuoja žalos pacientų sveikatai atlyginimo bylas, jų procesinius ypatumus, gydytojų aplaidumo atvejų poveikį sveikatos priežiūros kokybei ir galimybes išvengti netinkamos medicinos praktikos. Labai negausu tarptautinių mokslinių studijų, kurios analizuotų medicininius veiksnius, galinčius turėti įtakos teismo sprendimui. Kadangi žalos pacientų sveikatai atlyginimo teisės doktrina mokslininkų vertinama ir aiškinama labai nevienareikšmiškai, tyrimai šioje srityje ir jų rezultatų analizė sudarytų prielaidas tobulinti teisingumą ir pagrįstai realizuoti pacientų teisę į žalos sveikatai atlyginimą. Bendra Lietuvos ir Didžiosios Britanijos rinkos ir visuomenės tyrimų kompanija „Baltijos tyrimai“, atlikusi Lietuvos gyventojų ir gydytojų apklausą apie pacientų dalyvavimą sveikatos priežiūros procese, nustatė, kad ne visi gyventojai žino savo, kaip paciento teises [295]. Pacientų teisių žinojimo lygmuo yra nevienodas atskirų teisių atžvilgiu. Tyrimo rezultatai apie LR PTŽSAĮ deklaruojamų teisių žinojimą pateikiami 32 paveiksle.



32 pav. Pacientų teisių žinojimo lygis

Šaltinis: Lietuvos gyventojų ir gydytojų apklausa apie pacientų dalyvavimą sveikatos priežiūros procese, „Baltijos tyrimai“, 2007.

Tyrimas parodė, kad Lietuvos gyventojai apskritai yra gana pasyviai nusiteikę patys dalyvauti savo sveikatos procese, tačiau įvykus nesėkmei teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, pacientai visų pirma laukia informacijos apie tai, kas įvyko, priežasčių paaiškinimo ir, aišku, atsiprašymo [296]. Mulcahy L. su bendraautorais tvirtina, kad svarbiausia yra tai, kad gydytojas pripažintų klaidą, ją analizuotų ir nekartotų jos ateityje [297.P.12-13]. Savalaikė ir kokybiška komunikacija sumažina ir gydytojo, ir paciento emocinę, fizinę ir finansinę traumą, paciento pyktį ir nusivylimą sveikatos priežiūra. Įstatyminis pacientų teisių reglamentavimas ir informuoto paciento sutikimo instituto nuostatos įpareigoja gydytojus informuoti pacientą apie nesėkmę, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas [298]. Tai turėtų būti nuoširdus išaiškinimas pacientui ir jo artimiesiems apie netikėtą žalą jo sveikatai, kuri atsirado ne dėl pačios ligos, bet teikiant sveikatos priežiūros paslaugą. Užsienio valstybių patirtis rodo, kad ligoninės pradeda įgyvendinti klaidų atskleidimo politiką ir ruošia naujus pacientų saugumo standartus [299]. Lamb Rae M. ir bendraautorai atliko mokslinį tyrimą 500 JAV ligoninių. Rezultatai parodė, kad gydytojai visuomet atskleidžia rimtą nesėkmės ar mirties atvejį, tačiau apskritai nenoriai informuoja pacientus apie mažiau komplikuotus, išvengiamus nepageidaujamus įvykius [300]. Autoriai išreiškia viltį, kad gydytojai suvoks klaidų atskleidimo esmę ir tikslą, skatins pacientų ir gydytojų partnerystę, paciento dalyvavimą priimant sprendimus dėl jo sveikatos būklės ar gydymo. Negavę aiškaus, tinkamo atsakymo apie gydymo nesėkmę, pacientai atsakymo ieško teisme [301]. Pagrindinis jų tikslas šiame etape - gauti žalos sveikatai atlyginimą ir nubausti kaltu pripažintą gydytoją. Gydytojas-pacientas - specifiniai civilinės teisės subjektai. Tarp paciento-ieškovo ir gydytojo-atsakovo susiklosto išskirtiniai santykiai, kurie sąlygoja civilinio proceso ypatumus žalos sveikatai atlyginimo bylose.

Pacientas, pasitikėdamas gydytoju profesionalu, sutinka priimti jo teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas. Tačiau įvykus nesėkmei, žalą atlyginti prašo tas pats pacientas (ieškovas), dėl sveikatos sužalojimo patyręs fizinius ar dvasinius išgyvenimus. Gydytojo - atsakovo veiksmai šiuo atveju

vertinami trimis aspektais: reglamentuojančiomis materialinės teisės normomis, medicinos etikos principais ir gydytojo elgesio standartu [302]. Privalo būti įrodytos visos CA sąlygos, kurias autorė pateikia mokslinės literatūros apžvalgoje (žiūrėti skyriuje 2.4.1). Detaliai aprašytas protingai kompetentingo ir rūpestingo gydytojo elgesio standartas dominuoja visoje civilinio proceso eigoje. Teismų praktikoje teiginį ”gydytojas žino geriausiai” šiandieną pakeitė teiginys “gydytojas žino geriausiai, jeigu savo veiksmus jis atlieka protingai ir logiškai”[303].

Ieškinio charakteristikos. *Ieškinio* (angl. *action*) *pareiškimas* - pirmoji privaloma civilinio proceso stadija, kuomet asmuo, kurio teisės pažeistos, kreipiasi su reikalavimu į teismą [304]. Ieškinio pagrindas – aiškiai ir tiksliai ieškovo nurodytos faktinės aplinkybės, kuriomis jis grindžia savo materialųjį teisinį reikalavimą (LR civilinio proceso kodeksas – toliau CPK 135 str. 1 d. 2 p.), kartu pateikiant bylai reikšmingus įrodymus. Panašūs reikalavimai ieškinio turiniui keliami ir kitose kontinentinės teisės sistemos šalyse, o bendrosios teisės sistemos valstybėse ieškinio pareiškimui skiriama kur kas daugiau dėmesio, į pareiškimo turinį įtraukiant liudytojų apklausas, advokato iniciatyva atliktas ekspertizes [305].

Teisinės literatūros apžvalga (žiūrėti 2.4.1 skyrių) ir atlikta 32 civilinių bylų dėl žalos sveikatai atlyginimo analizė rodo, kad dažniausiai ieškiniai gydytojams dėl žalos sveikatai atlyginimo reiškiami dviem pagrindais: gydytojas nerūpestingai atliko savo profesinę pareigą arba gydytojas nepilnai informavo pacientą apie gydymo metodus ir galimas jų pasekmes [306]. Taigi, pareiga lemia gydytojo profesinę atsakomybę [307]. Atliktos mokslinės studijos rezultatai patvirtino šią nuostatą: 68,8 proc. ieškovų nurodė gydytojo aplaidumo/nerūpestingumo faktą kaip ieškinio pagrindą (22 atvejai). Analizuodama faktinius ieškinių pagrindus ir atsakovų – gydytojų argumentus dėl jų veiksmų teisėtumo, autorė siekė išsiaiškinti, kaip gydytojo aplaidumą suvokia ieškovas ir atsakovas, ir kaip aiškina teismas.

Analizuodama tarptautines psichologes mokslines studijas, kurios tyrė ieškovų jų sveikatai padarytos žalos suvokimą ir jų teiginius ieškiniui pagrįsti,

bei vertindama analizuojamų civilinių bylų dokumentus, autorė pritaria, kad paciento vertinimai dėl gydytojų aplaidumo yra subjektyvūs. Empiriniai tyrimai rodo, kad didesnė dalis pacientų, kuriems dėl aplaidumo padaroma žala sveikatai, nesikreipia į teismą [308, 309]. Autoriai nurodo, kad tik apie 2 proc. nepageidaujamų įvykių dėl gydytojų aplaidumo yra skundžiami teismuose (santykis aplaidumo ir ieškinio padavimo teisme 7,6: 1). Tačiau egzistuoja ir kita nuostata – paduodami ieškiniai, kai nėra ne tik gydytojų aplaidumo, bet netgi ir sužalojimo fakto [310].

Itin garsiai nuskambėjo žiniasklaidoje Kauno apygardos teismo sprendimas ieškovams V.Z. ir G.Z. priteisti milijoną litų iš Marijampolės ligoninės už padarytą neturtinę žalą dėl nudegintų naujagimių [221]. Ieškovai, naujagimių tėvai, įsitikinę, kad dėl gydytojo ir akušerės nerūpestingumo tuoj po gimimo naujagimiai buvo paguldyti ant termoforų, užpildytų per karštu vandeniu, ir dėl to patyrę sunkius kūno sužalojimus. Ieškovai nusikalstamus medikų veiksmus vertina kaip nežmonišką ir nepateisinamą elgesį su naujagimiais. Ieškovų nuomone, naujagimiai patyrė didelį fizinį skausmą (odos persodinimo operacijos), sužalojimai gali turėti įtakos tolimesniam jų vystymuisi ir gyvenimo kokybei. Sužalotų naujagimių tėvai tvirtino patys patyrę didelių dvasinių išgyvenimų, o tėvas dar ir fizinį skausmą (odos donoras persodinant vaikams odą). Atsakovai iš dalies pripažino savo kaltę, tačiau jų nuomone, dalį rizikos dėl nesėkmės atvejo turėtų prisiimti ir ieškovai. Prognozuodami priešlaikinį gimdymą, jie rekomendavo gimdymo priežiūrą Kauno klinikinėje ligoninėje, tačiau ieškovai tokio siūlymo atsisakė. Teismas nepatvirtino, kad tai buvo nežmoniškas medikų elgesys su naujagimiais, tačiau medikų veiksmus pagrįstai vertino kaip aiškų rūpestingumo neužtikrinimą. Jų elgesys kaltės požiūriu įvertintas kaip nusikaltimas.

Kaip aiškų aplaidumo/nerūpestingumo faktą teismas vertino gydytojo odontologo veiksmus civilinėje byloje *J.T. v A. M. stomatologijos kabinetas* [201]. Ieškovas tvirtino, kad jam buvo suteikta nekvalifikuota pagalba: nesuteikta aiški informacija apie gydomų dantų būklę ir reikalingą gydymą, neskirtas simptominis gydymas. Gydytoja, abejodama dėl gydymo sėkmės,

neatliko radiologinio tyrimo, taigi suteiktos nekokybiškos odontologijos paslaugos. Atsakovas, priešingai, teigė, kad gydymo planas ir taktika buvo teisingi, o rašytinio paciento sutikimo nebuvimas gydymui įtakos neturėjo. Užfiksuoti faktai ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros kortelėje, VMAI bei Teismo medicinos ekspertizės akto išvados leido teismui pagrįsti išvadą, kad gydytoja netinkamai atliko savo pareigas, t.y. nebuvo pakankamai atidi, rūpestinga ir dėmesinga, kaip tai įpareigoja kvalifikuoto gydytojo elgesio standartas.

Pagrįstas ieškovės I.P. faktinis ieškinio pagrindas ir CA byloje *I.P. v UAB „Plastinės chirurgijos centras“*, kuriame ieškovė kaltino ją gydžiusį gydytoją pooperacinės priežiūros nevykdymu [311]. Ji daug kartų kreipėsi į plastinę operaciją atlikusį chirurgą, tačiau, jos nuomone, gydytojas vengė pacientės, neskyrė gydymo, nors ji dėl pooperacinių komplikacijų jautėsi blogai. Teismas griežtai vertino pacientės sveikatos būklės sekimą po operacijos. Jis padarė išvadą, kad gydytojo rūpestingumo pareiga galioja ne tik operacijos metu, bet ir pooperaciniu laikotarpiu. Prievolė atsiradusi tarp paciento ir gydytojo pasibaigia pilnai baigus gydymo kursą. Akivaizdus šios gydytojo profesinės pareigos pažeidimo atvejis teismo nustatytas ir civilinėje byloje *J.R. ir Z.R v VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos* [205]. Kardiochirurgas iš Anglijos M.P.H., atlikęs eksperimentinę septacijos operaciją keturiolikmeči mergaitei, ir pacientę, ir Lietuvos chirurgus po operacijos paliko likimo valiai.

Pasaulinėje teismų praktikoje aktualus tapo šiandieną ir kitas paciento nurodomas ieškinio pagrindas - informuoto asmens sutikimo pažeidimas [312]. Mokslinėje literatūroje (žiūrėti 2.4.1 skyrių) plačiai diskutuojama ne tik apie tinkamą gydytojo informacijos suteikimo pacientui standartą, bet ir apie tai, ką protingas pacientas norėtų ir turėtų sužinoti, kad galėtų priimti teisingą sprendimą [313]. Įstatymu reglamentuota paciento teisė į informaciją Lietuvoje taip pat suformavo aiškia fiduciarinę gydytojo pareigą – gydytojas privalo tinkamai informuoti pacientą apie gydymo metodus, galimas pasekmes, gydytojas gali atlikti tam tikrus veiksmus, tik gavęs informuoto paciento

sutikimą [2]. Tačiau svarbus ir šios pareigos etinis aspektas. Gydytojas privalo gerbti paciento autonomiją: gebėjimą laisvai ir nepriklausomai mąstyti, spręsti problemas ir priimti sprendimus apie savo sveikatos būklę ir gydymą.

Informuoto asmens sutikimo doktrinoje išskiriami du pacientų ieškinių variantai [178. P.25-30]. Pirmasis, rečiau sutinkamas teismų praktikoje, kada gydytojas gydo pacientą prieš jo norą ar valią arba taiko kitą gydymo metodą nei sutikimas buvo duotas. Tai yra aktyvus paslaugų teikėjo poveikis į paciento kūną, t.y. paciento įžeidimas veiksmu (ang. *battery*), nors operaciją be paciento informuoto sutikimo atliekantis gydytojas ir nesiekia padaryti žalos jo sveikatai, o veikia su geriausia intencija padėti pacientui. Teisinius padarinius sukelia tik informuotas paciento sutikimas, t.y. sutikimas, gautas po to, kai gydytojas pacientui suteikia išsamią informaciją apie siūlomą gydymo metodų esmę, pobūdį, alternatyvių gydymo metodų galimybę.

Tiriamoje civilinių bylų grupėje, autorė išskiria du bylų atvejus, kuomet, jos nuomone, galima būtų taikyti *battery* deliktą, nors teismų išvadose gydytojų veiksmai pripažįstami kaip neatsargumas ar nerūpestingumas, kuris prilyginamas aplaidumo deliktui. Ieškovai J.R. ir Z.R. ieškinio pareiškime nurodė, kad jos dukrai be tėvų sutikimo atlikta ne korekcinė, o radikali širdies skilvelių operacija [205]. Mergaitė mirė dėl kraujavimo po septacijos operacijos. Ieškovai tvirtino, kad nebūtų sutikę tokiai operacijai dėl itin didelės rizikos. Atsakovo nuomone, taikytas metodas labiausiai atitiko nepilnametės pacientės interesus, operacija buvo atlikta sėkmingai, tačiau mirtį lėmė komplikacija, kuri galima po bet kokios operacijos. Bylą nagrinėję teismai konstatavo, kad patyręs ir rūpestingas kardiochirurgas privalėjo iš anksto informuoti ieškovus apie radikalaus gydymo būdo, t.y. septacijos metodo taikymo galimybę ir gauti jų raštišką sutikimą, nes šis metodas Lietuvoje nebuvo anksčiau taikomas ir laikytinas kaip eksperimentinė operacija. Kardiochirurgas privalėjo informuoti ieškovus ir apie tai, kad operacijos metu gali taikyti anksčiau Lietuvoje netaikytą praktikoje gydymo metodą, kad septacijos operacijos rizika yra žymiai didesnė nei Fontano operacija, kuri

buvo planuota atlikti prieš operaciją ir kuriai tėvai buvo davę informuotą sutikimą.

Gydytojo atlikti veiksmai, kuriems pacientas nedavė sutikimo, yra neteisėti. Tokią išvadą padarė LAT byloje *R.V. ir D.L.V. v. viešoji įstaiga Kauno 2-oji klinikinė ligoninė*. Gydytojas chirurgas, neturėdamas rašytinio pacientės sutikimo, atliko operaciją ir pažeidė paciento apsisprendimo teisę [206]. Nustačius, kad gydytojas teikė medicinos pagalbą be sutikimo ar viršijo duoto sutikimo ribas, laikytina teisių pažeidimu ir pagrindu taikyti CA.

Tiek užsienio valstybių, tiek Lietuvos teismų praktikoje dažniau sutinkamas antrasis ieškinių dėl informuoto paciento sutikimo pažeidimų variantas, kai pacientas duoda sutikimą konkrečiam gydymo metodui taikyti, tačiau gydytojas nepakankamai tiksliai informuoja apie metodo riziką ir galimas komplikacijas. Teismai tai traktuoja kaip gydytojo aplaidumą (ang. *negligence*), griežtai skirdami *battery* ir *negligence* teisinius deliktus.

Kauno Raudonojo Kryžiaus ligoninėje atlikta dešinio klubo sąnario endoprotezavimo operacija sergančiai diabetu pacientei [40]. Diabetas – vienas svarbiausių rizikos faktorių infekcinėms komplikacijoms atsirasti. Konkrečiu atveju ligonė apie tai, kad cukrinis diabetas gali padidinti operacijos riziką, nebuvo informuota, nes informacijoje, kurią ji pasirašė prieš operaciją, tokios nuorodos nebuvo. Gydytojai tik padarė išvadą, kad “cukraligė kompensuota, operaciniam gydymui kontraindikacijų nėra”. Šie faktai teismo įvertinti kaip nepakankamas gydytojo dėmesingumas ir rūpestingumas. Teismas pabrėžė, kad netgi esant rašytiniam paciento sutikimui, gydytojas gali būti pripažintas kaltu, jeigu išsamiai neinformavo paciento.

Sudarydamas paciento sveikatos priežiūros planą, gydytojas privalo paaiškinti pacientui apie gydymo eigą, galimus gydymo rezultatus, alternatyvius gydymo metodus, ir kitas aplinkybes, kurios gali turėti įtakos pacientui apsispręsti, sutikti su siūlomu gydymu ar atsisakyti siūlomo gydymo, taip pat apie padarinius, atsisakius siūlomo gydymo [2]. Paciento informavimo tikslai yra keli. Visų pirma, nuraminti, padrąsinti ir įspėti pacientą apie galimus pavojus, antra, sudaryti sąlygas pacientui pasirinkti gydymo būdą (operacinį ar

konservatyvų). Tačiau netgi ir teisės aktais sudėtinga tiksliai nustatyti, kokia informacija ir kiek jos būtina suteikti pacientui, todėl tinkamo informavimo pareigos turinys dažnai tampa ginčo objektu. Dažnai gydytojų informacija apie galimas komplikacijas būna labai bendro pobūdžio, neatžymint specifines galimas komplikacijas vertinant individualiai paciento sveikatos būklės ypatumus [97]. Autorės nuomone, apart šios informacijos, gydytojas turėtų informuoti pacientą ir apie galimą didžiausią riziką, siejamą su mirtimi, didelio laipsnio neįgalumu ar fiziniu trūkumu. Civilinėje byloje *I.U. v VšĮ Klaipėdos ligoninė* ieškovė nebuvo informuota apie galimą komplikaciją gimdos šalinimo operacijos metu – šlapimtakio perrišimą [314]. Įvertinus individualias paciento sveikatos būklės aplinkybes, galima komplikacijų rizika yra privaloma informuoto asmens sutikimo turinio dalis. Tokias išvadas padarė ir teismas civilinėje byloje *I.P. v UAB „Plastinės chirurgijos centras“*. Chirurgas nekonkretizavo galimų operacinių komplikacijų, taigi teismas konstatavo, kad gydytojas netinkamai atliko veiksmus ir buvo pripažintas kaltu [311].

Panašaus pobūdžio civilinių bylų gausiai galima rasti ir užsienio valstybių teismų praktikoje. Gydytojas privalo informuoti pacientą net apie pačią mažiausią riziką turinčias komplikacijas. Tokią išvadą padarė teismas Jungtinėje Karalystėje nagrinėtoje byloje *Chester v Afshar* (2002) [315]. Pacientei, esant rašytiniam jos sutikimui, buvo atlikta neurochirurginė liumbalinės stuburo dalies operacija. Teismas pripažino, kad gydytojas neurochirurgas operaciją atliko rūpestingai ir kvalifikuotai, tačiau kartu detaliai analizavo priešoperacinį gydytojo ir paciento bendravimą, gydytojo teiktas rekomendacijas bei patarimus pacientei. Pooperaciniame periode išryškėjo nervo pažeidimo simptomai, vėliau paralyžius. Nors tokios komplikacijos tikimybė labai reta (1-2 proc. visų operacijų), gydytojas neinformavo pacientės apie tokių komplikacijų tikimybę ir teismo buvo pripažintas kaltu. Teismas priimtame sprendime akcentavo neabejotino priežastinio ryšio buvimo faktą: pacientė nebūtų sutikusi operaciniam gydymui ir pasirinkusi kitą alternatyvų gydymo būdą, jeigu būtų buvusi informuota apie tokių komplikacijų riziką. Priežastinio ryšio nustatymui taikytas subjektyvus ieškovo

testas, t.y. kaip pasielgtų hipotetinis protingas pacientas, jeigu jam būtų buvusi suteikta tinkama informacija [313].

Civilinių bylų dėl žalos sveikatai atlyginimo dokumentų analizė parodė, kad pacientai ieškinį pateikia ir kitais pagrindais. Civilinės bylos *K.L. v Žiegdrių psichiatrijos ligoninė* kilmės priežastis - pažeistos psichikos sveikatos sutrikimų turinčių ligonių teisės juos priverstinai hospitalizuojant [316]. Žmogaus teisė į laisvę pripažįstama viena pagrindinių žmogaus teisių ir įtvirtinama tiek nacionaliniais (LR Konstitucijos 20 straipsnio 1, 2 dalys), tiek ir tarptautiniais teisės aktais (Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos 5 straipsnis). 58 mėnesius trukusiame ginčo nagrinėjime galutinį sprendimą priėmė LAT, panaikindamas ankstesnius teismų sprendimus ir priimdamas naują sprendimą- tenkinti ieškinį iš dalies. Pagrindinė užsitęsusio ginčo priežastis – neiširta ir neįvertinta paciento psichikos sveikatos būklė. Toks pacientas gali būti priverstinai hospitalizuojamas, jeigu jis serga sunkia psichikos liga, atsisako hospitalizavimo ir yra reali grėsmė, kad jis savo veiksmais gali padaryti esminę žalą savo ir aplinkinių sveikatai, gyvybei (LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymas, 27 straipsnis) [317]. LAT nustatė psichikos ligonio hospitalizavimo tvarkos, numatytos teisės aktais, pažeidimus. Vien tik šių pažeidimų konstatavimas, teisėjų kolegijos nuomone, yra pakankamas argumentas tenkinti ieškovo K.L. kasacinį skundą ir priimti byloje naują sprendimą (LR CPK 359 straipsnio 1 dalies 4 punktas).

Priešingą sprendimą aukščiau pateiktam atvejui priėmė teismas, nagrinėdamas kitą psichikos liga sergančio paciento ieškinį dėl žalos atlyginimo priverstinai hospitalizavus jį gydymui [318]. Ieškinys netenkintas, nes pacientas hospitalizuotas pagrįstai: šizofrenijos paranoidinės formos paūmėjimas yra grėsmė paciento ir aplinkinių ne tik sveikatai, bet ir gyvybei.

Įvertinusi analizuojamų CA bylų faktinius ieškinio pagrindus, autorė pripažįsta, kad dauguma atvejų ieškovų reikalavimai buvo grindžiami aiškiais įrodymais ir faktinėmis aplinkybėmis, tačiau kai kuriais bylų atvejais ieškovų skundams ir reikalavimams aiškiai trūko pagrįstumo. Dar daugiau, vertinant kai kuriuos pacientų ieškinio reikalavimus, autorė suabejojo ir kai kurių

pacientų moralinių vertybių skale (gal būt net noru praturtėti, pasinaudojant nesėkmės atveju), apskritai paciento požiūriu į medicinos pagalbą, pagarbą ir dėkingumą medikams. Pacientė, autoįvykio metu patyrusi sunkaus laipsnio politraumą, skubiai operuota Kauno Medicinos universiteto Klinikose, traumatologijos skyriuje: plyšusi šlapimo pūslė, lūžęs šlaunikaulis, dubens kaulai, dešinės rankos dilbis [319]. Gydytojai, gelbėdami pacientės gyvybę, laiku nediagnozavo ir neatstatė dešinės rankos piršto sąnario išnirimo, rezultate ko sąnarys liko nepaslankus. Ieškovė kreipėsi į teismą, argumentuodama, kad nesilankstantis pirštas jai sukelia daug nepatogumų atliekant judesius ir darbus, ir pareikalavo atlyginti 70 000 litų neturtinės žalos atlyginimo (vėliau ieškinį patikslino ir sumažino iki 40 000 litų). Teismas, remdamasis įrašais ligos istorijoje padarė išvadą, kad gydytojai iš tiesų nebuvo tiek atidūs ir rūpestingi, kiek juos įpareigoja gydytojo elgesio standartas, ir priteisė ieškovei 5000 litų neturtinės žalos atlyginimo.

Svarbi ieškininio pareiškimo charakteristika - *ieškinio dalykas*. Tai ieškovo per teismą atsakovui pareikštas materialusis teisinis reikalavimas (LR CPK 135 str. 1 d. 4 p.). Ieškovas nurodo, ko konkrečiai prašo teismo. Civilinių bylų analizės rezultatai parodė, kad pusė ieškovų prašė teismo atlyginti ir turtinę ir neturtinę žalą kartu, tačiau įvertinus tai, kad 28,1 proc. ieškovų dar reikalavo tik neturtinės žalos atlyginimo, viso net 78,1 proc. ieškovų žalos sveikatai atlyginimo bylose prašė atlyginti neturtinę žalą. Kanados teismų praktika rodo, kad neturtinės žalos reikalauja 15 proc. sužalotų pacientų, tuo tarpu JAV neturtinė žala sudaro 47 proc. prašomos atlyginti žalos sveikatai [320].

Paciento teisės į žalos sveikatai atlyginimą realizavimui didelės įtakos turi *ieškinio senatis*. Tai įstatymo nustatytas laiko tarpas (terminas), per kurį asmuo gali apginti savo pažeistas teises pareikšdamas ieškinį teisme (LR CK 1.124 str.) [25]. Bendrasis ieškinio senaties terminas yra dešimt metų. LR CK 1.125 str. 8 punktas numato sutrumpintą trejų metų ieškinio senaties terminą, taikomą reikalavimams dėl padarytos žalos atlyginimo. Įstatymas pasirinko subjektyvų momentą, nes pacientas iš tiesų dažniausiai apie sveikatos

sužalojimą sužino vėliau, t.y. išryškėjus ankstyvoms ar vėlyvoms gydymo komplikacijoms, nors rūpestingas ir apdairus pacientas privalo laiku sužinoti, kad jo teisė pažeista. Ieškinio senaties instituto tikslas – sudaryti realią galimybę asmeniui apginti savo pažeistą teisę, skatinti asmenį kuo greičiau ginti savo pažeistą teisę, užkirsti kelią begaliniam bylinėjimuisi, palengvinti įrodinėjimo procesą. Pagrindinė priežastis, kodėl turėtų būti ribojamas ieškinio padavimo terminas, yra ta, kad praėjus daugeliui metų po nesėkmės atvejo sudėtingas tampa įrodinėjimo procesas.

Analogiškas nuostatas dėl senaties termino yra įteisinti ir anglų teisė. Trejų metų ieškinio terminą numato Ieškinio senaties teisės aktas (*Limitation Act* 1980, 11 ir 12 skyriai), tačiau 33 skyriaus nuostatos (analogiškai ir LR CK) suteikia teismui galimybę, esant pagrįstoms priežastims ar įvertintoms svarbioms aplinkybėms, priimti ieškinį pasibaigus senaties terminui [175.P.72, 321]. Nyderlandų teisė įtvirtinusi 5 metų terminą nuo sužalojimo išaiškėjimo, tačiau ieškinį gali pateikti nukentėjęs ne vėliau kaip per 20 metų nuo sužalojimo dienos [185].

Vertinant analizuotų civilinių bylų senaties terminą, tenka pripažinti, kad vidutinį ieškinio padavimo terminą (32,22 mėn.) prailgino pakartotinas to paties ieškovo kreipimasis į teismą dėl to paties sužalojimo, ieškinio reikalavime nurodant žalos atlyginimo tęstinumą dėl tų pačių sveikatos būklės sužalojimo faktinių aplinkybių byloje *S.K. v. Kauno medicinos universiteto klinikos* [322]. Devynerių metų amžiaus berniukui Kauno medicinos universiteto klinikose buvo atlikta sužalotos akies šalinimo operacija, kurios metu dėl gydytojo anesteziologo aplaidumo berniuką ištiko klinikinė mirtis. Dėl išlikusių psichoorganinių reiškinių, berniukas neteko 30 proc. nuolatinio bendro darbingumo. Sutarties su Kauno medicinos universiteto klinikomis pagrindu iki berniukui suėjo 18 metų jam buvo mokamos periodinės išmokos kas mėnesį. Atsisakius klinikoms toliau mokėti, ieškovas, praėjus 111 mėnesių po sužalojimo, pateikė ieškinį teismui dėl periodinių kasmėnesinių mokėjimų pratęsimo bei neturtinės žalos atlyginimo. Teismo sprendimu neturtinė žala nebuvo priteista, tačiau Kauno medicinos universiteto klinikos buvo

įpareigos mokėti periodines išmokas iki 2003 m. Medicininei sveikatos ekspertizės komisijai pripažinus invalidumą neribotam laikui, ieškovas kreipėsi pakartotinai į teismą dėl periodinių išmokų mokėjimo tęstinumo (ieškinio padavimo trukmė 145 mėn.). Vertinant senaties termino reikalavimus, du trečdaliai ieškovų (68,7 proc.) neperžengė LR CK numatyto senaties termino, t.y. ieškinio pareiškimą padavė per pirmuosius trejus metus po sužalojimo arba sužinojimo apie sužalojimą.

Apibendrinant bylą dėl žalos pacientų sveikatai atlyginimo ieškinio charakteristikų tyrimo rezultatus, reikėtų pabrėžti, kad gydytojų CA bylose teisinis ieškinio pagrindas 78,1 proc. atvejų buvo deliktas. Gydytojų CA byloms Lietuvoje, kai ir užsienio valstybėse, dėl žalos pacientų sveikatai atlyginimo būdingi du deliktai: nerūpestingumo/aplaidumo (68,8 proc.) ir informuoto asmens sutikimo reikalavimų pažeidimai (9,4 proc.). *Negligence* delikto turinys sudėtingai atskleidžiamas vertinant gydytojo veiksmus konkrečioje situacijoje: rūpestingumo pareigos buvimas, jos pažeidimas ir rezultate atsiradusi žala (literatūros apžvalgoje 2.4.1 skyrius). Nerūpestingumo sąvoka, atskirta nuo konkrečių sąlygų ir aplinkybių yra bereikšmė. Tuo tarpu *battery* delikto pagrindas aiškus ir apibrėžtas: gydytojo aktyvūs veiksmai, neturint informuoto asmens sutikimo arba peržengiant duoto sutikimo ribas. LAT bylą, įtrauktą į šią studiją, analizė parodė, kad LAT praktikoje neišvardintas nei vienas tyčinio delikto (angl. *battery*) atvejis.

Teismo ginčo nagrinėjimas ir jo trukmė. Vienas iš civilinio proceso ypatumų šios kategorijos civilinėse bylose – *įrodinėjimo pareigos pasiskirstymas tarp ieškovo ir atsakovo*. Pacientas, patyręs žalą sveikatai dėl neteisėtų medicinos darbuotojų veiksmų ir siekiantis gauti žalos atlyginimą, dažnai susiduria su sudėtinga užduotimi. Jam, neturinčiam medicininių žinių, reikia įrodyti, kad gydytojas kaltas, nes pažeidė savo rūpestingumo pareigą ir rezultate to pacientas patyrė žalą sveikatai [119]. Atsižvelgiant į LR CPK 178 straipsnyje įtvirtintą įrodinėjimo pareigą, pacientas pareikšdamas ieškinį gydymo įstaigai dėl jos darbuotojų atliktų neteisėtų veiksmų, turi įrodyti

pareigos teikti kvalifikuotą ir rūpestingą pagalbą pažeidimą, žalos faktą, ir priežastinį ryšį tarp gydytojo nerūpestingumo ir jo sveikatai padarytos žalos.

Lietuvos teisės doktrinoje ir teismų praktikoje CA atveju galioja *atsakovo kaltės prezumpcija* (LR CPK 6.248 straipsnio 1 dalis), t.y. tam tikrų aplinkybių egzistavimo, jų tikrumo prielaida. Siekiant išlaikyti pusiausvyrą tarp abiejų šalių įrodinėjimo pareigos, atsakovas privalo įrodyti savo nekaltumą (LR CPK 182 straipsnio 4 punktas). Atsakovas laikomas kaltu, kol neįrodo, kad jo kaltės dėl žalos sveikatai atsiradimo nėra. Preziumuojama ir kaltė, ir neteisėti veiksmai, nes jie vienas kitą apima (turi bendrą objektyvų vertinimo kriterijų). Laikomasi išankstinės nuostatos, kad atsakovas ne viską padarė, kad žalos neatsirastų. Taigi gydytojas gali būti pripažintas kaltu net jei tokiu nėra, tačiau negali įrodyti savo nekaltumo. Šią nuostatą atsakovas turi paneigti pagal jam priklausančią įrodinėjimo pareigą. Lietuvos teismai griežtai laikosi įrodinėjimo pusiausvyros palaikymo. LAT Civilinių bylų teisėjų kolegija žemesniųjų teismų sprendimą ir nutartį panaikino ir perdavė bylą nagrinėti iš naujo, nustatčius, kad įrodinėjimo našta dėl gydytojo veiksmų teisėtumo (kaltės) teismai perkėlė ieškovei [192].

Daugelyje valstybių kaltė, esant deliktinei atsakomybei, nėra preziumuojama, todėl galioja bendra taisyklė, kad civiliniame procese dėl žalos sveikatai atlyginimo įrodinėjimo našta tenka pacientui [204]. Jungtinėje Karalystėje, kaip ir Lietuvoje, kaltės įrodinėjimo pareiga perkeliama atsakovui, jis turi įrodyti aplaidumo nebuvimą [323. P.358, 324]. Tokią nuostatą įtvirtinęs ir Austrijos CK (1296 straipsnis) [325]. Vokietijos Konstitucinio Teismo nuomone, įrodinėjimo našta žalos sveikatai atlyginimo bylose negali būti numatyta tik vienai šaliai, kuri, priklausomai nuo bylos aplinkybių, gali negalėti pateikti reikalingų įrodymų [326]. Tuo tarpu Prancūzijos CK nenumato kaltės prezumpcijos ir atsakovo kaltę turi įrodyti ieškovas (1382-1386 straipsniai) [167].

Irodymai. Nagrinėjamos kategorijos bylose pateikiami faktai turi išskirtinai specifinę reikšmę ir todėl jų vertinimas teismo procese ganėtinai sudėtingas. Pasitaikantys kazuistiniai atvejai medicinos praktikoje reikalauja

išskirtinai medicininių žinių, vertinant gydytojo veiksmų teisėtumą. Kartais žalos atsiradimo priežastis sunkiai paaiškinama, o rizikos laipsnis sunkiai prognozuojamas. Paciento mirtį gali sukelti nekontroliuojamos ir nepašalinamos aplinkybės, kurių netgi negalima numatyti. Klaida ir kaltė dažnai gali būti ginčo objektu, nes nėra aiškios ribos tarp kaltės ir klaidos medicinoje. Kiekvienas sveikatos sutrikimo atvejis yra unikalus, kurį gali įtakoti daugybė įvairių veiksnių, kurių paaiškinti dažnai net ir aukštos kvalifikacijos gydytojui specialistui sudėtinga.

Įrodymų vertinimo taisyklės suformuluotos LR CPK 176-185 straipsniuose ir išplėtos LAT nutartyse. Įrodymus vertina tik teismas pagal vidinį savo įsitikinimą, pagrįstą visapusišku, pilnutiniu ir objektyviu bylos aplinkybių viseto išnagrinėjimu teismo posėdyje, vadovaujantis įstatymu. LAT nutartyje civilinėje byloje *A.D., A.D. v. VšĮ Kauno 2-oji klinikinė ligoninė* pateikia išaiškinimą, kad įrodymų vertinimas grindžiamas vadinamąja tikėtinumo taisykle, kurios esmė – laisvo įrodymų vertinimo principas: teismas suteikia didesnę įrodomąją galią tam įrodymui, kuris suponuoja vieno ar kito fakto buvimo ar nebuvimo tikimybę [327].

Ligos istorija - vienas iš daugiausiai informacijos turintis rašytinis įrodymas gydytojų CA bylose. Ją analizuoja ir ekspertai, vertina ir teismas. Tačiau verta prisiminti, kad tam tikrų faktų įrodytinumas teismo vertinamas visos byloje esančios faktinės medžiagos kontekste, o ne atskirų faktų interpretavimu (LR CPK 185 straipsnis). Tam tikrų faktinių aplinkybių buvimą civilinio proceso tvarka teismas konstatuoja tuomet, kai jam nekyla abejonių dėl tų aplinkybių egzistavimo.

Įrodinėjimo našta tenka besikreipiančiam dėl jos atlyginimo asmeniui. Jis, įgyvendinant rungimosi principą teisiniame procese, privalo įrodyti žalos patyrimo faktą ir priežastinį neteisėtų atsakovo veiksmų ir šios žalos ryšį. Ieškovas privalo pateikti pakankamai įrodymų, kad pagrįsti savo reikalavimą. Pacientas paprastai neturi profesinių medicininių žinių, taigi jam sudėtinga atlikti šią pareigą. Tam, kad palengvinti ieškovo įrodinėjimo našta teismas taiko tam tikras taisykles, vadovaudamasis įrodymų teisine kvalifikacija.

Prima facie įrodymai šios kategorijos bylose palengvina ieškovui įrodyti neteisėtos medicinos praktikos faktą. *Prima facie* įrodomoji galia taikoma oficialiems rašytiniams įrodymams valstybės ar savivaldybių institucijų, kitų valstybės įgaliotų asmenų ir turi didesnę įrodomąją galią (LR CPK 197 straipsnio 2 dalis). Autorė atkreipia dėmesį į keletą institucijų, kurių teikiami įrodymai, jos nuomone, turėtų turėti visiškai vienodą įrodomąją galią teisme: tai VMAI, SAM komisijų bei universitetinių klinikų profesinės-klinikinės konferencijos. VMAI teikiamos išvados yra oficialus rašytinis įrodymas, nes šios valstybės institucijos funkcijos yra sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo kontrolė [328]. Kaip oficialų rašytinį įrodymą teismas vertina ir SAM specialistų komisijų teikiamas išvadas, tačiau nepripažįsta *prima facie* įrodymu universitetinių klinikų profesinių klinikinių konferencijų protokolų, kurių tvarką ir reikalavimus yra patvirtinusi SAM įsakymu [329]. Teismai neatsižvelgia į tai, kad įsakymu SAM paveda universitetinėms klinikoms analizuoti ir teikti išvadas apie pačius sudėtingiausius nesėkmės atvejus medicinoje, kad klinikinėse universitetinėse gydymo įstaigų konferencijose profesines gydytojų klaidas vertina visi aukščiausio lygio klinikų specialistai. Klinikinių konferencijų išvados mažiausiai tikėtinai gali būti šališkos, tačiau teismai apie jų teikiamas išvadas dažniausiai nepasisako. Priešingai, byloje *A.D., A.D. v VšĮ Kauno 2-oji klinikinė ligoninė LAT* Kauno medicinos universiteto klinikų konferencijos protokolo išvadas laiko nepagrįstomis, todėl nurodo, kad kasatorius neturėtų jomis remtis [327].

Ieškovo įrodinėjimo naštos palengvinimui teismai taiko *res ipsa loquitur* doktriną („daiktai kalba patys arba už save“), kuri įrodo, kad konkrečiu atveju yra neabejotinas gydytojų aplaidumas. Teisės doktrina numatė aplinkybes, kuriomis gali būti taikoma ši taisyklė medicinos praktikoje. Pirma, žala atsirado iš įvykio, kuris neįvyktų jeigu gydytojas veiktų rūpestingai. Antra, žalą sąlygoja veiksniai, kuriuos gydytojas pilnai valdo ir kontroliuoja. Trečia, paprastai nėra paaiškinimo dėl sužalojimo, vadinasi toks sužalojimas normaliai neturėjo atsitikti, nes atsakovas galėjo kontroliuoti

instrumentą, kuriuo sužalotas pacientas. Doktrina nėra plačiai taikoma gydytojų nerūpestingumo bylose, nes, kaip rodo teismų praktika Jungtinėse Valstijose, ji gali nepagrįstai išplėsti ieškinių dėl gydytojų aplaidumo skaičių [4. P.153].

Faktus, kuriuos būtų galima vertinti kaip *res ipsa loquitur* įrodymą LAT pateikė civilinėje byloje *L.M.S. v. Raudonojo Kryžiaus ligoninė* [40]. Atliekant pakartotinę endoprotezavimo operaciją, aplink protezo medicininį cementą buvo rasta pilkšvo atspalvio plėvė, o paimtoje iš operacijos vietos medžiagoje išaugo auksinio stafilokoko bakterija. Teismas tvirtino, kad tai įrodymas, pagrindžiantis operaciją atlikusių gydytojų nepakankamą rūpestingumą tiek operacijos, tiek pooperaciniu periodu. Tokiu *res ipsa loquitur* įrodymo pagrįstumu galima būtų suabejoti, nes infekcija yra normali rizika bet kokiam procedūrai. Vargu ar gydytojas galėjo pilnai valdyti ir kontroliuoti infekcijos atsiradimą, nes jos šaltiniu galėjo būti bet kuris organizme esants chroninės infekcijos židiny. Specialistų komisijos prie SAM, taip pat VMAI ekspertų nuomone nėra duomenų už tai, kad infekcija įnešta būtent operacijos metu ar perrišant žaizdą.

Užsienio valstybių teismų praktika ir teisės doktrina pateikia *res ipsa loquitur* akivaizdžius atvejus, kuomet nėra abejonių dėl šios taisyklės taikymo: operacijos metu paliekamas pilve tamponas (*Mahon v Osborne* 1939) arba atliekant Cezario pjūvio operaciją, sužalojamas naujagimio skruostas (*Leckie v Brent and Harrow AHA* 1982) [175. P.71]. Tokiais atvejais doktrinos taikymas sutrumpina bylos nagrinėjimo laiką ir palengvina ieškovo įrodinėjimo našta. Tačiau Lordas Hobhouse (*Ratcliffe v Plymouth and Torbay HA* 1988) akcentuoja, kad *res ipsa loquitur* nėra teisinis imperatyvas, jis netgi nepadidina prezumpcijos galios. Tai priemonė padėti identifikuoti *prima facie* esant jų trūkumui [175. P.71]. Būtina pažymėti, kad *res ipsa loquitur* dotrina įrodinėjimo naštos neperkelia atsakovui, ieškovas privalo pateikti faktines aplinkybes ir įrodymus, kuriais grindžia savo reikalavimą. Tai tik galimybė sutrumpinti įrodinėjimo kelią bylos procese.

Lietuvos teismai aktyviai dalyvauja įrodinėjimo procese, esant specialiųjų žinių reikalaujantiems klausimams, skiria *teismo ekspertizės*. Tai dar vienas išskirtinis ypatumas nagrinėjamos kategorijos bylose. Eksperto vaidmuo CA bylose dėl žalos sveikatai atlyginimo yra labai reikšmingas dėl paties ginčo specifiškumo. Mediko eksperto vaidmuo teismui - padėti priimti teisingą sprendimą.

Profesinės gydytojo veiklos, gydytojų veiksmų teisėtumo aiškinimas susijęs su specialiomis žiniomis ir įgūdžiais, jo negali įvertinti eilinis protingas žmogus. Teismo medicinos ekspertizės išvada yra reikšmingas įrodymas ir ją gali pateikti tik tos pačios srities ir specializacijos gydytojas – ekspertas, analizuodamas ir aiškindamas faktus, susijusius su medicinos mokslu ir praktika. Autorė atkreipia dėmesį į praktikuojančio gydytojo galimybes tapti ekspertu bei jo gebėjimą pateikti objektyvias išvadas.

Eksperto išvada – įstatymų nustatyta tvarka paskirto asmens, turinčio specialiųjų mokslo, medicinos, meno, technikos ar amato žinių, raštu išdėstyta nuomonė, aiškinimas teismo nustatytais klausimais, atlikus tam tikrus tyrimus siekiant atsakyti į teismo pateiktus klausimus (LR CPK 212 straipsnio 1 dalis). Teismas pasiūlo dalyvaujantiems byloje asmenims pateikti klausimus, kuriais turi būti gauta eksperto išvada. Teismas gali skirti ekspertizę, atsižvelgdamas į dalyvaujančių byloje asmenų nuomonę.

Taigi teismas skiria ekspertą arba paveda atlikti ekspertizę kompetentingai ekspertizės įstaigai. Reikalavimas ekspertui – tinkama kvalifikacija išvadai duoti (LR CPK 212 straipsnio 2 dalis). Teismo ekspertu gali būti asmuo, turintis teismo eksperto kvalifikaciją ir įrašytas į Lietuvos Respublikos teismo ekspertų sąrašą [330]. Jeigu teismo ekspertizę atliko teismo ar teisėjo paskirtas asmuo, neįrašytas į Lietuvos Respublikos teismo ekspertų sąrašą, Lietuvos ekspertizės įstatymo 25 straipsnis reikalauja, kad jis prisiektų kaip ekspertas. Ekspertu negali būti specialistas, jeigu jis gydė pacientą ar atliko medicininę socialinę ekspertizę (LR CPK 67straipsnio 2 dalies 2 punktas). LAT papildoma reikalavimus ekspertams gydytojų CA bylose, jis pasisako, kad atliekant ekspertizę neturėtų dalyvauti asmuo, kuris anksčiau

yra pasisakęs ekspertuojamu klausimu dėl konkretaus paciento [331]. Nors įrodymu gali būti ir atskira gydytojo nuomonė (kaip privatus įrodymas), civilinėje byloje *R.B. v. Vilniaus universiteto Santariškių klinikos* Vilniaus apylinkės teismas kritiškai vertino atskirą gydytojo nuomonę. Teismas atmetė gydytojo paaiškinimus, nes jie prieštaravo ekspertų išvadoms. Teismo nuomone, ekspertizės aktas yra didesnę vertę turintis įrodymas nei atskira gydytojo nuomonė, nors ji būtų ir aukščiausios kvalifikacijos specialisto toje medicinos srityje.

LAT teismas taip pat pasisakė dėl procesinių teisės normų, reglamentuojančių ekspertizių skyrimą ir vertinimą [332]. Eksperto išvada teismui nėra privaloma, ji turi būti vertinama taip pat, kaip ir kitos įrodinėjimo priemonės, galutinį sprendimą priima teismas. Pagrindas skirti pakartotinę ekspertizę būtų tuomet, jei teismas nuspręstų, jog pateikta eksperto išvada yra nepagrįsta.

Skirtingai nei Europos Sąjungos valstybėse, JAV civilinės atsakomybės bylose dėl žalos atlyginimo ir ieškovas, ir atsakovas renkasi ekspertus savo nuožiūra. Ekspertu gali būti kiekvienas norintis gydytojas, tačiau jam keliami griežti reikalavimai: privalo būti tos medicinos specialybės (kai kuriose valstybėse reikalaujama ne mažiau 60 proc. laiko verstis medicinos praktika ar užsiimti akademinė veikla šioje specialybėje), privalo turėti pakankamai žinių, patirties, tobulinimosi sertifikatų, būti sąžiningu, kruopščiu, teisingu ir objektyviu [179.P.63-67]. Galinčių dirbti ekspertais sąrašus atitinkamos mokslinės specialybių draugijos skelbia nacionaliniuose teisės žurnaluose. Amerikos Medicinos Asociacija kelia griežtus etikos reikalavimus savo nariams, kurie dirba ekspertais [333]. Esant faktų, kad buvo pažeisti ekspertui keliami reikalavimai arba ekspertas pateikė melagingas išvadas ar buvo šališkas dėl atlygio, jo narystė asociacijoje sustabdoma (naikinama), arba Medicinos Taryba gali netgi panaikinti gydytojo licencijos galiojimą [334].

Jungtinėje Karalystėje pacientams teisinę pagalbą dėl netinkamos medicinos praktikos teikia specialiai tam įkurta nepriklausoma labdaros organizacija, kuri teikia informaciją ir duoda patarimus nelaimingo atsitikimo

medicinoje nukentėjusiems pacientams (*Action against Medical Accidents*, AaMA). Iki 1998 metų kiekviena teisminiame procese dalyvaujanti šalis galėjo nevaržomai pasirinkti savo ekspertą, taigi organizacija padėdavo ieškovui pasirinkti ekspertą iš ekspertų sąrašo [194. P.197]. Įsigaliojusius naujoms civilinio proceso taisyklėms (*Civil Procedure Rules* 1998), medicinos ekspertus skiria teismas (CPR 35.7), eksperto dalyvavimas procese apibrėžiamas griežtai – padėti teismui išspręsti konkretų ginčą (CPR 35.1). Sudėtingiems atvejams teismas gali skirti keletą ekspertų, kurie turi teisę rinktis posėdžiauti iki teismo posėdžio (tokie posėdžiuose dalyvauja ir abiejų šalių advokatai) [323.P.665-674].

Lietuvoje teismų praktika rodo, kad deontologinei teismo ekspertizei atlikti kviečiami praktikuojantys gydytojai profesionalai. Atkreiptinas dėmesys ir į tai, kad medikų visuomenė yra gerai organizuota profesinė žmonių grupė, kurioje gydytojai gali turėti paskatų ginti vienas kitą, išskyrus atvejus, kuomet aplaidumas yra akivaizdus faktas [4.P.139]. V. Harpwood cituoja Lordo Denning mintis garsioje byloje *Hatcher v Black The Times* (1954), kad gydytojų civilinės atsakomybės byla yra kaip „kinžalas į gydytojo nugarą“. Teisminis ginčo nagrinėjimas gali pakenkti gydytojo tolimesnei praktikai ir profesiniai karjerai. V. Harpwood nuomone, atsakovo ir eksperto ryšiai gali būti viena iš priežasčių, kodėl gydytojų aplaidumo bylose ieškovų naudai sprendimai priimami 30-40 proc., tuo tarpu bendrai aplaidumo civilinėse bylose šis procentas siekia 60-80proc.

Atlikta civilinių bylų analizė parodė, kad ekspertais gydytojų civilinės atsakomybės bylose dažniausiai buvo teismo medicinos ekspertai (21 atveju). Išvadas taip pat pateikdavo VMAI (18 atveju), SAM sudarytos specialistų komisijos (9 atvejai). Tačiau visose šiose institucijose ekspertais buvo kviečiami tie patys gydytojai profesionalai ir pasitaikė atveju kai tam pačiam gydytojui kaip ekspertui teko dalyvauti net keliose ekspertizėse toje pačioje byloje [192].

Vertinant ekspertų išvadas analizuota, kaip vyksta teisminis procesas, kai toje pačioje civilinėje byloje vieno specialistų išvados prieštarauja kitų

išvadoms [311, 335]. Gydytojų įstaigos klinikinės konferencijos išvada, kad vaiko invalidumą lėmė įgimta piktybinė liga ir neatsakingas tėvų elgesys, prieštaravo specialistų komisijos prie SAM išvadai, kad liga nebuvo laiku diagnozuota, nors gydytojai galėjo ir privalėjo tai padaryti. LAT pasisakė konkrečiu bylos atveju ir, priėmęs sprendimą iš naujo bylą nagrinėti Visagino apylinkės teisme, nurodė pašalinti prieštaravimus tarp pateiktų specialistų išvadų svarstant klausimą dėl pakartotinos ekspertizės skyrimo [336]. Teismo nesutikimas su ekspertų išvadomis turi būti motyvuojamas (LR CK 218 straipsnis). Apygardos teismas byloje *I.P. v UAB „Plastinės chirurgijos centras“* nutartį motyvavo atliktų deontologinės teismo ekspertizės ekspertų išvadomis, o audito išvadas atmetė teigdamas, kad priežastiniam ryšiui tarp gydytojų veiksmų ir žalos nustatyti reikalingos specialios medicinos žinios, kurias turi būtent teismo medicinos ekspertai (teismas svarbią įrodomąją reikšmę skiria deontologinėms teismo ekspertizėms) [311]. Tokia teismo ekspertų motyvacija kelia abejonių, nes VMAI ekspertai lygiai taip pat turi specialių medicininių žinių. Papildoma medicininė teismo ekspertizė taip pat nenustatė priežastinio ryšio, taigi apygardos teismas atmetė VMAI išvadas. Dėl minėtų priežasčių teismas negalėjo pripažinti, kad ieškovė dėl netinkamai atliktos plastinės operacijos ar netinkamo pooperacinio gydymo buvo sužalota, ir ieškinį atmetė. Apeliacinis teismas VMAI išvadas vertino priešingai, apygardos teismo sprendimą panaikino ir priėmė naują sprendimą tenkinti ieškinį iš dalies. Ekspertų išvadų prieštaravimai nustatant priežastinį ryšį stebimi ir kitose gydytojų CA bylose [191]. Civilinėje byloje *V.G. v Vilniaus universiteto onkologijos institutas*, teismo vertinamos net penkios prieštaringos ekspertų išvados dėl gimdos ir jos priedų šalinimo operacijos metu pažeisto šlapimtakio [337]. VMAI nustatė gydytojo netinkamą veiksmų standartą, tuo tarpu teismo medicinos ekspertai operacijos rezultatą vertino kaip galimą operacinę komplikaciją. Teismo skirta papildoma ekspertizė patvirtino gydytojo aplaidumo faktą (gydytojas privalėjo pagalvoti apie galimą komplikaciją ir ją laiku diagnozuoti) ir priėmė sprendimą ieškovei pilnai atlyginti neturtinę žalą 60 000 litų.

Teismo ekspertai turėtų dalyvauti nustatant ir neturtinės žalos dydį, tačiau neturtinės žalos ekspertizė Lietuvoje praktiškai netaikoma. Vien teisinių žinių įvertinti neturtinę žalą teismui nepakanka, reikalingos ir medicininės žinios nukentėjusio asmens medicinos ekspertizei atlikti (eksperto psichologo, psichiatro ar kitokios teismo medicinos ekspertizės). Identifikuojant neturtinės žalos patyrimo faktą civilinėje byloje *L.Z., M.Z., V.Z., G.Z. v. VšĮ Marijampolės ligoninė* teismo ekspertizės nebuvo taikytos [221]. Teismų praktika rodo, kad pats neturtinės žalos patyrimo faktas neįrodinėjamas, nors teismas turėtų pagrįsti reikalaujamos neturtinės žalos piniginės kompensacijos dydį.

Ekspertai prailgina bylos nagrinėjimo trukmę beveik trigubai, nurodo japonų mokslininkai [338]. Jų mokslinės studijos rezultatai rodo, kad bylos nagrinėjimo procese skiriant daug ekspertizių, bylos nagrinėjimas užsitęsia. Moksliniame darbe nebuvo galimybės nustatyti per kiek laiko ekspertai pateikia išvadas, tačiau Mulcahy L. su bendraautoriais atlikę tokius tyrimus Anglijoje, nurodo, kad pacientams ekspertų išvadų neretai tenka laukti 12-18 mėnesių [297.P.17].

Remiantis teisine užsienio literatūra, Japonijoje gydytojų CA bylų proceso vidutinė trukmė 36,5 mėnesiai (1976-1982) [339]. Autorių nuomone, sutrumpinus atsiliepimų civiliniame procese terminą (*Civil Procedure Act* 1998), bylinėjimosi trukmė sumažėjo iki 28 mėnesių (1999) [338]. Japonų mokslininkai lygino šį terminą su civilinio proceso vidutine trukme Jungtinėje Karalystėje, kurioje ši siekė 28,8 mėn. (*Supreme Court Taxing Office SCTO Survey* 1996).

Atlikto tyrimo duomenimis, vidutinė gydytojų CA bylų trukmė – 20,31 mėnesių. 2003 metais teismo ginčo bylinėjimosi procesas truko net 30,57 mėnesius. Tai būtų galima paaiškinti nuo 2003 m. sausio 1 d. įsigaliojusiomis naujojo LR CPK nuostatomis (tikėtina, kad bylų nagrinėjimo terminus ilgina atsiliepimų į pareikštą ieškinį pateikimai, dublikai, triplikai ir kiti veiksmai, kurie, teismo manymu, reikalingi, kad byla būtų tinkamai išnagrinėta teismo posėdyje). Atliktas tyrimas rodo, kad 2005 metais, priešingai, stebimas

gydytojų CA bylų nagrinėjimo trukmės ženklus sutrumpėjimas vidutiniškai iki 14,8 mėnesių. Autorė daro prielaidą, kad tai galėjo įtakoti 2005 m. sausio 1 d. įsigaliojus naujai LR PTŽSAĮ redakcijai, pirmą kartą Lietuvoje buvo įsteigta ikiteisminė institucija ginčams dėl pacientams padarytos žalos atlyginimo ir privalomas sveikatos priežiūros įstaigų CA draudimas (žiūrėti literatūros apžvalgoje 2.4.4 skyrių).

Remiantis Lietuvos Nacionalinės teismų administracijos teikiama kasmetine civilinių bylų statistika, galima būtų palyginti 2005 metų pateiktus statistinius duomenis su šio tyrimo gautais rezultatais [340]. 2005 metais apylinkių ir apygardų teismuose (kaip pirmos instancijos teismuose) buvo 7016 civilinių bylų, kurių nagrinėjimas truko ilgiau nei 6 mėnesius. Tai sudarė apie 4,72 proc. visų išnagrinėtų civilinių bylų. Atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad iš 2005 metais išnagrinėtų 15 gydytojų civilinės atsakomybės bylų 11 bylų nagrinėjimas truko ilgiau nei 6 mėnesius. Tai sudarė 73,3 proc. visų išnagrinėtų 2005 metais šios kategorijos bylų. Tačiau toks palyginimas labai skirtingais statistiniais skaičiais, autorės nuomone, nėra teisingas, tačiau būtina atkreipti dėmesį į tai, kad vis tik bylos nagrinėjimo trukmė gydytojų CA bylose ženkliai skiriasi nuo bendros civilinių bylų nagrinėjimo trukmės.

Apibendrinant tyrimo rezultatus apie įrodinėjimo procesą gydytojų CA bylose, galima teigti, kad teisminis ginčo nagrinėjimas – ilgai užtrunkantis procesas, gausus ekspertizių skaičius, prieštaringos ekspertų išvados dar labiau prailgina bylinėjimosi procesą. Besikeičiantys teisės aktai, reglamentuojantys žalos atlyginimo mechanizmą, tiesiogiai įtakoja teismo proceso trukmę. Tyrimo rezultatai rodo teigiamą tendenciją sprendžiant teisminį ginčą: didėjant gydytojų CA bylų skaičiui, teismo proceso trukmė mažėja. Dažnai prieštaringos ekspertų išvados toje pačioje byloje rodo, kad atliekantys ekspertizę ekspertai ne visuomet būna objektyvūs. Teisės aktai nereglamentuoja specialių reikalavimų ekspertams nagrinėjamos kategorijos bylose, nors užsienio valstybių teismų praktika rodo, kad ekspertams tokios kategorijos civilinėse bylose yra keliami papildomi reikalavimai tikslu užtikrinti jų nešališkumą. Besiformuojanti prieštaringa ekspertų elgesio kultūra

gali tapti rimta kliūtimi patyrusiems žala pacientams realizuoti teisę į žalos sveikatai atlyginimą.

Teismų sprendimai. Gydytojo ir paciento santykiai šiandieną tapo labai sudėtingais, jie susieti su daugeliu etinių, moralinių, filosofinių ir net religinių dilemų. Dabar gydytojui nebepakanka elgtis vien pagal tūkstantmetę pasaulio gydytojų patirtį išreiškiančias Hipokrato priesaikos nuostatas, tačiau būtina preciziškai laikytis nustatytų reikalavimų, nes vien formalus jų pažeidimas gali lemti kilsiančią teisinę atsakomybę [341].

Gydytojas, teikdamas sveikatos priežiūros paslaugas, nesiekia konkretaus rezultato, jis veikia taip, kaip toje situacijoje veiktų protingas, rūpestingas ir profesionalus gydytojas. Ar gydytojo veiksmų standartas atitiko tokius reikalavimus, vertinama atsižvelgiant į konkrečias aplinkybes (žiūrėti literatūros apžvalgos 2.4.1 skyrių). Gydytojo aplaidumo fakto nustatymas sudėtingas tiek medicininio, tiek teisiniu požiūriu. Tai ne tik gydytojo pareigos, bet ir atitinkamai paciento teisės pažeidimo konstatavimas.

Pirmąjį Lietuvos teismų praktikoje protingai kvalifikuoto gydytojo elgesio standartą pateikė Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2001 11 14 nutartis [40]. Tai atidaus, rūpestingo, dėmesingo, kvalifikuoto gydytojo elgesio standartas. Atsižvelgiant į teisės doktrinoje priimtą prievolių skirstymą, LAT padarė išvadą, kad gydytoją ir pacientą sieja prievolė, kurios turinį sudaro gydytojo pareiga užtikrinti kad ši prievolė būtų vykdoma užtikrinant maksimalų atidumo, rūpestingumo, atsargumo ir kvalifikuotumo laipsnį. Gydytojais privalo vadovautis ne tik teisės aktais, reglamentuojančiais paslaugos teikimą, bet ir gydytojų profesinės etikos nuostatomis. Nors apie moralinį, etinį aspektą LAT teismas užsimena byloje *O.R., M.R., J.K., N.K. v VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos, VŠĮ Vilniaus infekcinė universitetinė ligoninė*, tačiau kiek šiandieną aktuali Hipokrato priesaika taikoma teismų praktikoje, nedetalizuoja [191]. Istorinė gydytojų etikos normų raida rodo, kad nors esminis Hipokrato priesaikos vertybių turinys nepakito, tačiau nauja orientacija į pacientą (visuomenės bei kultūros pokyčiai) sąlygojo ir pokyčius hipokratiškojoje medicinos etikoje bei profesinių etikos kodeksų

turinį [190]. LAT praktika šiuo klausimu labai negausi, LAT išsako tik savo nuostata, kad gydytojo moralės normos ir geri papročiai papildo gydytojo profesinio elgesio standartą.

Vienas iš pagrindinių paciento teisės į žalos sveikatai atlyginimą realizavimo vertinimo kriterijų šiame darbe – žalos paciento sveikatai atlyginimo faktas. Tyrimo rezultatai rodo, kad 59,4 proc. bylų atvejų teismo sprendimai buvo priimti ieškovo-paciento naudai, atlyginant žalą jo sveikatai pilnai (15,6 proc.) arba dalinai (43,8 proc.).

Japonų mokslininkai, atlikę 1986-1998 metų panašią civilinių bylų mokslinę analizę, konstatavo, kad tik 31,8 proc. gydytojų CA bylų buvo išspręsta ieškovo naudai [342]. Jeigu ieškinio pagrinde buvo nurodytas nerūpestingumo faktas, žalos atlyginimas paciento naudai buvo priteistas 70,2 proc. atvejų. Jų studijos rezultatai parodė, kad faktinis ieškinio pagrindas statistiškai reikšmingai koreliavo su teismo sprendimais ieškovo naudai.

Panaši mokslinė studija buvo atlikta JAV Niujorko valstijoje [343]. Rezultatai parodė, kad apie 40 proc. bylų buvo išspręstos pacientų – ieškovų naudai. Tyrimo išvadose pažymima, kad sužalojimo laipsnis buvo statistiškai reikšmingas veiksnys, įtakojęs teismo sprendimą paciento naudai.

Byla ieškovo naudai paprastai išsprendžiama ir teismui patvirtinus taikos sutartį, kuri pagreitina sprendimo priėmimą. Taikinimo procedūra yra veiksmingiausias bet kurio konflikto sprendimo būdas. Jis laikomas efektyviausiu, jeigu taikos sutartis patvirtinama dar parengiamajame teismo posėdyje. Sudarius taikos sutartį, teismas privalo įsitikinti, ar nepažeistos įstatymo imperatyviosios normos, ar nepažeistas viešasis interesas, ar taikos sutartis išreiškia šalių valią, ar nepažeistos šalių teisės ir teisėti interesai.

Civilinėje byloje *E.P., D.P., J.P. v VŠĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centras* ieškovai dėl artimo žmogaus gyvybės atėmimo prašė priteisti lygiomis dalimis visiems ieškovams 750 000 Lt neturtinės ir 20 016 Lt turtinės žalos atlyginimo [344]. Sutuoktinis ir vaikų tėvas mirė dėl netinkamai suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų, įvykus epilepsijos priepuoliui: tinkamai neįvertinta paciento neurologinė būklė, pažeista depresijos gydymo metodika.

Gydymo įstaigoje nėra intensyvios terapijos skyriaus, todėl buvo suteikta netinkama ir neefektyvi reanimacinė pagalba. Taikos sutartis sudaryta civilinės bylos proceso eigoje, po 9 mėnesių nuo bylos nagrinėjimo pradžios. Teismas patvirtino taikos sutarties sąlygas: sutuoktiniui ir vaikams atsakovas įsipareigojo atlyginti po 40 000 litų neturtinės žalos.

Civilinėje byloje *A.G., S.G. v VŠĮ Šiaulių ligoninė* teismas taip pat išsprendė šalių ginčą, patvirtindamas taikos sutartį [345]. Dėl laiku nesuteiktos chirurginės ambulatorinės paslaugos ir ligonio sveikatos būklės sekimo po furunkulo atvėrimo procedūros, ieškovas dėl stafilokokinio sepsio ir jo komplikacijų du mėnesius buvo gydytas Kauno Medicinos universiteto klinikose. Reikalaujamas patirtos žalos sveikatai atlyginimo, ieškovas pateikė ieškinį teisme atlyginti patirtas finansines išlaidas ir neturtinę žalą 100 000 litų. Taikos sutartis sudaryta praėjus dviems mėnesiams po ieškinio pateikimo, teismas patvirtino šalių susitarimą atlyginti ieškovui turtinę ir neturtinę žalą 13 000 litų. Abiem šiais taikos sutarties patvirtinimo atvejais teismas buvo konstatavęs neteisėtus gydytojų veiksmus, abiem atvejais patvirtinta taikos sutartimi buvo dalinai atlyginta žala ieškovams.

Ieškovo, kuris kreipėsi į teismą, nesilaikydamas tos kategorijos byloms nustatytos ginčo išankstinio sprendimo ne teisme tvarkos ir ja dar galima pasinaudoti, pareiškimas paliekamas nenagrinėtu (LR CPK 296 straipsnio 1 dalies 1 punktą). Pasinaudojęs ikiteisminio ginčo sprendimo teise, asmuo pakartotinai gali kreiptis į teismą, jeigu jo netenkina ikiteisminio ginčo sprendimas (žiūrėti literatūros apžvalgoje 2.4.4 skyrių). Teismai griežtai laikosi ikiteisminio ginčo nagrinėjimo tvarkos ir trimis atvejais šio tyrimo ieškinio pareiškimus paliko nenagrinėtus [346, 347, 348]. Civilinėje byloje *I.K. v UAB „SK Impeks Medicinos diagnostikos centras“* ieškinio pareiškimas registruotas teisme ir tik po pusantro mėnesio teismas priėmė nutartį atsisakyti priimti ieškinio pareiškimą dėl anksčiau minėtos priežasties [348]. Šis ir kiti civilinių bylų atvejai rodo, kad teisės aktų nuostatos dėl ikiteisminio ginčo sprendimo tvarkos nebuvo visiškai aiškiai išdėstytos LR PTŽSAĮ (nebuvo nuostatos „privaloma“). Ne tik ieškovai, bet ir teismai klydo (neturėjo

registruoti ieškino teisme, bet nukreipti ieškovą į Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisiją prie SAM).

Civilinė atsakomybė atsiranda tik esant visiems civilinio delikto sudėties elementams (žiūrėti literatūros apžvalgos 2.4.1. skyrių). Neįrodžius kaltės ir priežastinio ryšio, ieškiniai laikomi nepagrįstais ir teismo sprendimu atmetami [349, 350, 351, 318]. Artimojo mirtis dažniausiai ieškovo požiūriu iš karto reiškia gydytojo kaltę ir žalos atlyginimą, mirtį ieškovai tiesiogiai suriša su gydymo rezultatais. Tačiau gydytojų veiksmų teisėtumas ar neteisėtumas nustatomas analizuojant jų santykį ne su pasekmėmis, o su teise. Gydytojo elgesys vertinamas ne pagal tai, ar pasiektas tam tikras rezultatas, bet pagal tai, ar gydytojo veiksmai atitiko medicinos paslaugų teikimą reglamentuojančias teisės normas bei gydytojų profesinės etikos nuostatas. Civilinėje byloje *A.G. v. VŠĮ Šv.Jokūno ligoninė* ieškinys atmestas, nes teismas padarė išvadą, kad gydytojo elgesio standartas nebuvo pažeistas [352]. Pacientė operuota dėl atviro blauzdos kaulo lūžio, įvykusio autoįvykio metu. Pooperacinis periodas komplikavosi lėtiniu fistulioziniu osteomielitu (nepageidaujamas įvykis). Ekspertų pateiktoje išvadoje teigiama, kad atvirų kaulų lūžiai 7-10 proc. atveju gali komplikotis osteomielitu, o neteisėtų gydytojų veiksmų ekspertų komisija nenustatė. Nesant delikto sudėties, ieškinys buvo atmestas.

Pagrindinis nerūpestingumo/aplaidumo kontrolės metodas, sprendžiant gydytojo kaltės klausimą, yra gydytojo pareigos atlikimo vertinimas. Pareiga yra priemonė, kuria teisė reguliuoja gydytojo elgesį su pacientais. Pareiga, atsirandanti sutarties ar delikto pagrindu, yra protingai ir profesionaliai teikti sveikatos priežiūros paslaugas. Nors pareiga – privalomi veiksmai, tačiau ne visada įmanoma tiksliai apibrėžti pareigos apimtį, nes sveikatos priežiūros standartai, atsižvelgiant į medicinos technologijų spartų vystymąsi, negali būti nuolat pakankamai tobuli [195]. Lietuvoje nacionaliniai ligų diagnostikos ir gydymo standartai nėra patvirtinti, todėl gydytojai vadovaujasi gydymo įstaigų vadovų patvirtintais vietiniais gydymo protokolais, kuriuos teismai ne visuomet vertina kaip tinkamą įrodymą. Atskiruose šalies regionuose tai pačiai ligai diagnozuoti ir gydyti standartai gali skirtis, todėl teismams sudėtinga

vertinti gydytojų veiksmus teisėtumo požiūriu. Taigi, teismai taiko universalų standartą – protingas profesionalas esamomis aplinkybėmis.

Teismo sprendimo teisingumas, teisėtumas ir pagrįstumas yra preziumuojami. Daugumoje valstybių yra pakopinė teismo sprendimų kontrolė (vadinama instancine sistema). Atliktos bylų analizės rezultatai rodo, kad net 75,0 proc.pirmosios instancijos teismų sprendimai buvo apskūsti, o 40,6 proc.atvejų galutinius sprendimus priėmė LAT.

Vertinant skundžiamų teismų sprendimų turinį, analizuota, kokios objektyvios ir subjektyvios priežastys galėjo lemti tokį didelį skundžiamų teismų sprendimų skaičių. Dažniausiai kasatoriai - ieškovai nurodo sekančias apskundimo priežastis: teismas neteisingai aiškino ir taikė materialinės teisės normas arba teismas nukrypo nuo LAT suformuotos teisės aiškinimo ir taikymo praktikos. Taigi, galima daryti prielaidą, kad teismų praktika nagrinėjamos kategorijos bylose tik formuojasi, be to kasacijos priežastis galėjo įtakoti teisės aktų kaita (LR CK, LR PTŽSAĮ).

Taip pat kasatoriai - ieškovai nurodė, kad pažeidžiamos teismo proceso normos: procedūros skiriant, atliekant ekspertizes ir vertinant jų rezultatus (skiriami netinkami ekspertai, suteikiamas prioritetas vienai iš daugelio atliktų ekspertizių, neskiriama ekspertizė, nors būtinos specialiosios žinios), įrodinėjimo procesas (įrodinėjimo našta perkeliama ieškovui, pažeidžiamos įrodymų vertinimo taisyklės, nesurenkami papildomi įrodymai, būtini sprendimui priimti).

Atsakovų nuomone, teismų procesiniai sprendimai neatitinka teisingumo, protingumo ir sąžiningumo principų, nes tokiais sprendimais teismai neapsaugo visuomenės interesų sveikatos apsaugos srityje. Priteisus neprotingai didelius žalos atlyginimo dydžius ieškovams, viešosios gydymo įstaigos neturės finansinių galimybių tęsti piliečių sveikatinimo veiklą. Civilinių bylų analizės rezultatai tvirtina, kad aukštesnės instancijos teismai atsižvelgia į ieškovų ir atsakovų pagrįstus skundus: 45,8 proc. bylų atvejų teismų sprendimai buvo pakeisti.

Nėra gausu mokslinių studijų, kurios analizuotų teisinių procesinių ar medicininių veiksnių galimą įtaką teismo sprendimams analizuojamos kategorijos bylose. Tyrimus dėl gydytojų aplaidumo ir teismo sprendimo ryšio atliko Japonų mokslininkai [342]. Jų studija apėmė 421 gydytojų CA bylą. Gauti rezultatai patvirtino, kad paciento žalos sveikatai atlyginimas priklauso nuo sužalojimo tipo: visais gydytojų aplaidumo atvejais teismai priėmė sprendimus atlyginti pacientams padarytą žalą. Be to, japonų tyrimo duomenys parodė, kad sprendimas paciento-ieškovo naudai priklausė ir nuo ieškinio teisinio pagrindo ($p < 0.00$) ir nuo sužalojimo sunkumo ($p = 0.02$).

JAV Niujorko valstijoje atlikta mokslinė studija analizavo 51 gydytojų CA bylą, kuriose ieškovais buvo stacionaruose gydyti pacientai, patyrę sveikatos sužalojimus [353]. Mokslininkų išvados, skirtingai autorės gautiems rezultatams, parodė, kad sužalojimo tipas neturėjo įtakos sprendimui ieškovo naudai. Tačiau mokslininkai nustatė, kad statistiškai reikšmingas teismo sprendimui medicininis veiksnys – paciento sužalojimo sunkumas - įtakojo ne tik patį sprendimą paciento naudai, bet ir žalos dydį. Galima būtų išvelgti, kad skirtingus tyrimo rezultatus Lietuvoje ir JAV sąlygojo skirtingos teisinės sistemos ir teismų praktika (teismai ir prisiekusiųjų teismai).

Analizuojant medicininius veiksnius, galinčius turėti įtakos teismo sprendimui, būtina atkreipti dėmesį į nepageidaujamo įvykio ar nesėkmės (angl. *adverse events*), aplaidumo (angl. *negligence*) bei klaidos medicinos praktikoje (angl. *medical error*) taikomas sąvokas. Teismų praktikoje sutinkama tik gydytojo aplaidumo sąvoka. Teismai nepasisako nei apie nepageidaujamą įvykį, nei apie klaidą medicinoje. Tačiau nepageidaujamo įvykio ir klaidos medicinos praktikoje taksonomijos rodo, kad jos turėtų būti analizuojamos teismų praktikoje, siekiant priimti pagrįstus teismo sprendimus [118].

Svarstant paciento sužalojimo klausimą mokslinėje literatūroje plačiai vartojama nepageidaujamo įvykio definicija. Autorė, analizuodama bylų dokumentus, nepageidaujamą įvykį civilinėje byloje konstatuodavo laikydama definicijos, kurią pateikia JAV mokslininkai [353]. Nepageidaujamas įvykis - tai paciento sveikatos sužalojimas teikiant sveikatos

priežiūros paslaugas, neatsižvelgiant į patį ligos procesą ir jo komplikacijas, kuris prailgina paciento hospitalizavimo laiką arba/ir sukelia nedarbingumą išrašymo iš ligoninės metu.

Atsižvelgiant į tokią nepageidaujamo įvykio sampratą, autorė analizuojamose bylose iš viso išskyrė 28 nepageidaujamus įvykius (71,4 proc.). Atliktos studijos rezultatai parodė, kad nepageidaujamas įvykis, esant gydytojo standarto pažeidimui, sudarė 62,5 proc. (20 atvejų) visų nagrinėtų bylų atvejų. 70 proc. iš šių atvejų sužalojimo rezultatas buvo mirtis arba nuolatinis darbingumo netekimas.

Nesėkmė medicinos praktikoje priklauso nuo daugelio faktorių, kurie sudaro tarsi ištisą grandinę, ir šios grandinės gale visuomet yra gydytojas [354]. Teismo dėmesys koncentruojamas būtent jo veiksams vertinti. Mokslininkai teigia, kad norint teisingai įvertinti gydytojo veiksmų teisėtumą, reikėtų vertinti visą faktorių grandinę [308]. Harvardo III studijos rezultatai parodė, kad ieškiniai dėl gydytojų aplaidumo nėra dažnas reiškinys, aplaidumo fakto ir ieškinio pateikimo santykis 7,6:1. Tačiau ieškinį gali pateikti ir pacientas, kuriam subjektyviai atrodo, kad sužalojimas įvyko būtent dėl gydytojo kaltės [308]. Kada nepageidaujamo įvykio ar klaidos medicinos praktikoje rezultatas yra didelė žala paciento sveikatai ar jo mirtis, dažniausiai iškyla gydytojo kaltės klausimas. Mokslininkai diskutuoja, kur yra riba, kai nekaltas gydytojo elgesys tampa kaltu.

Klaida diagnozuojant sveikatos sutrikimą nėra pati iš savęs aplaidumas. Tačiau aplaidumas jau tolygus kaltei. Daugeliu situacijų klaida ir aplaidumas turi panašius simptomus ir todėl juos sudėtinga diferencijuoti. Pradinė pozicija sprendžiant gydytojo klaidos klausimą – nustatyti ar nepageidaujamas įvykis bus svarstomas kaip atsitiktinis įvykis ar neatsitiktinis. Atsitiktinis įvykis turi atitikti sekančias sąlygas: jo nesiekama, jis nenuspėjamas, o jeigu ir nuspėjamas, tai realiai neišvengiamas. Sprendžiant gydytojo aplaidumo klausimą, dėmesys koncentruojamas į asmens, kuris prisidėjo prie įvykio atsiradimo, elgesio pažinimo procesą.

Nors nuoširdus klaidos pripažinimas paties gydytojo nepanaikina jo civilinės atsakomybės, tačiau klaida - viena iš gynybos priemonių deliktų teisėje [209.P.615]. Klaida - nesėkmė įgyvendinant planuotus veiksmus (vykdymo klaida) arba taikymas neteisingo plano tikslu pasiekti norimą rezultatą (planavimo klaida) [43.P.85-92, 354]. Klaidų galima išvengti, tačiau atipinė ligos eiga dažnai padidina jos atsiradimo riziką. Teismų praktika rodo, kad gydytojo kaltės prielaidos nėra sąlygojamos atipinės ligos eigos, ieškovo individualių organizmo pokyčių (imuniteto nebuvimo, sąaugų vidaus organuose ir pan.), teismas klaidos sąvoką dažniausiai keičia gydytojo kaltės sąvoka. Teismai netaiko objektyvios gydytojo klaidos sąvokos.

Kada sprendžiamas gydytojo kaltės klausimas, dėmesys koncentruojamas ne į plano ar veiksmo rezultatą, o į paties veiksmo ar plano procesą [355.P.73]. A. Merry ir bendraautoriai klaidos apibrėžimą pateikia, laikantis tokios koncepcijos: klaida-nesąmoninga nesėkmė sudarant planą, kuriuo siekiama pasiekti tam tikrą rezultatą ar nesąmoningas nukrypimas nuo planuotų protinių ar fizinių veiksmų, išskyrus nukrypimą dėl intervencijos rizikos [355.P.74]. Autorė išskirtinai pabrėžia, kad klaidos medicinos praktikoje nėra susijusios su automatiniiais veiksmiais ir kad turi būti siekiama tam tikrų veiksmų ar plano, kuris tampa klaidingu, o pati klaida padaroma netyčia.

Lietuvos sveikatos teisės aktai klaidos pažinimo procesą koncentruoja į medicinos praktikos rezultatą. Klaidos laipsnis priklauso nuo nesėkmingo gydymo rezultato laipsnio: invalidumo ar mirties. LR medicinos praktikos įstatymas pateikia medicinos praktikos klaidos definiciją – tai gydytojo veika, kai dėl gydytojo kaltės sukeliamas pavojus ar padaroma žala paciento sveikatai [189]. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintoje sveikatos priežiūros specialistų profesinės kompetencijos vertinimo tvarkoje medicinos praktikos klaidos definicija nedetalizuoja klaidos pagrindo (2 straipsnio 10 dalis) [356]. Grubi praktikos klaida - specialisto klaidingos (netinkamos) išvados, veiklos trūkumai ar veiksmai, lėmę žalą paciento sveikatai, paciento invalidumą arba žūtį, kai tai patvirtina komisija. Vadinasi žalos paciento

sveikatai faktas gali būti pagrindas komisijai nustatyti medicinos praktikos klaidą. Priešingai anglų mokslininkas J.Reason pateikia klaidų modeliavimo sistemą ir klasifikuoja medicinos praktikos klaidas ne pagal sunkumo laipsnį, o pagal klaidos pagrindą (praktikos įgūdžių stoka, taisyklių nesilaikymas, teorinių žinių stoka) [354.P.74]. Grubb A. pateikia klaidų medicinos praktikoje tipinę klasifikaciją: diagnozavimo klaidos, gydymo, paciento sekimo, komunikavimo klaidos, kuria vadovavosi ir autorė, klasifikuodama klaidas analizuotose bylose [184.P.406].

Mokslinėje literatūroje pateikiama eilė studijų, kurios patvirtina, kad medicinos praktikoje klaidos yra dažnos, kaip ir kitose gyvenimo srityse [114.P.215]. Psichologai, analizuojantys žmogaus elgesį, vieningai teigia, kad tam tikros klaidų rūšys yra neišvengiamos ir žmogaus elgesyje, ir technologinėse žmogaus išrastose sistemose. Tai nereiškia, kad klaidos toleruotinos. Pacientai nori ir turi žinoti tiesą, gauti kompensaciją už padarytą žalą, o išsamus ir moksliskai pagrįstas atvejo vertinimas padėtų išvengti klaidų ateityje [357].

Akivaizdus diagnostinės gydytojo klaidos tolygios jo kaltei pavyzdys civilinėje byloje *O.R.,M.R., J.K.,N.K. v VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos, VŠĮ Vilniaus infekcinė universitetinė ligoninė* [191]. Subjektyvus veiksnys, nulėmęs pavėluotą klinikinės diagnozės nustatymą ir medicinos pagalbos suteikimą buvo tas, kad ne skubos, o planine tvarka – tik šeštą gydymo Santariškių klinikose dieną atliktas instrumentinius echokardiografinis širdies tyrimas. Ši aplinkybė lėmė tolimesnę sveikatos būklės eigą ir mirtį. Gydytojo profesinė atsakomybė iškilo ne todėl, kad atvejis baigėsi pacientės mirtimi, bet todėl, kad gydytojų veiksmai neatitiko maksimalų atidumo, rūpestingumo, atsargumo ir kvalifikuotumo laipsnį, kurį įtvirtinusi LAT praktika. Konkrečiomis aplinkybėmis gydytojas privalėjo atlikti visus būtinus tyrimus, kad išvengti diagnostinės klaidos, netgi daugiau nei leistų galimybės juos atlikti, nes atvejis buvo labai sudėtingas. Klaida tapo aiškiu gydytojo aplaidumo ir kaltės faktu.

Klaidą medicinoje vertinti netgi *post factum* (kuomet netgi aiškios neigiamos pasekmės) iš tiesų labai sudėtinga. Jos atsiradimą įtakoja daug išorinių aplinkybių: ligos ypatumai, eigos atipiškumas, artimųjų elgesys ir kt. Civilinėje byloje *E.L. v VšĮ Visagino pirminės sveikatos priežiūros centras* teismui buvo pateiktos Respublikinės Vilniaus universitetinės vaikų ligoninės klinikinės konferencijos išvados, kuriose teigiama, kad Visagino pirminės sveikatos priežiūros centre nebuvo nustatyta Vilmsio tumoro diagnozė trejų metų mergaitei [335]. Atvejis ypatingai retas (8-9 atvejai per metus Lietuvoje), jį gali nustatyti tik šios srities specialistai, taikydami specialius tyrimo metodus. Ligos požymiai akivaizdžiai pasimato ligai jau pažengus, t.y. 3-4 stadijoje. Konferencijoje dalyvavę 52 šalies specialistai konstatavo, kad Visagino centro gydytojai galėjo tik įtarti inksto vėžį ir siūsti specialistų konsultacijai. Vertinant vaiko raidos istoriją, jau 3 mėnesių amžiaus mergaitei, įtarus kairės pusės kūno neaiškios kilmės asimetriją, buvo rekomenduotos chirurgo specialisto konsultacijos, tačiau Visagino centro gydytojai elgėsi nepakankamai rūpestingai, atidžiai ir kvalifikuotai nesiėmę visų galimų priemonių kaip galima anksčiau diagnozuoti ligą.

Lietuvos Aukščiausiasis Teismas 2003 m. gruodžio 8 d. civilinėje byloje *R.V., D.V. v VšĮ Kauno 2-oji klinikinė ligoninė, VšĮ Kauno klinikinė infekcinė ligoninė* gydytojo veiksmus vertino, taikydamas griežtesnius atidumo, dėmesingumo, rūpestingumo standartus [206]. Ieškovai nurodo, kad gydytoja neatliko reikalingų medicininių tyrimų, surinko nepakankamai išsamią ligos anamnezę bei, nepagrįstai atmetusi infekcinio susirgimo galimybę, klaidingai nukreipė pacientę į kitą ligoninę. Gydytojai chirurgai, surinkę nepakankamai išsamią pacientės ligos anamnezę, klaidingai diagnozavo ūmų kirmėlinės ataugos uždegimą, ir negavę rašytinio pacientės sutikimo, atliko operaciją. Jos metu išsivysčiusios komplikacijos sąlygojo ligonės mirtį. Apygardos teismas konstatavo atsakovų gydytojų kaltę, kuri pasireiškė nepakankamu rūpestingumu bei dėmesingumu. Lietuvos apeliacinio teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegija sutiko su teismo išvadomis dėl gydytojų kaltės ir papildomai motyvavo, kad gydytojo profesionalo veiksmai

vertinami taikant griežtesnius atidumo, dėmesingumo, rūpestingumo standartus, jo civilinę atsakomybę lemia bet kokia kaltės forma, tai yra bet koks neatidumas, nepakankamas profesinės pareigos atlikimas. Konkrečiu atveju diagnozavimo klaida, nepilnai atlikus būtinus tyrimus, sudarė pagrindą vertinti, kad sveikatos priežiūros įstaiga neužtikrino sveikatos priežiūros paslaugų reikiamu lygiu. Klaida vertinta kaip aplaidumo faktas.

Sudėtingai buvo sprendžiamas gydytojo klaidos ir kaltės klausimas civilinėje byloje *A.M., V.K. v VŠĮ Šiaulių rajono PSPC .LAT*, remdamasis byloje esančiais įrodymais (ekspertų išvadomis, liudytojų parodymais), padarė išvadą, kad gydytoja, teikdama sveikatos priežiūros paslaugas pacientei, nebuvo maksimaliai rūpestinga, atsargi ir dėmesinga, dėl to nenustatė tikrosios diagnozės ir skyrė netinkamą gydymą [266]. Šis jos aplaidumas tolygus profesionalo kaltei. Atsakovas gydytojas, neigdamas savo kalbę, siekė įrodyti, kad ligos eiga buvo atipinė, jos simptomai visiškai nebūdingi opaligei ir nustatyti diagnozę praktiškai buvo neįmanoma. Gydytoja teigė, kad tai sąžiningo klydimo pasekmė, jai vykdant savo pareigas, kad tai objektyvi gydytojo klaida, o ne aplaidumas. Kiek sudėtingos ligos aplinkybės gali sąlygoti teiginį: tai klaida ar kaltė? Nors diagnozavimo atvejis buvo sudėtingas, ar gydytojas konkrečioje situacijoje buvo sąžiningas ir gali būti laikomas nekaltu, vertinama pagal tai, ar jis viską padarė, ko iš jo reikalaujama. Teismas nustatė, kad gydytoja nesurinko visų reikiamų duomenų diagnozės nustatymui ir pažeidė maksimalaus atidumo ir rūpestingumo kriterijų. Gydytoja teismo pripažinta kalta.

Gydytojo klaidos ir kaltės sąvokų skirtumui parodyti autorė pateikia užsienio teismų praktikos pavyzdžius. Akivaizdų klaidos medicinos praktikoje pavyzdį demonstruoja byla *Maynard v West Midlands RHA* (1985, Anglija) [194.P.160]. Gydytojas diagnozavo pacientui tuberkuliozę, tačiau ligos simptomai kėlė abejonių dėl Hodžkino ligos, kuri gali baigtis mirtimi jeigu nepradėtas skubus gydymas. Gydytojas atliko diagnostinę operaciją, kurios metu buvo pažeistas nervas. Pacientas pateikė ieškinį dėl žalos nepagrįstai atliekant operaciją, nes pasitvirtino tuberkuliozės diagnozė. Gydytojui teismas

nepripažino aplaidumo, nes jo veiksmai buvo pripažinti teisingais ir teisėtais. Konkrečiu atveju gydytojas padarė viską, kad diagnozuoti ligą, tačiau diagnozė buvo klaidinga. Byloje *Wood v Thurston* (1951, Anglija) situacija priešinga [194.P.169]. Automobilio sužalotas neblaivus nukentėjęs atvežtas į ligoninę. Gydytojas tik apžiūrėjęs pacientą, išleido į namus. Po keleto valandų pacientas mirė, dėl plaučių sužalojimo (lūžę šonkauliai ir raktikaulis). Gydytojo veiksmuose pripažintas aplaidumas, nes jis neatliko visų tyrimų, būtinų sužalojimams diagnozuoti (teisinosi, kad alkoholiui užslopinus skausmo sindromą, sunku buvo diagnozuoti lūžimus). Šiuo bylos atveju gydytojo neteisinga diagnozė dėl aplaidumo lėmė paciento mirtį.

Individualios paciento organizmo savybės bei specifinės sveikatos būklės aplinkybės dažnai tampa kliūtimi gydytojui suteikti saugią paslaugą pacientui, o teismui priimti teisingą sprendimą. Dažnai kyla klausimas, ar turi įtakos teismo sprendimui tokios aplinkybės. Chirurgas ginekologas dėl paprasto neatsargumo operacijos metu perrišo kairįjį šlapimtakį (savo veiksmais jis nesiekė padaryti žalos pacientei, tai įvyko dėl neatsargumo) [314]. Komplikaciją sąlygojo ypatingos pacientės sveikatos būklės aplinkybės, t.y. sąaugos mažajame dubenyje. Šlapimtakių perrišimo tikimybė tokiomis aplinkybėmis yra didelė, tačiau tokią riziką turėjo numatyti gydytojas. Ekspertizės akte pažymėta, kad chirurgas operacijos metu neišnaudojo visų galimybių, kurios galėjo apsaugoti pacientės sveikatos būklę nuo neigiamų pasekmių. Dėl nepakankamo gydytojo rūpestingumo operacijos metu bei neefektyvios pooperacinės priežiūros, žinant, kad rizika perrišti šlapimtakį buvo padidinta, teismas priėmė nutartį atlyginti ieškovei turtinę ir neturtinę žalą.

Vienas iš rizikos faktorių įvykti klaidai – medicinos specializacijos sritis. Daugelyje mokslinių straipsnių teigiama, kad skundų ir ieškinių skaičius chirurginio profilio specialybėse žymiai dažnesnis nei terapinio profilio [358]. G.B. Hickson su bendraautoriais, atlikę studiją apie pacientų skundus įtakojančius veiksnius, pabrėžė, kad rizikos valdymas priklauso nuo gydytojo klinikinio darbo apimties, o skundai tiesiogiai susiję su rizikos valdymo

patirtimi. Mokslininkai tvirtina, kad skundo neįtakoja nei paciento charakteristikos, nei ligos sudėtingumas, nei gydytojo praktiniai įgūdžiai. Studdert D.M. su bendraautoriais išskiria šešias ypatingai didelės rizikos medicinos sritis: būtinoji pagalba, bendroji chirurgija, ortopedija, neurochirurgija, akušerija/ginekologija ir radiologija [359]. Mokslininkų nuomone, ypatingai didelės atsakomybės sritis yra akušerija/ginekologija [302]. Jų nuomone, vienintelė išeitis sumažinti ieškinių teismuose riziką – vadovautis diagnostikos ir gydymo protokolais.

Autorės gauti mokslinės studijos rezultatai labai panašūs minėtų autorių studijų rezultatams. 56,2 proc. bylų atvejų atsakovais buvo chirurginio profilio gydytojai, beveik trečdalis visų bylų atvejų – abdominalinės chirurgijos specialistai (31,3 proc.).

Apibendrinant teismų sprendimų analizę, galima teigti, kad LAT per pirmuosius penkerius teismų praktikos metus priėmė principinius sprendimus dėl profesinio gydytojo elgesio standarto, gydytojo kaltės aiškinimo ir vertinimo. Tačiau didelis teismų sprendimų apskundimo ir sprendimų keitimo procentas rodo, kad teismų praktika gydytojų CA bylose tik formuojasi. Visais atvejais, kai teismas konstatavo gydytojo standarto pažeidimo faktą, žala paciento sveikatai buvo atlyginta pilnai arba dalinai (62,5 proc.). Teismo sprendimas paciento-ieškovo naudai statistiškai reikšmingai susijęs su gydytojo aplaidumo faktu ($p < 0,000$). Tai rodo, kad teisminė žalos atlyginimo sistema veikia efektyviai. Nei subjektyvus ieškovo nurodomas faktinis pagrindas, nei sunkumo sužalojimo laipsnis, klaidos tipas ar kitas veiksnys statistiškai neturėjo įtakos teismo sprendimui. Šios kategorijos bylose nėra populiarūs ginčo šalių taikos sutartis (tik 2 atvejai iš 32). Teismai, vertinę gydytojų veiksmų teisėtumą, abiem bylų atvejais konstatavo gydytojų aplaidumą, nerūpestingumą ar neatsargumą. Didesnė rizika nepageidaujama įvykiui dėl pažeisto gydytojo veiksmų standarto nustatyta chirurginio profilio specialistams (sudarė 56,2 proc. visų atvejų). Rizikos mažinimui tikslinga vadovautis nacionaliniais diagnostikos ir gydymo protokolais. Klaidingai

nustatyta diagnozė buvo dažniausias klaidos tipas, sprendžiant gydytojo atsakomybės klausimą (40,9 proc.).

Žalos atlyginimo dydis. Lietuvoje, kaip ir daugelyje užsienio valstybių stebimas padidėjęs pacientų, manančių kad jų sveikata sužalota dėl gydytojų kaltės, aktyvumas ir nepagrįstai dideli reikalavimai atlyginti žalą. Materialinės teisės normos, reglamentuojančios žalos atlyginimo fakto ir dydžio nustatymą, išdėstytos literatūros apžvalgos 2.4.2 skyriuje. Autorė, aptardama bylų analizės rezultatus, pateikia šių normų taikymo bei aiškinimo nuostatas teismų praktikoje.

Remiantis CA bylų tyrimo duomenimis, didžiausia prašoma turtinės ir neturtinės žalos suma siekė 2 113 313 litų civilinėje byloje *R.V v VšĮ Kauno 2-oji klinikinė ligoninė, VšĮ Kauno klinikinė infekcinė ligoninė* [206]. Ieškovai R.V. ir D.L.V. prašė priteisti iš atsakovų VšĮ Kauno 2-osios klinikinės ligoninės ir VšĮ Kauno klinikinė infekcinė ligoninė 683 313 Litų turtinės ir 1 430 000 litų neturtinės žalos už nerūpestingumu atimtą dukters gyvybę. Įtarus ūmų chirurginį susirgimą, pacientė buvo operuota, operacijos metu dėl išsivysčiusios piktybinės hipertermijos komplikacijos pacientė mirė. Maisto toksikoinfekcijos netipinė eiga komplikavo teisingos diagnozės nustatymą. LAT paliko Lietuvos Apeliacinio Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos nutartį nepakeistą, priteisti išlaidas, turėtas dėl mirties, tačiau netenkino ieškovo reikalavimo atlyginti negautų pajamų. Teismas aiškino, kad negautas pajamas sudaro ne nukentėjusiojo būsimas uždarbis, o dėl nukentėjusiojo mirties teisę į žalos atlyginimą turinčių asmenų netekto išlaikymo dalis. Šioje byloje LAT akcentavo vieną iš neturtinės žalos dydžio nustatymo kriterijų – kaltės pobūdį, kuris turi įtakos neturtinės žalos dydžio nustatymui. Konkrečioje byloje klaidinga diagnozė nebuvo vertinta kaip didelis neatsargumas, kadangi esminiai tyrimai ir stebėjimai, sudarantys pagrindą diagnozei dėl ligos ir tolesnio jos gydymo metodų, buvo atlikti. LAT pabrėžia, kad nebuvo atlikti visi įmanomi tyrimai, todėl gydytojas klydo diagnozuodamas, labiau remdamasis stebėjimo, o ne absoliučiai toje situacijoje galimais tyrimų duomenimis.

Turtinė žala (specialieji nuostoliai) atlyginama, kai žalos dydį galima tiksliai apskaičiuoti pinigais. Ieškovas visais atvejais turi įrodyti konkrečią specialių nuostolių sumą. Reikalaudamas laidojimo išlaidų atlyginimo, ieškovas konkrečiai pateikia teismui patirtas išlaidas [360, 205].

Rečiau nei vienkartinė kompensacijos suma teismų praktikoje sutinkami atvejai, kai ieškovas prašo periodinių išmokų (dėl netekto darbingumo ar išlaikymo). Devynerių metų berniukui dėl akies obuolio pašalinimo operacijos metu įvykusių komplikacijų ir ištikusios klinikinės mirties, psichoorganiniai pokitimai išliko suėjus aštuoniolikai metų [322]. Dėl liekamųjų reiškinių, nustatytas 30 proc. nedarbingumas, ieškovas kreipėsi į teismą dėl periodinių išmokų priteisimo. Vadovaujantis LAT senato nutarimu, žalos atlyginimas buvo apskaičiuotas pagal šalyje nustatytą vidutinį mėnesinį bruto darbo užmokesčio dydį, kurio indeksą kiekvienais metais koreguoja Statistikos departamentas prie LRV [361].

Civilinių bylų dėl žalos sveikatai atlyginimo analizė parodė, kad daugiau kaip pusė ieškovų prašė atlyginti neturtinę žalą (78,1 proc.). Neturtinės žalos atlyginimui būdingas išimtinis reglamentavimas, t.t. bendrieji nuostoliai Lietuvoje atlyginami įstatymo numatytais atvejais (LR CK 6.250 straipsnio 2 dalis). Neturtinės žalos atlyginimo nuostatas, išdėstytas Lietuvos teisės doktrinoje, autorė pateikia literatūros apžvalgoje (2.4.2 skyriuje). Pateikus teisme reikšmingus įrodymus, pagrindžiančius neturtinės žalos faktą, gali būti priteisiamos gana didelės žalos atlyginimo sumos. Todėl vertindami neturtinės žalos faktą ir jos dydį, teismai atsižvelgia į teisės aktuose nustatytus tam tikrus kriterijus: neturtinės žalos pasekmes, žalą padariusio asmens kaltę, jo turtinę padėtį, padarytos turtinės žalos dydį bei kitas turinčias reikšmės bylos aplinkybes, taip pat į protingumo, sąžiningumo ir teisingumo kriterijus. Apart bendrų neturtinės žalos nustatymo kriterijų teismas gali atsižvelgti ir į specifines sveikatos sutrikdymo aplinkybes: sveikatos sužalojimo laipsnį, patirtos traumos pobūdį, dėl šio sužalojimo galinčius atsirasti ateityje gyvenimo pasikeitimus, kitus turtinius ir neturtinius padarinius. Autorės nuomone, neturtinės žalos nustatymo ir įrodinėjimo procesas turėtų vykti

dviem kryptimis: nustatomi neigiami psichinės ir fizinės prigimties padariniai, atsiradę ir išlikę asmens „viduje“ dėl neteisėto kito subjekto poelgio (psichologinės ekspertizės pagalba) ir nustatomi negatyvūs nukentėjusiojo santykio su aplinka pokyčiai (visuomenės pasmerkimas, bendravimo galimybių sumažėjimas). Išgyvenimų prigimtį sąlygoja ne tik sužalojimų pobūdis, bet ir nukentėjusiojo amžius, lytis bei kitos aplinkybės, į kurias taip pat, autorės nuomone, svarbu atsižvelgti. Neturtinės žalos dydžio nustatymo kriterijų vertinimas pateikiamas LAT praktikoje [362]. Analizuojant faktines bylos aplinkybes, atskleidžiama teisingumo, protingumo ir sąžiningumo principų turinys, jų tarpusavio sąveika ir derinimo mechanizmas [363]. Autorė pateikia šių kriterijų vertinimą nagrinėjamos kategorijos bylose.

Detalus kriterijų vertinimo pavyzdys – civilinėje byloje *L.Z., M.Z., V.Z., G.Z. v. VšĮ Marijampolės ligoninė* [221]. Ieškovas prašo atlyginti 1 mln. Lt neturtinės žalos dėl Marijampolės ligoninėje po gimdymo sužalotų dvynukų. Tuoj po gimimo naujagimiai patyrė sunkių kūno sužalojimų (14 proc. ir 20 proc. kūno paviršiaus nudegimų), didelį fizinį skausmą, sužalojimai turėjo ir gali turėti įtakos jų tolimesniam fiziniam vystymuisi. Naujagimių tėvai išgyveno didelius dvasinius bei fizinį skausmą. Apygardos ir apeliacinis teismai skirtingai vertino neturtinės žalos atlyginimo nustatymo kriterijus, todėl jų sprendimai skyrėsi. Lietuvos apeliacinis teismas akcentavo bylai reikšmingų aplinkybių visumą. Jo nuomone, svarbus kriterijus yra padarytos turtinės žalos dydis kaip vienas iš neturtinės žalos dydžio nustatymo kriterijų. Ypatingą dėmesį teismas skyrė sąžiningumo, teisingumo ir protingumo kriterijams, siekiant nukentėjusiojo ir žalą padariusio asmens interesų pusiausvyros. Priteisus iš atsakovo milijoninę sumą, nukentėtų daugelio kitų pacientų interesai. Be to, atsižvelgiant į bendrą to meto visuomenės pragyvenimo lygį, vieno milijono uždarbis atrodo ganėtinai per didelis eiliniam Lietuvos piliečiui. Tačiau LAT pažymėjo, kad žalą padariusio asmens turtinė padėtis sveikatos sužalojimo ar gyvybės atėmimo atveju negali būti lemiamu kriterijumi, nustatant neturtinės žalos dydį. Esminis neturtinės žalos atlyginimo kriterijus – sužalojimo pasekmės ir dėl to patirti dvasiniai išgyvenimai. LAT

patvirtino apeliacinio teismo sprendimą, ieškinys tenkintas dalinai, teismas priteisė 500 000 Lt neturtinės žalos atlyginimo. Taigi, neturtinės žalos atlyginimas sveikatos srityje lengvai gali pažeisti interesų pusiausvyros principą, todėl natūraliai kyla klausimas dėl neturtinės žalos ribojimo galimybių.

Išskirtinis dėmesys nagrinėjamos kategorijos bylose - neturtinės žalos atlyginimas tretiesiems asmenims. Autorė išskiria dvi bylų grupes: neturtinės žalos atlyginimas asmens gyvybės atėmimu ir neturtinės žalos atlyginimas sužalojus artimą asmenį. Iš visų 25 atvejų, kuomet ieškovas reikalauja atlyginti neturtinę žalą, 7 atvejais prašyta atlyginti neturtinę žalą tretiesiems asmenims dėl gyvybės atėmimo ir 3 atvejais dėl artimo asmens sveikatos sužalojimo. LR CK pakankamai siaurai, tačiau aiškiai apibrėžia trečiųjų asmenų ratą. Vadovaujantis LR CK, ieškinį dėl neturtinės žalos atlyginimo tretieji asmenys gali pareikšti tik jei tokia žala padaryta asmens gyvybės atėmimu ir jei jie yra nukentėjusiojo išlaikytiniai arba turi teisę į išlaikymą.

Ieškovai civilinėje byloje *Č.B., V.B. v VšĮ Kauno medicinos universiteto klinikos* ieškinio reikalavime nurodo 115 200 litų turtinės ir 900 000 litų neturtinės žalos atlyginimą dėl šešiolikmečio sūnaus mirties [364]. Ieškovai teigia, kad jų sūnus mirė dėl Kauno medicinos universiteto klinikų gydytojų nusikalstamo nerūpestingumo, nes nebuvo laiku diagnozuotas bei tinkamai gydytas pūlingas viršutinio žandikaulio kairio ančio uždegimas, kuris komplikavosi pūlingu galvos smegenų minkštųjų dangalų uždegimu. Nors atsakovas nurodė netipinį, retą ligos atvejį (mokslinėje klinikinėje konferencijoje interpretuotas kaip kazuistinis), greitai progresuojančią ligos eigą, tačiau teismų ekspertų išvados leido teismui patvirtinti, kad gydytojų veiksmai neatitiko gydytojų profesinei veiklai taikomų griežtų reikalavimų, pacientui suteiktos paslaugos neatitiko medicinos mokslo principų, t.y. pacientui nebuvo atlikta juosmeninė punkcija. Lietuvos apeliacinis teismas atmetė turtinės žalos atlyginimo reikalavimą kaip nepagrįstą (tėvai nebuvo savo sūnaus išlaikomi), skundžiamą apygardos teismo sprendimą paliko nepakeistą, t.y. atlyginti tėvams neturtinę žalą 160 000 Lt. Teismas įvertino

tėvų dvasinius išgyvenimus, emocinę depresiją ir priėmė sprendimą dalinai atlyginti neturtinę žalą. Apeliacinis teismas patvirtino, kad nėra galimybės šią žalą tiksliai apibrėžti, ją apčiuopti, grąžinti nukentėjusiuosius į buvusią padėtį ar rasti tokios žalos tikslų piniginių ekvivalentą. Teismas, nustatydamas neturtinės žalos dydį, ypatingai akcentavo įstatymo numatytą atsakovo turtinės padėties kriterijų. Teismas pabrėžė, kad gydymo įstaiga finansuojama iš PSDF, pelno nesiekiantis, ribotos CA atsakomybės juridinis asmuo, kurio tikslas tenkinti viešuosius interesus vykdant sveikatinimo veiklą, todėl atsakingai vertino šį kriterijų. Nors atsakovas teigė, kad vadovaujantis medicinos mokslo suformuluota praktika, visi įmanomi tyrimai kiekvienam pacientui, nesant indikacijų, nėra atliekami, teismas padarė išvadą, kad gydytojų veiksmai neatitiko gydytojų civilinei profesinei atsakomybei taikomų griežtesnių reikalavimų.

Milijoną neturtinės žalos atlyginimo ieškovas reikalavo ir civilinėje byloje *A.M., V.K. v. Viešoji įstaiga Šiaulių rajono pirminės sveikatos priežiūros centras* [266]. Jauno amžiaus pacientė R.M. mirė dėl nediagnozuotos ir negydytos kraujuojančios dvylikapirštės žarnos opaligės. Ligos eiga buvo atipinė, jos simptomai buvo visiškai nebūdingi opaligei. Gydytojų veiksmus tyrusios komisijos apibūdino kaip objektyvią diagnostikos klaidą. Gydytojos klaida diagnozuojant – tai sąžiningo klydimo pasekmė, jai vykdant savo pareigas. Teismas, vertindamas gydytojos elgesį sprendė pagal tai, ar gydytoja padarė viską, ko iš jos reikalaujama. Nebuvo sąžiningai surinkti anamnezės duomenys tinkamam diagnozavimui, vadinasi gydytoja pažeidė maksimalaus atidumo ir rūpestingumo kriterijus. Teismas priteisė ieškovams 150 000 litų neturtinės žalos.

Nors LR CK nenumatyta kitų asmenų teisės reikalauti neturtinės žalos atlyginimo už nukentėjusiojo asmens sužalojimus bendrais pagrindais, ieškovai teikia ieškinius ir dėl jų pačių išgyvenimų, susijusių su jiems artimo žmogaus sužalojimu. Civilinėje byloje *A.D., A.D. v. VšĮ Kauno 2-oji klinikinė ligoninė*, ieškovei A.D. neturtinė žala, patirta dėl sūnaus sveikatos sutrikimų, nebuvo atlyginta, nes neturtinė žala pagal savo pobūdį yra asmeninė žala, t.y. ji yra

tiesiogiai susijusi su asmeniu, neatskiriama nuo jo asmenybės ir priklauso nuo jo paties išgyventų emocijų [327]. Taigi, asmenys, kurie nėra nukentėję, bet susiję su patyrusiu žala, teisę į neturtinės žalos atlyginimą turi tik išimtiniais atvejais, teigia LAT.

Išimtinis sprendimas priimtas LAT civilinėje byloje *L.Z., M.Z., V.Z., G.Z. v. VšĮ Marijampolės ligoninė* [221]. Ar turėjo teisę į atlyginimą tėvai, jeigu naujagimiai liko gyvi? LAT pažymėjo, kad asmeniui, kuris pats nepatyrė fizinių sužalojimų, bet išgyveno dėl bejėgių naujagimių sužalojimo, teisingumo sumetimais neturtinė žala gali būti priteisiama pagal konkrečias bylos aplinkybes. Teismas visų pirma sprendžia emocinio ryšio stiprumą tarp nukentėjusiojo ir asmens, kuris yra susijęs su nukentėjusiuoju. Tai gali būti tėvai, vaikai arba sutuoktinis. Kadangi naujagimių sužalojimo faktas sukėlė ypač didelius dvasinius išgyvenimus jų tėvams, susirūpinimą būsimomis pasekmėmis, teismas priteisė neturtinės žalos atlyginimą naujagimių tėvams po 50 000 Lt.

Civilinėje byloje *E.L. v. VšĮ Visagino pirminės sveikatos priežiūros centras*, po 25 mėnesių trukusio teismo bylinėjimosi galutinį sprendimą priėmė Vilniaus apygardos civilinių bylų skyriaus kolegija [335]. Ieškovas kreipėsi į teismą, prašydamas priteisti 50 000 litų neturtinės žalos jo dukrai E.L. ir 17 206 litų turtinės ir 32 794 litus neturtinės žalos ieškovui dėl dukters sveikatos sužalojimo. Nediagnozavus įgimto Vilmsio inkstų tumoro, sunkios sveikatos būklės trejų metų mergaitė hospitalizuota į Vilniaus universitetinę vaikų ligoninę, kur gydytojai objektyviai apžiūrėję pacientę, diagnozavo inkstų tumorą. Po chemoterapijos ir spindulinio gydymo E.L. buvo operuota, su tumoru pašalintas ir kairysis inkstas. Pavėluota ligos diagnozė Pirminės sveikatos priežiūros centre turėjo įtakos operacijos sudėtingumui, bendrai mergaitės sveikatos būklei, patirtiems tėvų ir trejų metų amžiaus vaiko išgyvenimams. Atsižvelgiant į visas bylos aplinkybes, mergaitės amžių, į tai, kad nepaisant gydymo eigoje atsiradusių komplikacijų ji pasveiko, gyvena sąlyginai normalų gyvenimą (lanko ikimokyklinę įstaigą), yra nuolatinėje medikų priežiūroje ir gauna valstybės paramą, teismas priteisė E.L. 10 000 litų

neturtinės žalos atlyginimo. Sprendžiant klausimą dėl ieškovui (mergaitės atstovui) atlygintinos neturtinės žalos, teismas griežtai vertino tėvų elgesį vykdamas gydytojų rekomendacijas ir nurodymus, kurie fiksuoti vaiko sveikatos raidos istorijoje. Teismas atsižvelgdamas į faktines bylos aplinkybes, vadovaudamasis teisingumo ir protingumo kriterijais priėmė sprendimą dalinai tenkinti ieškovo reikalavimą atlyginti neturtinę žalą ir priteisė 5000 litų neturtinės žalos atlyginimo.

Teisinės literatūros apžvalga rodo, kad pasaulinėje praktikoje nėra vieningo neturtinės žalos atlyginimo modelio [210.P.207]. Neturtinė žala gali būti atlyginama kiekvienu atveju, kai ji įrodoma, gali būti atlyginama įstatymų numatytais atvejais arba jos atlyginimą lemia delikto rūšis [365]. Ribojimai ir kriterijai neturtinei žalai atlyginti skiriasi įvairiose valstybėse, atsižvelgiant į atsakovo kalbę, fizinių ir dvasinių kančių trukmę bei pobūdį, šalių turtinę padėtį, individualias nukentėjusiojo savybes ir kt. Nyderlandų teismų praktikoje ir doktrinoje yra įtvirtinta nuostata, kad neturtinę žalą negali lemti vien tik nukentėjusio išsakyti išgyvenimai. Nukentėjusio būklę vertina psichiatrai ir psichologai, pripažįstant rimtą psichinės sveikatos sutrikimą [185.P.160]. Vokietijoje neturtinės žalos atlyginimo dydis priklauso visų pirma nuo ieškovo gyvenimo kokybės sužalojimo laipsnio ir dydžio, nuo pastovaus ar nuolatinio darbingumo netekimo, koku laipsniu pažeistos galimybės dalyvauti socialiniame gyvenime [210.P.65]. Nėra nustatyti tarifai kompensuoti, bet teismai laikosi nuostatos atsižvelgti į panašius svarstyti atvejus, kad priteistos sumos būtų panašios jei sužalojimai yra panašūs.

Italijoje atsižvelgiama į sveikatą (*Danno biologico*), skausmą ir kančias (*Danno morale*) bei piniginius nostolius (*Danno patrimoniale*) [210.P.95]. Nors teismų kompetencijoje įvertinti žalos dydį, jie remiasi nustatytais tarifais, kurie nėra vienodi visiems teismams, todėl dažnai kompensavimo dydžiai labai skiriasi. Teismai atsižvelgia į nukentėjusiojo patirtų skausmo ir kančių trukmę, amžių, lytį, netgi išsilavinimą ir pajamas (intelektą).

Anglijoje teismai vadovaujami rekomendacijomis dėl neturtinės žalos atlyginimo, kuriose yra visų tipų sužalojimai, atsižvelgiant į vertinimo kriterijų sąrašą [210.P.50]. Nepaisant skirtingų teisinio reguliavimo ir teismų praktikos tradicijų, iš esmės visose Europos šalyse pagrindiniais neturtinės žalos nustatymo kriterijais tampa teisės pažeidimo nukentėjusiam sukelti padariniai ir kiti neturtinės žalos nustatymo objektyvūs kriterijai, o nukentėjusiojo ir žalą padariusio asmens asmeninės savybės ir kiti subjektyvūs kriterijai vertinami išimtiniais atvejais [366].

Svarbus ir paciento-ieškovo vaidmuo nustatant atsakovo kaltę ir atlygintinos žalos dydį. Atsakovui įrodžius ir ieškovo kaltę, atsakovo kaltė yra mažinama, tuo pačiu mažinama ir žalos atlyginimo dydis. Ieškovė civilinėje byloje *I.P. v. UAB „Plastinės chirurgijos centras“* nesilaikė pooperacinio režimo, pažeisdama savo sutartinius įsipareigojimus, taigi reikalavimai atlyginti žalą jai buvo sumažinti 20 proc. [311]. Neturtinės žalos atlyginimo dydis sumažintas ir ieškovui byloje *J.T. v A.M. stomatologijos kabinetas* [201]. Sprendžiant klausimą dėl žalos dydžio atsižvelgta į tai, kad ieškovas privalėjo rūpintis savo burnos ertmės ir dantų priežiūra, o įrašai ambulatorinėje kortelėje parodė, kad priežiūra nebuvo pakankama, taigi ieškovui priteista tik 500 litų neturtinė žala (ieškovas reikalavimas buvo 5000 litų).

Tyrimo rezultatai parodė, kad analizuotų civilinių bylų apimtyje ieškovams buvo priteista 18 proc. prašomos bendrai turtinės ir neturtinės žalos dydžio. Neturtinė žala atlyginta 21 proc. prašytos neturtinės žalos dydžio. Panašius rezultatus pateikia ir japonų mokslininkai, atlikę 258 CA bylų panašią studiją (1988-1998 m.). Jie nustatė, kad ieškovams buvo priteista 13,6 proc. prašytos žalos dydžio [367].

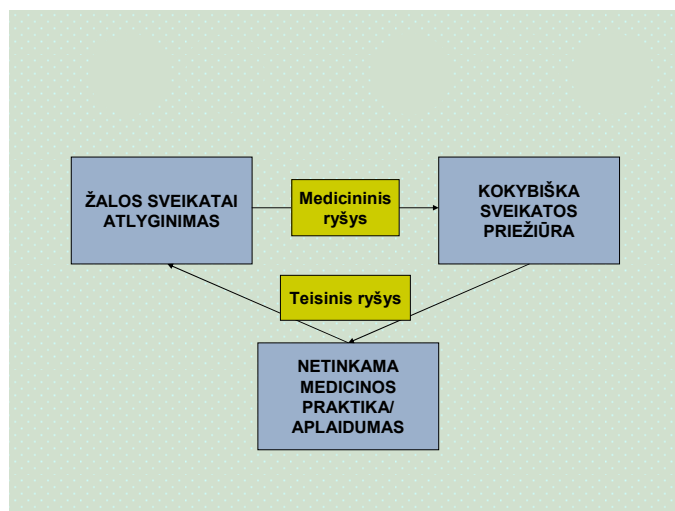
Apibendrinant žalos sveikatai dydžio nustatymo analizę, autorė daro išvadą, kad ši paciento teisės į žalos sveikatai atlyginimą vertinimo charakteristika yra labiausiai problematiška. Pirma, pacientų-ieškovų reikalavimai ne visuomet būna pagrįsti. Antra, negausi ir gana prieštaringa teismų praktika Lietuvoje, vertinant ir nustatant neturtinės žalos atlyginimą. Teismų praktika, vadovaudamasi sąžiningumo, teisingumo ir protingumo

kriterijais, vertindama nukentėjusiojo ir trečiojo asmens ryšius, išplėtė neturtinės žalos atlyginimo įstatymo numatytas galimybes tretiesiems asmenims dėl artimo asmens sveikatos sužalojimo, tačiau pagrįstai vertino neturtinės žalos atlyginimą tretiesiems asmenims bylose dėl artimo žmogaus gyvybės atėmimo. Lietuvos Aukščiausiojo Teismo praktikos pavyzdžiai rodo, kad analizuojamos kategorijos civilinėse bylose būtinas neturtinės žalos teisinis apibrėžtumas, siekiant išlaikyti teisinę interesų pusiausvyrą ir išvengti potencialiai nepagrįstų milijoninių ieškinių. Pernelyg dideli žalos atlyginimai gali turėti neigiamas pasekmes visai sveikatos apsaugos sistemai.

5. PACIENTO TEISIŲ Į KOKYBIŠKĄ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGĄ IR ŽALOS SVEIKATAI ATLYGINIMĄ RYŠYS

Nors disertacijoje nebuvo keliamas uždavinys moksliskai pagrįsti ryšį tarp paciento teisės į kokybišką paslaugą ir teisės į žalos sveikatai atlyginimą, visos pacientų teisės turi būti aiškinamos ir taikomos sistemiškai, atsižvelgiant į paciento interesus. Kadangi buvo pasirinkti skirtingi mokslinio tyrimo objektai (pacientai gydęsi stacionarinėse ASPI ir gydytojų CA bylos), autorė teisių ryšį aiškino, remdamasi tarptautinėmis mokslinėmis studijomis bei loginiu aiškinimo metodu.

Akivaizdus teisinis ryšys tarp teisės į kokybišką sveikatos priežiūrą ir žalos sveikatai atlyginimą: pacientas neturėdamas galimybių įgyvendinti teisės į kokybišką paslaugą, siekia pasinaudoti teise gauti žalos sveikatai atlyginimą. Pažeista paciento teisė sukuria antrąją, kuri tampa pirmosios pažeistosios teisės gynybos priemone. Kalbant apie medicininį šių teisių ryšį, kyla klausimas, ar realizuota teisė į žalos sveikatai atlyginimą skatina paslaugų teikėjus gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, mažinti nepageidaujamų įvykių tikimybę ir užtikrinti pacientų saugumą. Teisinio ir medicininio šių pacientų teisių ryšio schema parodyta 33 paveiksle.



33 pav. Ryšys tarp paciento teisės į kokybišką paslaugą ir teisės į žalos sveikatai atlyginimą

Sveikatos priežiūros kokybės vystymosi raidoje susiformavo vienas iš kokybės vertinimo požiūrių – netinkamos medicinos praktikos prevencija ir žalos atlyginimas pacientams, patyrusiems žalą dėl neteisėtų gydytojų veiksmų. Taigi pacientų sauga tapo vienu iš svarbiausių kokybės vertinimo aspektų, o kartu ir priemone išvengti teismo bylų nagrinėjimo [368].

Dėmesys ir susirūpinimas paslaugų kokybe neišvengiamai didėja dėl augančio žalos sveikatai atlyginimo ieškinių skaičiaus daugelyje valstybių. Annas G.J. įsitikinęs, kad mirčių skaičių dėl gydytojų aplaidumo gali sumažinti tik teismai ir didelės draudimo įmokos gydymo įstaigoms draudžiant CA [239]. Tačiau J.A. Greenberg nuomonė yra priešinga [369]. Autorius teigia, kad ne teisėjai, o medicinos mokslas ir gydytojai gali sumažinti nesėkmės atvejus medicinoje. Negausūs empiriniai duomenys rodo, kad teismų konstatuojamas gydytojų aplaidumas pats iš savęs nėra veiksnys, skatinantis vengti pacientų sužalojimo [310]. Deja, nėra atlikta mokslinių studijų, kurios įvertintų, kiek teismai „atbaido“ gydytojus nuo neteisėtos medicinos praktikos.

Teisminis bylų nagrinėjimas turėtų ekonomiškai skatinti gydymo įstaigas (gydytojus) teikti kokybiškas paslaugas, nes kaip rodo CA bylų mokslinės analizės rezultatai, aplaidumas yra reikšmingas prediktorius žalos

atlyginimui ir jos dydžiui. Tokią išvadą daro ir japonų mokslininkai [342]. Autoriai nurodo, kad civilinės bylos yra gera ekonominė paskata vengti nerūpestingumo ir aplaidumo. Įvertinę žalos atlyginimo dydžių vidurkius, jie paskaičiavo gydytojo aplaidumo kainą. Jų nuomone, teisminis civilinių bylų nagrinėjimas turi ne tik užtikrinti pacientui žalos atlyginimą, bet kartu kurti ir mechanizmą, užtikrinantį panašių atvejų prevenciją ateityje.

Gausiau argumentų pateikia mokslininkai, siekiantys įrodyti, kad teisminis ginčo nagrinėjimas neskatina gydytojų teikti kokybiškesnes sveikatos priežiūros paslaugas [370]. Tokias išvadas pateikia A.R. Locallio su bendraautoriais, išanalizavę 280 nepageidaujamų įvykių dėl gydytojo aplaidumo [308].

Remiantis mokslinės literatūros apžvalga ir 32 gydytojų CA bylų analize, autorė išvelgia, kad ši mokslininkų nuostata, jos nuomone, yra labiau pagrįsta. Visų pirma, bylų procesai, sukuriantys priešišką atmosferą tarp gydytojų ir pacientų, vargu ar gali prisidėti prie paslaugų kokybės gerinimo. Gydytojo ir paciento bendravimas yra vienas iš esminių kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos vertinimo indikatorių. Antra, svarbus argumentas, neskatinantis teismo proceso gerinti paslaugų kokybę, yra tas, kad nėra sukuriama teisinė prielaida paciento saugumo užtikrinimui: gydytojais neskatinami registruoti nepageidaujamus įvykius, analizuoti klaidas ir iš jų mokytis. Priešingai, teisminis ginčo nagrinėjimas skatina slėpti klaidas [371]. Trečia, sveikatos priežiūroje galima taikyti efektyvesnius instrumentus, tiesiogiai įtakančius paslaugų kokybę. Tai kokybę reglamentuojantys teisės aktai, nacionaliniai diagnostikos ir gydymo protokolai, realizuota pacientų teisė skųstis ir aiški, skaidri skundų nagrinėjimo procedūra.

Daug dėmesio Lietuvoje skiriama nesėkmės atvejų svarstymui, diskusijoms, tačiau dažniausiai identifikuojama tik konkreti problema, orientuota į incidentą, nustatant gydytojo kaltę. Sudaromos sąlygos baudimo kultūrai vystytis, nors mokslininkai teigia, kad problema yra ne gydytojo klaidose. Analizuojant kokybės aspektu, svarbu žinoti, kad nepageidaujamas įvykis yra kompleksinis reiškinys, įtraukia daug dalyvių, įstaigos padalinių ir

specialybių sričių. Ar tradicinis teisminis ginčo nagrinėjimas geriausias būdas ginti pažeistą paciento teisę į kokybę, diskutuojama visose be išimties valstybėse. Abejojama, ar tinkamiausias metodas yra ginti pažeistą paciento teisę milijoninėmis ieškinių kompensacijomis.

Apibendrinant galima daryti išvadą, kad paslaugų kokybės dinamiką didele dalimi atspindi pacientų skundų dėl netinkamos medicinos praktikos ir teisminių bylų skaičiai. Mažėjantis tokių atvejų skaičius galėtų teigti, kad paslaugų kokybė gerėja. Deja, teismų praktika rodo priešingai, bylų skaičius auga ne tik Lietuvoje, bet ir visose valstybėse.

6. IŠVADOS

1. Paciento teisių į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą ir žalos sveikatai atlyginimą įstatyminis reglamentavimas Lietuvoje atitinka tarptautinius ir Europos Sąjungos pacientų teisių apsaugos principus.
2. Nors paciento teisių reglamentavime Lietuvoje stebima pati didžiausia sveikatos reformos pažanga bei pacientų teisės numatytos daugelyje įvairaus lygio nacionalinių teisės aktų (LR Konstitucijoje, LR CK, LR PTŽSAĮ, LR sveikatos draudimo įstatymuose), tačiau juose vis dar trūksta teisinio sisteminio požiūrio, jų tarpusavio suderinimo.
3. Specialusis LR PTŽSAĮ, reglamentuojantis esminius sveikatos priežiūros paslaugos kokybės elementus ir žalos sveikatai atlyginimo tvarką, pripažįstamas pagrindiniu teisės aktu realizuojant paciento teises. Sparčiai besikeičiantis socialinis dialogas tarp gydytojo ir paciento sudaro prielaidas nuolatos vertinti ir atnaujinti pacientų teisių reglamentavimą. 2010 m. kovo 1d. įsigaliojusi LR PTŽSAĮ redakcija rodo teisinio reguliavimo pažangą paciento teisių apsaugos srityje.
4. Tyrimas parodė, kad didžioji dauguma apklaustų pacientų (devyni iš dešimties) realizavo teisę į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą stacionare: gerai ir labai gerai vertino jiems suteiktą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Geriausiai pacientai įvertino jų bendravimą su gydytojais, suteiktą informaciją apie jų sveikatos būklę ir gydymą,

- personalo parodytą pagarbą ir išreiškė pasitikėjimą gydyžiusiais gydytojais.
5. Tačiau daugiau kaip trečdalis respondentų nurodė užsitęsiančią išrašymo iš stacionaro procedūrą, penktadalį pacientų vargino triukšmas nakties metu ir beveik kas septintas respondentas priėmimo kambaryje laukė ilgiau nei valandą.
 6. Beveik trečdalis respondentų nedalyvavo sprendimų dėl savo sveikatos būklės ar gydymo priėmimo (neturėjo galimybių arba nenorėjo). Kas penktas planine tvarka hospitalizuotas respondentas neturėjo galimybių pasirinkti gydymo įstaigą. Kas dešimtas nurodė, kad nebuvo privatumo, aptariant jo sveikatos būklę ar gydymą, kas penktam respondentui privatumas apskritai nebuvo svarbu. Taigi, gydymo įstaigų kultūros pokyčiai, pagrįsti paciento autonomijos principu, ir paciento gebėjimai žinoti bei pasinaudoti savo teisėmis sudaro vadybines prielaidas tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.
 7. LAT per pirmuosius penkerius metus priėmė principinius sprendimus dėl žalos paciento sveikatai atlyginimo aiškinimo ir vertinimo gydytojų CA bylose. Statistiškai reikšmingas ryšys tarp gydytojo aplaidumo ir teismo sprendimo ieškovo naudai ($p < 0,001$) patvirtino teisinės atsakomybės taikymo principą – atsakomybė galima tik už neteisėtą veiką. Esant gydytojo kaltei, visais atvejais žala pilnai arba dalinai buvo atlyginta ieškovui.
 8. Šeši iš dešimties ieškovai gavo žalos sveikatai atlyginimą. Ieškovams buvo priteista beveik penktadalį prašytos bendrai turtinės ir neturtinės žalos dydžio: 21 proc. ieškinio pareiškime nurodytos neturtinės ir tik 4 proc. prašytos turtinės žalos atlyginimo. Mažą turtinės žalos sveikatai atlyginimo procentą sąlygojo ieškinio pareiškime nurodyti nepagrįstai dideli negautų pajamų reikalavimai artimo asmens mirties atveju.
 9. Teismų praktikoje išvelgtos šios problemos: nors didėjant bylų skaičiui teismo proceso trukmė ir mažėja, teisminis ginčo nagrinėjimas vis dar išlieka ilgai trunkantis procesas (vidutinė bylinėjimosi trukmė - 20,3

mėnesio); gausus ekspertizių skaičius ir prieštaringos ekspertų išvados gali tapti rimta kliūtimi patyrusiems žala pacientams realizuoti teisę į žalos sveikatai atlyginimą.

10. Šio mokslinio tyrimo rezultatai bei literatūros apžvalgoje pateikti geros praktikos pavyzdžiai dėl žalos sveikatai atlyginimo rodo, kad Lietuvoje verta diegti alternatyvius žalos sveikatai atlyginimo mechanizmus.

7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Atsižvelgdama į atliktą mokslinį vertinimą ir anksčiau išdėstytas išvadas autorė teikia konkrečias teorinio ir praktinio pobūdžio rekomendacijas bei pasiūlymus pacientų teisių realizavimui gerinti.

1. Pasiūlymai nacionalinių teisės aktų tobulinimui:

- Pacientų teisių reglamentavimą koncentruoti LR PTŽSAĮ. Suderinti LR CK ir LR sveikatos draudimo įstatymų nuostatas, nepagrįstai priskiriančias pacientų teises atskiroms pacientų grupėms, vadovaujantis specialiuoju LR PTŽSAĮ.
- LR PTŽSAĮ nuostatomis įtvirtinti kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos, kaip sudėtinės teisės, definiciją.
- Rengti nacionalinius diagnostikos ir gydymo protokolus ne tik paslaugų kokybei vertinti, bet ir taikyti teismų praktikoje, sprendžiant klausimą dėl gydytojo veiksmų teisėtumo. Atsisakyti gydymo įstaigų vadovų tvirtinamų vietinių protokolų, nes tai pažeidžia paciento teisę gauti kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą, atitinkančią medicinos bei slaugos mokslų pasiekimus, ir kelia nemažai abejonių teismams, sprendžiant paciento ir gydytojo ginčą.
- Apibrėžti ir reglamentuoti protingai profesionalaus gydytojo elgesio standartą LR medicinos praktikos įstatyme, nes teismų praktikos suformuluotas „maksimalių pastangų“ kriterijus įneša daug neaiškumų ir painiavos tiek medicinos, tiek teismų praktikoje.

- Papildyti įstatymų nuostatas apie gydytojų teises ir pacientų pareigas, užtikrinant lygiaverčią gydytojo ir paciento partnerystę.
- Papildomai reglamentuoti specialius reikalavimus gydytojui - teismo ekspertui, dalyvaujančiam gydytojų CA bylose, kad užtikrinti jo objektyvumą ir nešališkumą. Profesinės etikos kodeksą papildyti nuostata apie nepriekaištingą ir sąžiningą gydytojo - teismo eksperto elgesį.
- Sutarus dėl žalos sveikatai atlyginimo koncepcijos ir modelio, kurti teisinę bazę, reglamentuojančią žalos sveikatai atlyginimą be kaltės ir nepageidaujamų įvykių registravimą bei valdymą.

2. Pasiūlymai sveikatos priežiūros paslaugų kokybės tobulinimui:

- Sukurti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo ir sklaidos sistemą sveikatos priežiūros įstaigose: tęstiniam paslaugų kokybės stebėjimui ir vertinimui naudoti Europos Picker Instituto klausimynus, kurių pagalba nesudėtinga identifikuoti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės spragas, formuluoti problemas ir jų sprendimo būdus, bei lyginti sveikatos priežiūros kokybės dinamiką tarp gydymo įstaigų nacionaliniame ir tarptautiniame lygmenyse.
- Remiantis užsienio valstybių patirtimi, formuoti nacionalinę kokybės vertinimo resursų bazę iš mokslinių sveikatos priežiūros kokybės vertinimo tyrimų rezultatų, pacientų klausimynų, geros praktikos pavyzdžių. Kurti tęstinę sveikatos priežiūros paslaugų kokybės stebėjimo sistemą, kuri sudarytų sąlygas vieningai ir nenutrūkstamai dinamikoje stebėti paslaugų kokybę pacientų požiūriu.
- Skatinti pacientus dalyvauti priimant sprendimus, kurie reikšmingi jų sveikatai ir gydymo kokybei (pvz.: informacija pacientams, pateikiant geros praktikos pavyzdžius apie gydytojo ir paciento partnerystę). Sudaryti organizacines-vadybines prielaidas paciento autonomijos principo realizavimui (pasirinkimo teisės, privatumo užtikrinimui).

3. Tobulinti dabartinį pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo mechanizmą Lietuvoje šiomis kryptimis:

- Užtikrinti pacientų skundų sistemos funkcionavimą ir taip mažinti nepagrįstų ieškinių skaičių (pvz.: įvesti pacientų patarėjo /angl. *patient advocacy*/ ar rizikos vadybininko pozicijas gydymo įstaigose).
- Tobulinti alternatyvius ikiteisminio ginčo sprendimo būdus: gydymo įstaigų ir/ar gydytojų CA draudimą, tarpininkavimą, arbitražą ir kt.
- Organizuoti viešas diskusijas, kviečiant visuomenę, medikus, sveikatos politikus diskutuoti dėl žalos atlyginimo be kaltės mechanizmo, kuris suteiktų galimybę pacientams gauti žalos atlyginimą greičiau, mažesnėmis sąnaudomis ir didesniam jų ratui.
- Propaguoti klaidų atskleidimo kultūrą visuomenėje ir medikų bendruomenėje, kuriant pacientų saugos koncepciją Lietuvoje (pvz.: organizuoti medikų ir pacientų forumus, aptariant nepageidaujamus įvykius, klaidas medicinos praktikoje).
- Rekomenduoti medicinos mokslo įstaigoms, profesinėms medikų organizacijoms įtraukti į studijų/mokymo programas nepageidaujamo įvykio, klaidos medicinoje anatomijos bei klaidų rizikos valdymo studijas.
- Organizuoti specialius mokymus medikams, skatinant pacientų saugos kultūrą gydymo įstaigose.

8. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas // Valstybės žinios. 1994, Nr.63-1231, 1998, Nr.112-3099.
2. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas // Valstybės žinios. 1996, Nr.102-2317; 1998, Nr. 52-1425; 2004, Nr. 115-42842009, Nr. 145-6425.
3. Mikelėnas V. Civilinės atsakomybės problemos: lyginamieji aspektai. Vilnius: Justitia; 1995.
4. Harpwood V. Modern tort law. Sixth edition. Great Britain: Cavendish Publishing Limited; 2005. p.6.
5. Garner BA, editor. Black's Law Dictionary. Seventh edition. ST.Paul, Minn.: West Group; 1999.
6. Dambrauskienė G, Marcijonas A, Monkevičius E, Petkevičius P, Piesliakas V, Šatas J ir kt. Lietuvos teisės pagrindai. Vilnius: Justitia; 2004. p.35.
7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 09 14 įsakymas Nr. V-642 Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo //Valstybės žinios. 2004, Nr.95-3864.
8. Peičius E. Sveikatos profesionalo ir paciento santykių transformacija: tarp paternalizmo ir autonomijos. Lietuvos bioetikos komitetas. Prieiga per internetą:
<http://bioetika.sam.lt/index.php?-1385337951>
9. Patients rights. National documents of patients rights. WHO. Prieiga per internetą: www.who.int/genomics/public/patientrights/en/print.html
10. Citizens' choice and patients' rights. WHO. Copenhagen: Regional Office for Europe; 1996. p.54-58.
11. Liublianos chartija dėl sveikatos apsaugos reformų Europoje. 1996 m.birželio 18 d. Prieiga per internetą:
http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Priedai/Chatija.html
12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 15 d. įsakymas Nr.V-718 Dėl sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių

įgyvendinimo strategijos ir jos įgyvendinimo veiksmų bei priemonių plano patvirtinimo // Valstybės žinios. 2004, Nr.160-5860.

13. Pacientų teisės Lietuvoje: situacijos analizė ir visuomenės aktyvinimas. Vilnius: Bioetikos draugija, Lietuvos bioetikos komitetas, Pilietinių iniciatyvų centras; 2001. Prieiga per internetą:

http://209.85.129.132/search?q=cache:zDHbdQWsqB8J:www3.lrs.lt/owa-bin/owarepl/inter/owa/U0067803.doc+Pacient%C5%B3+teis%C4%97s+Lietuvoje&cd=1&hl=lt&ct=clnk&gl=lt&lr=lang_lt

14. Pacientų teisės šiandieninėje sveikatos priežiūroje. Lietuvos Respublikos Seimo 2002 m. balandžio 10 d. rezoliucija. Prieiga per internetą:

http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=4324&p_d=15362&p_k=1

15. Pacientų paslaugų kokybė ir sauga: iššūkiai ir pasiekimai. Nacionalinis Forumas; 2008. Prieiga per internetą:

http://www.emedicina.lt/index.php?s_id=3944&lang=lt

16. Euro Health Consumer Index 2007. European Commission. Health Consumer Powerhouse; 2007. Prieiga per internetą:

http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport_EHCI_2007.pdf

17. Euro Health Consumer Index 2008. European Commission. Health Consumer Powerhouse; 2008. Prieiga per internetą:

<http://www.healthpowerhouse.com/files/2008-EHCI/EHCI-2008-report.pdf>

18. Euro Health Consumer Index 2009. European Commission. Health Consumer Powerhouse; 2009. Prieiga per internetą:

<http://www.healthpowerhouse.com/files/Report%20EHCI%202009%20091005%20final%20with%20cover.pdf>

19. The empowerment of the European patient. Options and implications. Health Consumer Powerhouse; 2009. Prieiga per internetą:

<http://www.healthpowerhouse.com/files/EPEI-2009/european-patient-empowerment-2009-report.pdf>

20. Fallberg LH. Rights in the Nordic countries. *Eur J Health Law* 2000;7:123-43.

21. Act on the Status and Rights of Patients. No. 785/1992, 1992 08 17; Finland Ministry of Social Affairs and Health. Prieiga per internetą:
<http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1992/en19920785.pdf>
22. Lietuvos Respublikos Aukščiausios Tarybos Atkuriamojo Seimo 1991 10 30 nutarimas Dėl Lietuvos sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo // Valstybės žinios. 1991, Nr.33-893.
23. Lietuvos Respublikos Konstitucija // Valstybės žinios. 1992, Nr.33-1014.
24. Dabartinės lietuvių kalbos žodynas. Lietuvių kalbos institutas. Redaktorių kolegija: Keinys ST, Klimavičius J, Paulauskas J, Pikčilingis J, Sližienė N, Ulvydas K, Vitkauskas V. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidyklos institutas; 2000.
25. Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas // Valstybės žinios. 1964, Nr.19-138, 2000, Nr. 74-2262.
26. Lietuvos standartas. LST EN ISO 9001:2008. Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai. Vilnius: Lietuvos standartizacijos departamentas; 2008.
27. Ten Have HAMJ, ter Meulen RHJ, van Leeuwen E. Medicinos etika. Vilnius: Charibdė; 2003. p.235.
28. Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija 1950 11 04. Ratifikuota 1995 04 27 // Valstybės žinios. 1995, Nr. 40-987.
Prieiga per internetą:
http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=114048
29. Declaration on the promotion of patients rights in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1994. Prieiga per internetą:
http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf
30. European Charter of Patient rights. Roma; 2002. Prieiga per internetą:
http://www.patientstalk.info/european_charter.pdf
31. Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija). Ratifikuota 2002 09 19 // Valstybės žinios. 2002, Nr.97-4258.

32. Sveikata 21: Sveikata visiems XXI amžiuje. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija; 2000.
33. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. spalio 6 d. įsakymas Nr.571. Dėl kokybės sistemos diegimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarkos ir lokalaus medicininio audito nuostatų patvirtinimo // Valstybės žinios. 1998, Nr.89-2469 (negalioja nuo 2008 05 11).
34. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. spalio 10d. įsakymas Nr. 495 Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijos patvirtinimo // Valstybės žinios. 2002, Nr. 101-4523.
35. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29d. įsakymas Nr. V-338 Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo // Valstybės žinios. 2008, Nr.53-1992.
36. Lietuvos Respublikos civilinio kodekso komentaras. Pirmoji knyga. Bendrosios nuostatos. Vilnius: Justitia; 2001.
37. Lietuvos Respublikos civilinio kodekso komentaras. Šeštoji knyga. Prievolių teisė (I). Vilnius: Justitia; 2003.
38. Directive 1985/374/EEC on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the member States concerning liability for defective products (1985). Prieiga per internetą:
http://www3.lrs.lt/pls/inter1/dokpaieska.showdoc_l?p_id=35862&p_query=&p_tr2=2
39. Glannon JW. The law of torts. Examples and Explanations. Third edition. New York: Aspen Publishers; 2005.
40. Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2001 m. lapkričio 14 d. nutartis civilinėje byloje *L.M.S. v. Kauno Raudonojo Kryžiaus ligoninė*, bylos Nr.3K-3-1140/2001.
41. Visuotinė žmogaus teisių deklaracija (Įsigaliojo 1948 12 10) // Valstybės žinios. 2006, Nr.68-2497.

42. Compensation for Physical injury or death. Resolution No. (75) adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 14 March 1975. Strasbourg; 1975. Prieiga per internetą:
<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=661637&Site=COE&BackColorInternet=DBDCF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864>
43. Grevers JKM, Hondius EH, Hubben JH. Health Law, Human Rights and Biomedicine Convention. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers; 2005.
44. Pociūtė D, Janušauskienė V, Vitkauskas R. Kokybės vadyba. Vilnius: Technika; 2005.
45. Shaw C.D, Kalo I. A background for national quality policies in health systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2002. p. 2.
46. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260:1743-8.
47. Brown CR. Where are the patients in the quality of health care? *Int J Qual Health Care* 2007;19(3):125-6.
48. Bashshur R, editor. An Introduction to Quality Assurance in Health Care/Avedis Donabedian. Oxford University Press; 2003. p.24.
49. Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press; 1990. Vol.1. p.4.
50. Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine. National Roundtable on health care quality. *J Am Med Assoc* 1998;280:1000-5.
51. Evans DB, Edejer TT-T, Lauer J, Frenk J, Murray CJL. Measuring quality: from the system to the provider. *Int J Qual Health Care* 2001;13(6):439-44.
52. Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, Glinos IA. Assuring the Quality of health care in the European Union. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies; 2008. p.2-3. Prieiga per internetą: <http://www.euro.who.int/document/E91397.pdf>
53. Ovretveit J. The economics of quality-a practical approach. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2000;13(4-5)200-7.

54. Janušonis V, Popovienė J. Kokybės sistemos. Klaipėda: S.Jokužio leidykla-spaustuvė; 2004. p. 9.
55. Ovretveit J. What is quality in health services? *Health Serv Manage* 1990;86(3):132-3.
56. Donabedian A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? *Am J Public Health* 1981;71:409-12.
57. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q* 2005;83(4):691-729.
58. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care* 2003;15(6):523-30.
59. Attree M. A study of the criteria used by healthcare professionals, managers and patients to represent and evaluate quality care. *J Nurs Manag* 2001;9:67-78.
60. Rubin HR, Pronovost P, Diette GB. The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality. *Int J Qual Health Care* 2001;13:469-74.
61. Rubin HR, Pronovost P, Diette GB. From a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator. *Int J Qual Health Care* 2001;13:489-96.
62. Mant J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *Int J Qual Health Care* 2001; 13(6): 4754-80.
63. Brook RH, McGlynn EA, Shekelle PG. Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers. *Int J Qual Health Care* 2000;12(4):281-95.
64. Ovretveit J. Quality evaluation and indicator comparison in health care. *Int J Health Plan Manag* 2001;16:229-41.
65. David B. Evans, Tessa Tan-Torres Edejer, Jeremy Lauer, Julio Frenk and Christopher j.L. Murray. Measuring quality: from the system to the provider. *Int J Qual Health Care* 2001; 13(6): 439-46.
66. Eight Futures Forum on governance of patient safety. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005. p.5.

67. Arah O A, Westert G P, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int J Qual Health Care* 2006; 18(1):5-13.
68. Jorgen Nathorst-Boos, Ingrid M.E. Munck, Ingemar Eckerlund, Karolina Ekfeldt-Sandberg. An evaluation of the QSP and the QPP: two methods for measuring patient satisfaction. *Int J Qual Health Care* 2001; 13(3):257-64.
69. Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco TL. *Through the Patient's Eyes: Understanding and promoting Patient Centered Care*. San Francisco: Jossey-Bass; 1993.
70. How can hospital performance be measured and monitored? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003. p.7.
71. Hendriks AAJ, Oort FJ, Vrieling M, Smets EMA. Reliability and validity of the satisfaction with hospital care questionnaire. *Int J Qual Health Care* 2002;14(6):471-82.
72. Shou-Hsia Cheng, Ming-Chin Yang, Tung-Liang Chiang. Patient satisfaction with and recommendation of a hospital: effects of interpersonal and technical aspects of hospital care. *Int J Qual Health Care* 2003; Vol.15, 4:345-55.
73. Elwyn G, Buetow S, Hibbard J, Wensing M. Respecting the subjective: quality measurement from the patients' perspective. *BMJ* 2007;335:1021-2.
74. Westaway MS, Rheeder P, Van Zyl DG, Seager JR. Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. *Int J Qual Health Care* 2003;15(4):337-44.
75. Declaration on Patient-Centered Healthcare. International Alliance of Patients' Organizations. Prieiga per internetą: <http://www.patientsorganizations.org/showarticle.pl?id=712;n=312>
76. What is patient - centred health care? A review of definitions and principles. International Alliance of Patients' organizations; IAPO's Patient-Centred Healthcare Project. 2005. Prieiga per internetą: <http://www.patientsorganizations.org/pchreview>

77. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Institute of Medicine. Washington:National Academy Press; 2001.
78. Gesell SB, Wolosin RJ. Inpatients' ratings of care in 5 common clinical conditions. *QMHC* 2004; 13(4):222-227.
79. Veillard J, Guisset A-L, Garcia-Barbero M. Selection of indicators for hospital performance measurement. WHO, Regional Office for Europe, 2004; p.5-7.
80. Veillard J, Champagne F, Klazinga N, Kazandjian V, Arah OA, Guisset A-L. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *Int J Qual Health Care* 2005;17(6):487-96.
81. New Visions for Health Care. Picker Institute, the Bulletin 1999 January. Prieiga per internetą: <http://www.pickerinstitute.org/publications.html>
82. National Strategy on Quality Improvement in health care. Common goals and action plan 2002-2006. The National Council on Quality Improvement in Health Care. Denmark: National Board of Health; 2002.
83. Andrulionis G. Asmens autonomija sveikatos teisėje. Doktoro disertacija. Socialiniai mokslai (teisė). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2006.
84. Šimonis M. Paciento autonomija: esmė ir įtvirtinimas Lietuvos teisėje. *Teisė* 2006; 58:134-46.
85. Mercer LM, Tanabe P, Pang PS, Gisoni MA, Courtney DM, Engel KG, Donlan SM, Adams JG, Makoul G. Patient perspectives on communication with the medical team: Pilot study using the communication assessment tool-team (CAT-T). *Patient Educ Couns* 2008; 73:220-3.
86. McNutt RA. Shared medical decision making: problems, process, progress. *JAMA* 2004;292:2516-8.
87. Sekimoto M, Asai A, Ohnishi M, Nishigaki E, Fukui T, Shimbo T, Imanaka Y. Patients' preferences for involvement in treatment decision making in Japan. *BMC Fam Pract* 2004;5:1-10.
88. Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Behav Med* 1998;24(2).

89. Fraenkel L. Participation in medical decision making: the patients' perspective. *Medical Decision Making* 2007; 27(5):533-8.
90. Fraenkel L, McGraw S. What are the essential elements to enable patient participation in medical decision making? *J Gen Intern Med* 2007;22:614-619.
91. Doherty C, Doherty W. Patients' preferences for involvement in clinical decision-making within secondary care and the factors that influence their preferences. *J Nurs Manag* 2005;13:119-127.
92. Mansell D, Poses R, Kazis L, Duefield C. Clinical factors that influence patients' desire for participation in decisions about illness. *Arch Intern Med* 2000; 160(19):2991-6.
93. Frosch DL, Kaplan RM. Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions. *Am J Prev Med* 1999;17(4):285-294.
94. Ovreteit J. Informed choice? Health service quality and outcome information for patients. *Health Policy* 1996; 37(2):75-90.
95. Nordgren S, Fridlund B. Patients' perceptions of self determination as expressed in the context of care. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 35(1):117-125.
96. Cooper-Patrick L, Gallo J, Gonzales J. Race, gender and partnership in the patient-physician relationship. *JAMA* 1999; 282(6):583-9.
97. Kutkauskienė J. Informuoto paciento sutikimas: pacientui teikiamos informacijos teisinio įvertinimo problemos. *Socialinių mokslų studijos* 2009;2(2):321-338.
98. Pettersen KI, Veenstra M, Guldvog B, Kolstad A. The patient experiences questionnaire: development, validity and reliability. *Int J Qual Health Care* 2004;16(6):453-63.
99. Development and Trial of a Patient satisfaction Monitor for Victoria Hospitals. Campbell Research and Consulting. Melbourne: Campbell Research and Consulting; 1999. Prieiga per internetą:
<http://www.dhs.vic.gov.au/ahs/archive/patsat/3.htm>

100. Staniszewska SH, Henderson L. Patients' evaluations of the quality of care: influencing factors and the importance of engagement. *Journal of Advanced Nursing* 2005;49(5):530-537.
101. Sixma HJ, Kerssens JJ, van Campen C, Peters L. Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. Blackwell Science Ltd 1998; *Health Expectations* 1:82-95.
102. Sofaer S, Crofton C, Goldstein E, Hoy E, Crabb J. What do consumers want to know about the quality of care in Health in hospitals? *Health Research and Educational Trust* 2005;2018-2036.
103. Frampton SB, Charmel PA. Putting patients first. Best practices in patient-centered care. Second edition. Jossey-Bass 2009; p.216.
104. Williams AM, Irurita VF. Therapeutic and non-therapeutic interpersonal interactions: the patients' perspective. *J Clin Nurs* 2004; 13:806-815.
105. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med* 2000;51(11):1611-25.
106. Fremont AM, Cleary PD, Hargraves JL, Rowe RM, Jacobson NB, Ayanian JZ. Patient-centered processes of care and long-term outcomes of myocardial infarction. *J Gen Intern Med* 2001;16:800-8.
107. Weingart SN, Pagovich O, Sands DZ. Patient-reported service quality on a medicine unit. *Int J Qual Health Care* 2006; 18(2):95-101.
108. Bevan G. How might information improve quality of care in the English NHS? Euro Observer, *The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies* 2007;9(3):1-4.
109. Pongpirul K, Sriratanaban J, Asavaroengchai S, Thammtach-Aree J, Laoitthi P. Comparison of health care professionals' and surveyors' opinions on problems and obstacles in implementing quality management system in Thailand: a national survey. *Int J Qual Health Care* 2006;18(5):346-51.
110. Bankauskaite V. et al. Why are people dissatisfied with medical care services in Lithuania? A qualitative study using responses to open-ended questions. *Int J Qual Health Care* 2003; 15(1):23-9.

111. Geraci JM, Ashton CM, Kuykendall DH, Johnson ML, Soucek J, del Junco D et al. The association of quality of care and occurrence of in-hospital, treatment-related complications. *Med Care* 1999;37:140-148.
112. Rodney FG, Maxwell D. What you see is what you get. *Trustee* 1998;51(10).
113. McLoughlin V, Millar J, Mattke S, Franca M, Jonsson PM, Somekh D, Bates D. Selecting indicators for patient safety at the health system level in OECD countries. *Int J Qual Health Care* 2006; 14-20.
114. Kohn LT, editor. To Err is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine. Washington, DC: The National Academies Press, 2000.
115. Building a Memory: Preventing Harm, Reducing Risks and Improving Patient Safety. National Patient Safety Agency (NPSA). London: NPSA, 2005.
116. De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 2008; 17:216-223.
117. Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Scott A. Preventable in-hospital medical injury under the „no fault“ system in New Zealand. *Qual Saf Health Care* 2003;12:251-256.
118. Chang A, Schyve PM, Croteau RJ, O’Leary DS, Loeb JM. The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. *Int J Qual Health Care* 2005; 17(2): 95-105.
119. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324 (6):370-6.
120. Leape LL, Brennan TA, Laird NM, Lawthers AG, Localio AR, Baernes BA et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991; 324(6):377-84.

121. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000; 38(3):261-71.
122. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J et al. The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004; 170(11):1678-86.
123. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001;328(7285):517-9.
124. Kable AK, Gibberd RW, Spigelman AD. Adverse events in surgical patients in Australia. *Int J Qual Health Care* 2002; 14(4):269-76.
125. Bismark M, Dauer E, Paterson R, Studdert D. Accountability sought by patients following adverse events from medical care: the New Zealand experience. *CMAJ* 2006; 175(8):889-94.
126. Heede KVD, Sermeus W, Diya L, Lesaffre E, Vleugels A. Adverse outcomes in Belgian acute hospitals: retrospective analysis of the national hospital discharge dataset. *Int J Qual Health Care* 2006; 18(3):211-9.
127. Thomas EJ, Studdert DM, Runciman WB, Webb RK, Sexton EJ, Wilson RM et al. A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and the USA I: context, methods, casemix, population, patient and hospital characteristics. *Int J Qual Health Care* 2000; 12(5):371-8.
128. Runciman WB, Webb RK, Helps SC, Thomas EJ, Sexton EJ, Studdert DM, Brennan TA. A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and the USA II: reviewer behavior and quality of care. *Int J Qual Health Care* 2000; 12(5):379-88.
129. Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to Member States on Management of Patient Safety and Prevention of Adverse Events in Health Care. Council of Europe. *Eur J Health Law* 2008; 15:79-98.
130. Open disclosure standart: a national standart for open communication in public and private hospitals, following an adverse event in health care. Australian Council for Safety and Quality in Health Care. Standards Australia 2003. Prieiga per internetą: <http://www.safetyandquality.gov.au/>

131. What are the advantages and limitations of different quality and safety tools for health care? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) October 2005. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe ; 2005. p.8-9.
132. Green J, Britten N. Qualitative research and evidence based medicine. *BMJ* 1998; 316:1230-2.
133. Labarere J, Francois P, Auquier P, Robert C, Fourny M. Development of a French inpatient satisfaction questionnaire. *Int J Qual Health Care* 2001;13(2):99-108.
134. Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction sata? An analysis of 195 studies. *Int J Qual Health Care* 1999;11(4):319-28.
135. Edvards C, Staniszewska S. Accessing the user's perspective. *Health and Social Care in the Community* 2000;8(6):417-24.
136. Hendriks AA, Vrieling MR, Smets EM, van Es SQ, De Haes JC. Improving the assessment of (in) patients' satisfaction with hospital care. *Med Care* 2001;39:270-83.
137. Salomon L, Gasquet I, Mesbah M, Ravaud P. Construction of a scale measuring inpatients' opinion on quality of care. *Int J Qual Health Care* 1999;11:507-16.
138. Cleary PD et al. Patient evaluate their hospital care: a national survey. *Health Aff* 1991;10(4):254-67.
139. Coulter A, Cleary PD. Patients' experience with health care in five countries. *Health Aff* 2001;20:244-52.
140. How can hospital performance be measured and monitored? Health Evidence Network. August 2003. Copenhagen:WHO Regional Office for Europe; 2003. p.7.
141. National Health Service patients' survey. Department of Health, UK. Prieiga per internetą: <http://www.doh.gov.uk>
142. Ivonaitis A, Klumbienė J. Pacienčių pasitenkinimas paslaugų kokybe akušerijos stacionaruose. *Lietuvos akušerija ir ginekologija* 2006;IX(1):12-5.

143. Bučiūnienė I, Pelkinis J, Milašauskienė Ž. Ligoninės medicinos personalo ir pacientų vertinimai apie medikų ligoninėje teikiamas paslaugas. *Medicina* 2004; 40(3):272-7.
144. Liubarskienė Z, Šoliūnienė L, Kilius V, Peičius E. Pacientų pasitikėjimas sveikatos priežiūra. *Medicina* 2004;40(3):278-285.
145. Vanagienė V, Žilaitienė B, Vanagas T. Ar sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas Kauno miesto asmens sveikatos priežiūros įstaigose atitinka nėsčiųjų lūkesčius. *Medicina* 2009;45(8):652-9.
146. Kairys J, Žebienė E, Ruikys B.A, Zokas I. Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose. *Medicina* 2004;40(2) 178-91.
147. Kairys J, Žebienė E, Zokas I. Bendrosios praktikos gydytojo profesionalumo ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigos darbo vertinimas paciento požiūriu. *Visuomenės sveikata* 2004;1(24):49-54.
148. Kairys J, Gurevičius R. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas. *Medicina* 2002; 38(1):94-102.
149. Milašauskienė Ž, Juodrytė I, Misevičienė I, Boerma W, Rezgienė R. Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose. *Medicina* 2006;42(3):231-37.
150. Misevičienė I, Dregval L. Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. *Medicina* 2002; 38(11):1129-1135.
151. Misevičienė I, Milašauskienė Ž. Pacientų pasitenkinimas ligoninės medicinos personalo darbu. *Medicina* 2003;38:559-65.
152. Grabauskas V, Peičius E, Kaminskas R. Pacientų vaidmuo priimant sveikatos priežiūros sprendimus. *Medicina* 2004;40(11):1109-15.

153. Giedrikaitė R, Misevičienė I, Jakušovaitė I. Pacientams suteiktos informacijos apie ligą ir jos eigą vertinimas ligoninėse. *Medicina* 2007; 43(8):664-670.
154. Jankauskienė D., Ališauskienė R., Navickienė R., Vaikevičienė R. Pacientų dalyvavimo sveikatos apsaugos sistemoje įvertinimas. *Visuomenės sveikata* 2008;3(42):15-24.
155. Giedrikaitė R, Misevičienė I, Jakušovaitė I. Gydytojų ir pacientų nuomonės apie pasitikėjimą ir konfidencialumą vertinimas. *Medicina* 2008; 44(1):64-71.
156. Stankūnas M, Stankuvienė S, Kalėdinė R, Kapustinskienė V. Bedarbių požiūrio į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę tyrimas. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2006, tomas X, Nr.4:245-9.
157. Kairys J, Žėbienė E, Zokas I. Pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikoje priklausomai nuo socialinės-ekonominės paciento padėties. *Sveikatos mokslai* 2007;3:968-974.
158. Kairys J, Žėbienė E, Gurevičius R, Zokas I. Stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų įvertinimas Lietuvoje pacientų požiūriu. *Visuomenės sveikata* 2003;2(21):45-52.
159. D.Jankauskienė. Sveikatos reformos poveikis gyventojų sveikatai: sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė. *Visuomenės sveikata* 2000;1(11):81-91.
160. Plieskis M, Petrauskienė J, Leonavičius V. Pokyčiai pirminėje sveikatos priežiūroje. Gyventojų pasitenkinimas paslaugomis. *Moksliniai darbai* 2004;tomas VIII,10:640-644.
161. Gonzalez N, Quintana JM, Bilbao A, Escobar A, Aizpuru F, Thompson A and al. Development and validation of an in-patient satisfaction questionnaire. *Int J Qual Health Care* 2005;17(6):465-72.
162. Nguyen Thi PL, Briancon S, Empereur F, Guillemin F. Factors determining inpatient satisfaction with care. *Soc Sci Med* 2002;54:493-504.

163. Cheng S-H, Yang M-C, Chiang T-L. Patient satisfaction with and recommendation of a hospital: effects of interpersonal and technical aspects of hospital care. *Int J Qual Health Care* 2003;15(4):345-55.
164. Tangcharoensathien V, Bennett S, Khongswatt S, Supacutikul A, Mills A. Patient satisfaction in Bangkok: the impact of hospital ownership and patient payment status. *Int J Qual Health Care* 1999;11(4):309-317.
165. Schwappach D L B, Blaudszun A, Conen D, Ebner H, Eichler K, Hochreutener M-A. Emerge: benchmarking of clinical performance and patients' experiences with emergency care in Switzerland. *Int J Qual Health Care* 2003;15(6):473-485.
166. Picard E.I, Robertson GB. Legal liability of doctors and hospitals in Canada. Third edition. Toronto: Thomson Professional Publishing; 1996.p.2.
167. French Civil Code. 04/04/2006. Prieiga per internetą: <http://www.lexadin.nl/wlg/legis/nofr/eur/lxwefra.htm>
168. Cees van Dam. European Tort Law. Oxford University Press; 2006.
169. International Encyclopedia of Laws. Medical Law Vol.1, France. The Hague; London; Boston: Kluwer Law International; 1998.
170. Callens S. Medical civil liability in Belgium. Four selected cases. *Eur J Health Law* 2003;1:115-133.
171. International Encyclopedia of Laws. Medical Law Vol.1, Belgium. The Hague, London, Boston: Kluwer Law International; 1997.
172. Martin-Casals M, Igualada JR, Feliu JS. Medical malpractice liability in Spain: cases, trends and developments. *Eur J Health Law* 2003; 1:153-181.
173. Deutsch E, Schreiber HL, editors. Medical Responsibility in Western Europe. Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 1985. p. 655.
174. German Civil Code(BGB) 01/01/2002. Prieiga per internetą: <http://www.lexadin.nl/wlg/legis/nofr/eur/lxwedui.htm>
175. Greene B. Understanding medical law. Great Britain: Cavendish Publishing Limited; 2005.
176. McHale JV. Medical malpractice in England - current trends. *Eur J Health Law* 2003;1:135-151.

177. Walter van Gerven, Lever J, Larouche P. Tort law. Common Law of Europe casebooks. Oxford and Portland, Oregon 2000.
178. Walston-Dunham B. Medical malpractice law&litigation. Thomson Delmar Learning 2006; p.25-30.
179. Tan SY. Medical malpractice: understanding the law, managing the risk. University of Haway, USA (Singapore): World Scientific Co. Pte. Ltd; 2006.
180. Charlesworth & Percy on Negligence. Edition by Walton(J) CT, Cooper R, Wood SE. London :Sweet&Maxwell; 2001. p.365.
181. The courts and the medical profession. Oxford University Press; *Med Law Rev*; 2001(9).
182. Forrester K, Griffiths D. Essentials of Law for Health Professionals. Australia: Elsevier; 2000. p.95-96.
183. Medical negligence:fact, breach and Bolitho. Oxford University Press. *Med Law Rev* 1999; (7). p.327-31.
184. Principles of Medical Law. Edited by Grubb A. Oxford University Press; 2004.
185. Faure M., Koziol H. Cases on Medical Malpractice in a Comparative perspective. Wien: Springer-Verlag; 2001.
186. Hondius E, editor. Modern Trends in Tort Law. Dutch and Japanese Law Compared. The Hague, London, Boston: Kluwer Law International; 1999. p.215.
187. Confidentiality and the right to private life under Article 8 of the European Convention on Human Rights. *Med Law Rev* 1999; (7). p.346-50.
188. International Encyclopedia of Laws. Medical Law Vol.2, Netherlands. The Hague; London; Boston: Kluwer Law International; 1995. p.52.
189. Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymo pakeitimo įstatymas // Valstybės žinios. 1996, Nr.I-1555, 2004, Nr.68-2365.
190. Lietuvos gydytojų Sąjunga. Medicinos etikos vadovas. Vilnius: Lietuvos Gydytojų Sąjunga; 2007.
191. Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2004 m. vasario 18 d. nutartis civilinėje byloje *O.R., M.R., J.K., N.K. v. VšĮ*

Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos, VŠĮ Vilniaus infekcinė universitetinė ligoninė, Nr.3K-3-16/2004.

192. Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2003 m. kovo 31 d. nutartis civilinėje byloje *D.A. v. Valstybinė mokslo įstaiga Lietuvos onkologijos centras*, Nr.3K-3-438/2003.

193. Kabišaitis A. Gydytojo veiksmų standarto samprata ir reikšmė taikant gydytojų civilinę atsakomybę Lietuvoje ir užsienio valstybėse. *Teisė* 2003;49:38-51.

194. Brazier M, Cave E. *Medicine, Patients and the Law*. England: Penguin Books; 2007.

195. The patient, the doctor, their lawyers and the judge: rights and duties. Lord Chancellor. *Med Law Rev*;1999(7). p.255-68.

196. Unification of Tort Law: Wrongfulness. Editor Koziol H. The Hague: Kluwer Law International; 1998. p.130-1.

197. Montgomery J. *Health Care Law*. Oxford: University Press; 2003.

198. Pattinson S.D. *Medical law and Ethics*. London: Sweet&Maxwell; 2006.

199. Koziol H, Steininger BC. *European Tort Law 2001*. Springer-Verlag/Wien; 2002.

200. Principles of European Tort Law. Text and Commentary European Group on Tort Law 2005, XII; p.65-6.

201. Klaipėdos apygardos teismo Civilinių bylų skyriaus 2005 m. spalio 5d. nutartis civilinėje byloje *J.T. v A.M. stomatologijos kabinetas*, Nr.2A-888-159/2005.

202. Jones M.A. *Medical Negligence*. London: Sweet&Maxwell; 1996.

203. Spier J. Unification of Tort Law: Causation (Principles of European Tort Law). Kluwer Law International; 2000.

204. Dute J. Medical malpractice liability: no easy solutions. *Eur J Health Law* 2003;1:85-90.

205. Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2005 m. kovo 30 d. nutartis civilinėje byloje *J.R., Z.R. v. VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos*, Nr. 3K-3-206/2005.

206. Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2003 m. gruodžio 8 d. nutartis civilinėje byloje *R.V., D.L.V. v. viešoji įstaiga Kauno 2-oji klinikinė ligoninė, VšĮ Kauno klinikinė infekcinė ligoninė*, Nr.3K-3-1180/2003.
207. Jones MA. *Medical Negligence*. London:Sweet&Maxwell; 2008. p.155-63.
208. Koch BA, Koziol H. *Compensation for Personal Injury in a Comparative Perspective (Tort and Insurance Law Vol. 4)*. SpringerWienYork: Springer-Verlag/Wien; 2003.
209. Campion JA, Dimmer DW. *Professional Liability in Canada*. Carswell: Thomson Professional Publishing; 1995. p.82.
210. Markensinis B, Coester M, Alpa G, Ullstein A. *Compensation for Personal Injury in English, German and Italian Law. A Comparative Outline*. Cambridge University Press; 2005.
211. Neil V. *Medical malpractice and the American Jury. Confronting the myths about jury incompetence, deep pockets, and outrageous damage awards*. Michigan: The University of Michigan Press; 2007. p.185.
212. *Principles of European Law. Europea Group on Tort Law. Text and Comentary*. SpringerWienNewYork: Springer-Verlag/Wien; 2005.
213. McBride NJ, Bagshaw R. *Tort Law. England Pearson Longman 2005*; p.589-92.
214. The Law Commission, Law Com No 257. *Damages for Personal Injury: Non-pecuniary Loss. Item 2 of the Sixth Programme of Law Reform: Damages*, 1998. Prieiga per internetą: <http://www.lawcom.gov.uk/>
215. *The marketplace of law. German*. Prieiga per internetą: <http://www.marktplatz-recht.de/schmerzensgeld/>
216. *PI JSB Guidelines Summary*. Lawrence Hamblin Solicitors, Solicitors regulation Authority (SRA). Prieiga per internetą: http://www.lawrencehamblin.com/cms/catsection/pi_jsb_guidelines_summary.html

217. Cirtautienė S. Neturtinės žalos atlyginimas kaip civilinių teisių gynimo būdas. *Justitia* 2008; p.174.
218. Volodko R. Neturtinės žalos identifikavimo ir įrodinėjimo problemos. *Justitia* 2008; 2(68): 25-35.
219. Volodko R. Neturtinės žalos dydžio nustatymo sveikatos sužalojimo bylose ypatumai remiantis Lietuvos teismų praktika. *Teisė* 2007;(63):116-31.
220. Comandè G. Towards a global model for adjudicating personal injury damages: bringing Europe and the United States. *Temple International & Comparative Law Journal* 2006;19(2). Prieiga per internetą: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=878131
221. Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2005m. balandžio 18 d. nutartis civilinėje byloje *L.Z., M.Z., V.Z., G.Z. v. VšĮ Marijampolės ligoninė*, Nr.3K-7-255/2005.
222. Cirtautienė S. Neturtinės žalos atlyginimo tretiesiems asmenims galimybės sveikatos sužalojimo ir gyvybės atėmimo atveju. *Justitia* 2006;2(60):30-9.
223. Douglas T. Medical injury compensation: beyond „no-fault“. *Med Law Rev* 2009;17:30-51.
224. Medical Malpractice Systems around the Globe: Examples from the US – tort liability system and the Sweden – no fault system. Document of the World Bank 2003. Prieiga per internetą: http://194.84.38.65/files/esw_files/malpractice_systems_eng.pdf
225. Loh C. An Overview of Medical Malpractice and the Tort Reform Debate, 2003. Prieiga per internetą: <http://www.case.edu/med/epidbio/mphp439/Malpractice.htm>
226. Mello MM, Studdert DM, Brennan TA. The new medical malpractice crisis. *N Engl J Med* 2003; 348(23): 2281-4.
227. Belfiglio G. Partnering for malpractice reform. *Healthplan* March/April 2003. p.13-16.
228. Struve CT. Improving the Medical Malpractice Litigation Process. *Health Aff* 2004;23(4):33-41.

229. Mohr JC. American medical malpractice litigation in historical perspective. *JAMA* 2006;5:1731-1737.
230. Romano M. Trial and error. *Mod Healthc* 2003;33(36):26.
231. Saxton J W, Finkelstein M M. Malpractice reform: one state's example. *Manag care Interface* July 2003. p. 45-8.
232. Rogoff AR, Ahonkhai IT. PA. Malpractice reforms could set the pace for other states. *The Physician Executive* 2003; p.30-2.
233. Vincent C. Compensation as a duty of care: the case for „no fault“. *Qual Saf Care* 2003;12(10):240-1.
234. Johnson WG, Brennan AT, Newhouse JP, Leape LL, Lawthers AG, Hiatt HH, Weiler PC. The economic consequences of medical injuries. Implications for a no-fault insurance plan. *JAMA* 1992;267(18):2487-92.
235. Studdert DM, Brennan TA. No-fault compensation for medical injuries: the prospect for error prevention. *JAMA* 2001; 286():217-23.
236. Studdert DM, Brennan TA. Toward a workable model of „no-fault“ compensation for medical injury in the United States. *Am J Law Med* 2001;27(2/3):225-253.
237. Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Scott A. Preventable in-hospital medical injury under the „no fault“ system in New Zeland. *Qual Saf Care* 2003; 12:251-256.
238. Kinney ED. An empirical and critical look at the current medical liability crisis. *Front Health Serv Manage* 2003;20(1):31-7.
239. Annas GJ. The patient's right to safety-improving the quality of care through litigation against hospitals. *N Engl J Med* 2006; 354(19):2063-6.
240. Kachalia AB, Mello MM, Brennan TA, Studdert DM. Beyond negligence: avoidability and medical injury compensation. *Soc Sci Med* 2008;66(2):387-402.
241. Bismark MM, Brennan TA, Davis PB, Studdert DM. Claiming behaviour in a no-fault system of medical injury: a descriptive analysis of claimants and non-claimants. *Med J Aust.* 2006;185(4):203-7.

242. Davis P, Lay-Yee R, Fitzjohn J, Hider P, Briant R, Schug S. Compensation for Medical Injury in New Zealand: does „no-fault“ increase the level of claims making and reduce social and clinical selectivity? *J Health Polit Policy Law* 2002; 27(5).
243. 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.
244. Bismark MM, Brennan TA, Paterson RJ, Davis PB, Studdert DM. Relationship between complaints and quality of care in New Zealand: a descriptive analysis of complainants and noncomplainants following adverse events. *Qual Saf Care* 2006;15:17-22.
245. The Patient Injury Act, Sweden, Stockholm; issued on 19 June 1996. Prieiga per internetą:
http://www.pff.se/upload/The_Patient_Injury_Act.pdf
246. The Patient Injury Act. A comment by Espersson C. The Swedish Patient Insurance Association 2000. Prieiga per internetą:
http://lof-forsakring.com/resurser/dokument/engelska_artiklar/Comments_on_the_Patient_Injury_Act.pdf
247. Hellbacher U, Espersson C, Johansson H. Patient injury compensation for healthcare related injuries. Patients Claims Pannel 2007. Prieiga per internetą:
<http://www.pff.se/upload/Patient%20Injury%20Compensation,%20A%20comment%20by%20Ul%20Hellbacher,%20Carl%20Espersson%20and%20Henry%20Johansson.pdf>
248. Capstick B. The future of clinical negligence litigation? *BMJ* 2004;328:457-9.
249. Gaine WJ. No-fault compensation systems. *BMJ* 2003;326:997-8.
250. Health Care at the Crossroads: Strategies for Improving the Medical Liability System and Preventing Patient Injury. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations 2005. Prieiga per internetą:

http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/167DD821-A395-48FD-87F9-6AB12BCACB0F/0/Medical_Liability.pdf

251. Mello MM, Studdert DM, Kachalia AB, Brennan TA. „Health Courts“ and accountability for patient safety. *Milbank Q* 2006;84(3):459-92.

252. Martin J. Clinical negligence and patient compensation. *Nursing Standard* 2005; 19(25):35-9.

253. The NHS Litigation Authority. Factsheet1:background information, 2009.

Prieiga per internetą:

<http://www.nhs.uk/nhsliability/factsheets/factsheet1backgroundinformation200809.pdf>

254. Dute J. Medical malpractice liability: no easy solutions. *Eur J Health Law* 2003;1:85-90.

255. Principles of European Tort Law (a harmonization project). European Group on Tort Law. Prieiga per internetą:

<http://www.egtl.org/principles/pdf/PETL.pdf>

256. Kuzler P, Klimas T. Gydytojų aplaidumu padarytos žalos atlyginimo institutas: palyginamieji aspektai. Vytauto Didžiojo universiteto Teisės institutas. *Teisės apžvalga* 2000;4.

257. Blumenreich GA. The Doctrine of Corporate Liability. *AANA Journal* 2005;73(4):253-7.

258. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas // Valstybės žinios. 1996, Nr.55-1288, 2002, Nr.123-5512.

259. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. sausio 6 d. įsakymas Nr.V-6 Dėl sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo tvarkos aprašo patvirtinimo// Valstybės žinios. 2005, Nr.3-50.

260. Kontautas T. Civilinės atsakomybės draudimas: nukentėjusio asmens teisė į draudimo išmoką. *Teisė* 2003;(49):6.

261. Cirtautienė S. Sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės draudimas (draudiko atsakomybę lemiantys veiksniai). *Justitia* 2005;2(56): 65-74.

262. Bulka S, Papirtis LV. Civilinės atsakomybės draudimas: interesų derinimo problemos. *Jurisprudencija* 2001;23(15):184-5.
263. Nowicki M, Chaku M. Do healthcare managers have an ethical duty to admit mistakes? *Healthcare Financial Management* 1998; 52(10): 62-4.
264. Lietuvos Respublikos Valstybės Kontrolės Valstybinio audito 2006 m. birželio 30d. ataskaita Nr.2030-3-14. Civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo įgyvendinimo vertinimas.
265. Lietuvos Respublikos vyriausybės 2005m. vasario 10 d. nutarimas Nr. 152. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 02 10 nutarimas Dėl pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos nuostatų patvirtinimo // Valstybės žinios. 2005, Nr. 22-678.
266. Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2004 m. spalio 4 d. nutartis civilinėje byloje *A.M., V. K. v Viešoji įstaiga Šiaulių rajono pirminės sveikatos priežiūros centras*, Nr.3K-3-511/2004.
267. Sapagovas J, Vilkauskas L, Rašymas A, Šaferis V. Informatikos ir matematinės statistikos pradmenys. Kaunas: KMU; 2000.p.22-3.
268. Sitzia J, Wood N. Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies. *Int J Qual Health Care* 1998;10(4):311-7.
269. Tomaškova H, Šlachtova H, Šplichalova A. Methodical approach to data processing from a questionnaire survey. *Biomedicine Papers* 2003;147 (1): 101-7.
270. Picker Institute Europe. Prieiga per internetą:
<http://www.pickereurope.org/>
271. Reeves R, Coulter A, Jenkinson C, Cartwright J, Bruster S, Richards N. Development and pilot testing of questionnaires for use in the acute NHS trust in-patient survey programme. Picker Institute Europe; 2002. Prieiga per internetą:
<http://www.nhssurveys.org/Filestore/documents/DevelopmentInpatientQuestionnaire.pdf>

272. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *Int J Qual Health Care* 2002;14(5):353-8.
273. Baltatescu S. Problems of transforming scales of life satisfaction. Berlin: Euromodule workshop; 2002. Prieiga per internetą: http://acqol.deakin.edu.au/inter_wellbeing/nov-dec/Problems-of-transforming-scales-of-life-satisfaction.pdf
274. Tokunaga J, Imanaka Y, Nobutomo K. Effects of patient demands on satisfaction with Japanese hospital care. *Int J Qual Health Care* 2000;12(5):395-401.
275. Cronbach LJ, Meehl P.E. Construct validity in psychological tests. *Psychol Bull* 1955;52:281-302. Prieiga per internetą: <http://psychclassics.yorku.ca/Cronbach/construct.htm>
276. Rupšienė I. Kokybinio tyrimo duomenų rinkimo metodologija. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla; 2007. p.38-51.
277. Draper M, Cohen P, Buchan H. Seeking consumer views: what use are results of hospital patient satisfaction surveys? *Int J Qual Health Care* 2001;13(6):463-8.
278. Bruster S, Jarman B, Bosanquet N, Weston D. National survey of hospital patients. *Brit Med J* 1994;309(6968):1542.
279. Health and long-term care in the European Union. European Commission: Special Eurobarometer 283; 2007. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eurobarometers_en.htm
280. Jankauskienė D. Sveikatos sistemos reformos Lietuvoje 1990-1998 m. įvertinimas. Daktaro disertacija. KMU, 2000.
281. Garratt E, Boyd J. The findings report for the 2007 inpatient survey. Co-ordination center for the NHS hospital patient survey programme. London: Picker Institute Europe; 2008. Prieiga per internetą: <http://www.NHSSurveys.org/>
282. Laučienė M. Sveikatos priežiūros paslaugų kultūra. VšĮ Sveikatos politikos centras.: AB KOPA; 2005. p.10.

283. Medical Errors. European Commission: Special Eurobarometer 241; 2006.
Prieiga per internetą:
http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_241_en.pdf
284. Young GJ, Meterko M, Desai KR. Patient satisfaction with hospital care: Effects of demographic and institutional characteristics. *Med Care* 2000; 38: 325-34.
285. Perneger TV. Adjustment for patient characteristics in satisfaction surveys. *Int J Qual Health Care* 2004;16(6):433-5.
286. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997; 45(2):1829-43.
287. Hall JA, Dornan MC. Patient socio demographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med* 1990;30(7):811-8.
288. Cohen G. Age and health status in a patient satisfaction survey. *Soc Sci Med* 1996;42(7):1085-93.
289. Rahmqvist M. Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. *Int J Qual Health Care* 2001;13(5):385-90.
290. Lee Y, Kasper JD. Assessment of medical care by elderly people: general satisfaction and physician quality. *Health Serv Res* 1998;32(6):741-757.
291. Al-Doghaither AH. Inpatient satisfaction with physician services at King Khalid University Hospital, Riyadh, Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2004;10(3):358-64.
292. Hendriks AAJ, Smets EMA, Vrieling MR and al. Is personality a determinant of patient satisfaction with hospital care? *Int J Qual Health Care* 2006;18(2):152-8.
293. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro, Lietuvos Respublikos teisingumo ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2003 m. gegužės 23 d. Įsakymas Nr.V-298/158/A1-86 Dėl sveikatos sutrikdymo masto nustatymo taisyklių patvirtinimo//Valstybės žinios. 2003, Nr.52-2357.

- 294.Čekanavičius V, Murauskas G. Statistika ir jos taikymas I dalis. Vilnius :TEV; 2003. p.210-3.
- 295.Lietuvos gyventojų ir gydytojų apklausa apie pacientų dalyvavimą sveikatos priežiūros procese. Baigiamoji ataskaita Valstybinio medicinos audito inspekcijai. „Baltijos tyrimai“, 2007.
- 296.Duclos CW, Eichler M, Taylor L, Quintela J, Main DS, Pace W, Staton EW. Patient perspectives of patient-provider communication after adverse events. *Int J Qual Health Care* 2005;17(6):479-86.
- 297.Mulcahy L, Selwood M, Summerfield L, Netten A. Mediating Medical Negligence Claims: an option for the future? University of London: The Stationery Office by Albert Gai Ltd; 2000.
- 298.Annas G.J. The rights of patients. New York University Press; 2004. p.340.
- 299.Sorensen R, Iedema R, Piper D, Manias E, Williams A, Tuckett A. Health care professionals' views of implementing a policy of open disclosure of errors. *J Health Serv Res Policy* 2008; 13:227-32.
- 300.Lamb RM, Studdert DM, Bohmer RMJ, Berwick DM, Brennan TA. Hospital disclosure practices: results of a national survey. *Health Aff* 2003; 22(2):73-83.
- 301.Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? *Lancet* 1994;343:1609-12.
- 302.Buken NO, Buken E. The legal and ethical aspects of medical malpractice in Turkey. *Eur J Health Law* 2003;1:201-16.
- 303.Are the Courts excessively deferential to the medical profession?Oxford University Press. *Med Law Rev* 2001;9:1.
- 304.Lietuvos Respublikos civilinio proceso kodeksas//Valstybės žinios. 2002, Nr.36-1340.
- 305.Laužikas E, Mikelėnas V, Nekrošius V. Civilinio proceso teisė, II tomas. Vilnius:Justitia; 2005.p.20.
- 306.Jones MA. Textbook on Torts. Oxford University Press 2002; p.508-16.

307. McManus F, Russell E. *Delict*. Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto: John Wiley & Sons; 1998. p.152.
308. Localio AR, Lawthers AG, Brennan TA, Laird NM, Hebert LE, Peterson LM, Newhouse JP et al. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence: results of the Harvard Medical Practice Study III. *N Engl J Med* 1991;325:245-51.
309. Studdert DM, Thomas EJ, Burstin HR, Zbar BI, Orav EJ, Brennan TA. Negligent care and malpractice claiming behavior in Utah and Colorado. *Med Care* 2000;38:250-260.
310. Studdert DM, Mello MM, Brennan TA. Medical malpractice. *N Engl J Med* 2004;350(3):283-92.
311. Lietuvos Apeliacinio Teismo Civilinių bylų skyriaus 2005 m. kovo 29 d. sprendimas civilinėje byloje *I.P. v. UAB „Plastinės chirurgijos centras“*, Nr.2A-8/2005.
312. Skegg P.D.G. English Medical Law and “informed Consent”: an antipodean assessment and alternative. *Med Law Rev* 1999;p.135-65.
313. Jones MA. Informed consent and other fairy stories. *Med Law Rev* 1999; 7:103-34.
314. Klaipėdos apygardos teismo 2005 m. gruodžio 28 d. nutartis civilinėje byloje *I.U. v. VšĮ Klaipėdos ligoninė*, Nr.2^a-1174-479/2005.
315. Clinical negligence: informed consent and causation. *Med Law Rev* 2002; 10 :322-29.
316. Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2004 m. vasario 11 d. nutartis civilinėje byloje *K.L. v. Žiegdrių psichiatrijos ligoninė*, Nr.3K-3-110/2004.
317. Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas // Valstybės žinios. 1995, Nr.53-1290, 2005, Nr.85-3142.
318. Kauno Apygardos Teismo 2004 m. spalio 27 d. nutartis civilinėje byloje *A.G. v. VšĮ Žiegdrių psichiatrijos ligoninė, VšĮ Kauno rajono GMP stotis*, Nr.2-463-02/2004.

- 319.Kauno Apygardos Teismo 2005 m. gegužės 19 d. nutartis civilinėje byloje *V.K. v VšĮ Kauno medicinos universiteto klinikos*, Nr.2-01163-505/2005.
- 320.Coyte PC, Dewees DN, Trebilcock MJ. Medical malpractice – the Canadian experience. *N Engl J Med* 1991;10:89-93.
- 321.Limitation Act , 13 November 1980; England. Prieiga per internetą: <http://www.lawcom.gov.uk/docs/cp151apa.pdf>
- 322.Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2002 m. gegužės 27 d. nutartis civilinėje byloje *S.K. v. Kauno Medicinos universiteto klinikos*, Nr.3K-3-766/2002.
- 323.Barrie P. Personal Injury Law. Liability, Compensation and Procedure. Oxford University Press; 2005.
- 324.Harlow C.Understanding Tort Law. London:Sweet&Maxwell;2005.p.70-3.
- 325.Koch BA. Austrian cases on medical liability. *Eur J Health Law* 2003;1:91-114.
- 326.Soyke K. Gydytojo atsakomybės teisės reglamentavimas Vokietijoje ir Europos Sąjungos valstybėse. Reguliavimo principai ir jų poveikis. Daktaro disertacijos santrauka. Socialiniai mokslai, teisė (01 S); Vilnius: Mykolo Romerio universitetas; 2004.p.5.
- 327.Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2005 m. balandžio 25 d. nutartis civilinėje byloje *A.D., A.D. v. VšĮ Kauno 2-oji klinikinė ligoninė*, Nr.3K-3-222/2005.
- 328.Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas // Valstybės žinios. 1996, Nr.66-1572; 1998, Nr.109-2995.
- 329.Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. rugsėjo 21 d. įsakymas Nr.529 Dėl profesinių klaidų asmens sveikatos priežiūros įstaigose nagrinėjimo tvarkos patvirtinimo//Valstybės žinios. 1998, Nr.84-2363.
- 330.Lietuvos Respublikos teismo ekspertizės įstatymas // Valstybės žinios 2002; Nr. IX-1161.
- 331.Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2005 m. lapkričio 9 d. nutartis civilinėje byloje *R.B v. Vilniaus universiteto Santariškių klinikos*, Nr.3K-3-556/2005.

- 332.Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2003 m. rugsėjo 29 d. nutartis civilinėje byloje *I.M., E.M., E.M. v Vši Šeškinės poliklinika*, Nr.3K-3-876/2003.
333. AMA Code of Medical Ethics, 2002-2003 Edition, Section 9.07.
334. Adams D. Physician loses license over expert testimony. *AMA News*, August 19, 2002.
- 335.Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2002 m. rugsėjo 30 d. nutartis byloje *E.L, E.L.. v Vši Visagino pirminės sveikatos priežiūros centras*, Nr.3K-3-1108/2002.
- 336.Vilniaus apygardos teismo Civilinių bylų skyriaus 2003 m. spalio 2 d. nutartis civilinėje byloje *E.L. v Vši Visagino pirminės sveikatos priežiūros centras*, Nr. 2A(32)-687/2003.
- 337.Vilniaus apygardos teismo Civilinių bylų skyriaus 2003 m. balandžio 1d. nutartis civilinėje byloje *V.G. v VMĮ Lietuvos onkologijos centras*, Nr.2-921-20/2003.
- 338.Hagihara A, Nishi M, Abe E, Nobutomo K. The structure of medical malpractice decision- making in Japan. *J Law Med* 2003;11(2):162-84.
- 339.Nakajima K, Keyes C, Kuroyanagi T, Tataru K. Medical Malpractice and Legal Resolution Systems in Japan. *JAMA* 2001;285:1632-40.
- 340.Lietuvos Respublikos teismai. 2005 metų apžvalga. Nacionalinė teismų administracija, Vilnius. 2006. Prieiga per internetą: <http://www.teismai.lt/teismai/ataskaitos/statistica.asp>
- 341.Šimonis M. Gydytojų ir pacientų teisiniai santykiai. *Justitia* 2005;2(56): 58-64.
- 342.Hagihara A, Nishi M, Nobutomo K. Standart of care and liability in medical malpractice litigation in Japan. *Health policy* 2003; 65:119-27.
- 343.Taragin MI, Willett LR, Wilczek AP, Trout R, Carson JL. The influence of standart of care and severity of injury on the resolution of medical malpractice claims. *Ann Intern Med* 1992;117:780-4.

344. Kauno apygardos teismo Civilinių bylų skyriaus 2005 m. kovo 14 d. nutartis civilinėje byloje *E.P., D.P., J.P. v VšĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centras*, Nr.2-111-324/2005.
345. Šiaulių apygardos teismo Civilinių bylų skyriaus 2005 m. birželio 27 d. nutartis civilinėje byloje *A.G., S.G. v VšĮ Šiaulių ligoninė*, Nr.2-315-194/2005.
346. Kauno apygardos teismo Civilinių bylų skyriaus 2005 m. lapkričio 2 d. nutartis civilinėje byloje *G.P. v VšĮ Kauno medicinos universiteto klinikos*, Nr.2-1192-510/2005.
347. Šiaulių apygardos teismo Civilinių bylų skyriaus 2005 m. lapkričio 10 d. nutartis civilinėje byloje *P.Š. v VšĮ Pakruojo rajono PSPC Linkuvos palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė*, Nr.2-388-40/2005.
348. Vilniaus apygardos teismo Civilinių bylų skyriaus 2006 m. sausio 16 d. nutartis civilinėje byloje *I.K. v UAB „SK Impeks Medicinos diagnostikos centras“*, Nr. 2-9150-592/2005.
349. Visagino miesto apylinkės teismo teisėjų 2005 m. lapkričio 29 d. sprendimas civilinėje byloje *J.J. v VšĮ Visagino ligoninė, UAB „Vistoma“*, Nr.2-245-531/2005.
350. Vilniaus apygardos teismo Civilinių bylų skyriaus 2005 m. lapkričio 7 d. nutartis civilinėje byloje *V.K. v VšĮ Visagino pirminės sveikatos priežiūros centras*, Nr. 2-17-531/2005.
351. Lietuvos Apeliacinio teismo teisėjų 2004 m. lapkričio 23 d. nutartis civilinėje byloje *K.M. v Kalėjimo departamento prie LR Teisingumo ministerijos Laisvės atėmimo vietų ligoninė*, Nr.2A-310/2004.
352. Vilniaus apygardos teismo Civilinių bylų skyriaus 2005 m. liepos 15 d. nutartis civilinėje byloje *A.G. v VšĮ Šv. Jokūno ligoninė*, Nr.2-429-51/2005.
353. Brennan TA, Sox CM, Burstin HR. Relation between negligent adverse events and the outcomes of medical-malpractice litigation. *N Engl J Med* 2007; 335(26):1963-7.
354. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000;320:768-70.
355. Merry A., Smith A.McC. Errors, Medicine and the Law. Cambridge: University Press; 2003. p.73.

- 356.Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 01 28 įsakymas Nr.58 Dėl sveikatos priežiūros specialistų profesinės kompetencijos patikrinimo tvarkos // Valstybės žinios. 2002, Nr.12-430, 2007, Nr.43-1650.
- 357.Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon JDC et al. Claims, errors and compensation payments in medical malpractice litigation. *N Engl J Med* 2006;354:2024-33.
- 358.Hickson GB, Federspiel CF, Pichert JW, Miller CS, Gauld-Jaeger J, Bost P. Patient complaints and malpractice risk. *JAMA* 2002;287(22):2951-7.
- 359.Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, Brennan TA. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA* 2005;293(21):2609-17.
- 360.Vilniaus miesto pirmojo apylinkės teismo 2005 m. sausio 17 d. nutartis civilinėje byloje *O.R. v. VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos, Respublikinė tuberkuliozės ir infekcinių ligų universitetinė ligoninė*, Nr.2-02388-619/2005.
- 361.Lietuvos Aukščiausio Teismo 1997 m. sausio 16 d. Nutarimas Nr.2 „Dėl įstatymų taikymo teismų praktikoje, nagrinėjant civilines bylas dėl atlyginimo žalos, padarytos asmenį sužalojus, kitaip pakenkus jo sveikatai ar atėmus gyvybę“.
- 362.Lietuvos Aukščiausio Teismo senato 1998 m. gegužės 15 d. nutarimas Nr.1, Teismų praktika Nr.9, p.102-107.
- 363.Grikienytė A. Teisingumo, protingumo ir sąžiningumo principų taikymo Lietuvos teismų praktikoje analizė (I). *Juristas* 2008; 12.
- 364.Lietuvos Apeliacinio teismo Civilinių bylų skyriaus 2005 m. birželio 10 d. nutartis civilinėje byloje *Č.B., V.B. v. VšĮ Kauno medicinos universiteto klinikos*, Nr.2A-231/2005.
- 365.Mikelėnienė D, Mikelėnas V. Neturtinės žalos kompensavimas. *Justitia* 1998;2(14).
- 366.Cirbautienė S. Šiuolaikinė neturtinės žalos atlyginimo kaip civilinių teisių gynimo būdo koncepcija. Daktaro disertacija. Mykolo Romerio universitetas; 2007. p.187.

- 367.Hagihara A, Nishi M, Nobutomo K. Association between civil procedure and medical malpractice litigation in Japan. *Med Law* 2004;23:269-88.
- 368.Brook RH. Malpractice and the quality of care. *Ann Intern Med* 1978;88(6):836-8.
- 369.Greenberg JA. Medical malpractice and patient safety. *N Engl J Med* 2006;355(7):734-6.
- 370.Weinberg NS, Stason WB. Managing quality in hospital practice. *Int J Qual Health Care* 1998;10(4):295-302.
- 371.Gallagher TH, Studdert D, Levinson W. Disclosing harmful medical errors to patients. *N Engl J Med* 2007;356(26):2713-9.

9. SPAUSDINTŲ DARBŲ SĄRAŠAS DISERTACIJOS DARBO TEMA

Publikacijos recenzuojamuose Lietuvos mokslo periodiniuose leidiniuose

1. Brogienė D, Gurevičius R. Pacientų nuomonė apie stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. *Medicina* 2009;45(3):226-236. Prieiga per internetą: <http://medicina.kmu.lt/>
2. Brogienė D, Gurevičius R. Veiksniai, sąlygojantys pacientų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. *Visuomenės sveikata* 2008;3(42):36-45. Prieiga per internetą: http://www.hi.lt/content/D5_archyvas.html

Kitos publikacijos

1. Poškienė I, Dučinskienė D, Brogienė D. Informuoto asmens sutikimas nėščiųjų pacienčių požiūriu. Respublikinės konferencijos „Sveikatos priežiūros vertinimas: pacientų nuomonė“ mokslinė programa ir pranešimų tezės 2007 m. rugsėjo 14 d., Klaipėdos universitetinė ligoninė, Klaipėdos universitetas, Kauno medicinos universitetas, Mykolo Romerio universitetas, Nacionalinė sveikatos priežiūros įstaigų asociacija.

Disertacijos tema skaityti pranešimai

1. D.Brogienė. Žalos sveikatai atlyginimas. Teismų praktika (2000-2005m.). Socialinės partnerystės plėtojimas Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje. Konferencijų ciklas: 2006 12 09 Vilniuje, 2007 02 03 Marijampolėje, 2007 02 10 Klaipėdoje, 2007 03 24 Kaune, 2007 03 31 Mažeikiuose, 2007 04 14 Tauragėje, 2007 04 21 Šiauliuose, 2007 05 05 Ukmergėje.
2. D.Brogienė. Pacientų teisių ir žalos atlyginio įstatymas. Gydytojų civilinės atsakomybės draudimas. Socialinės partnerystės plėtojimas Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje. Baigiamoji projekto konferencija. Kaunas, 2007 06 15.
3. D.Brogienė. Gydytojo civilinės atsakomybės neatsakingumo ir klaidos samprata. Konferencija: Aktualūs ambulatorinės chirurgijos ir ginekologijos klausimai, 2007 09 07, Vilnius.

Padėka

Autorė dėkoja tyrime dalyvavusių ligoninių vadovams, sudariusiems sąlygas atlikti šį tyrimą ir gydymo įstaigų slaugos administratoriams bei įstaigų auditoriams - už pagalbą atliekant tyrimą.

Autorė dėkoja LAT Civilinių bylų skyriaus administracijai, sudariusiai sąlygas susipažinti su civilinių bylų medžiaga.

Autorė dėkoja moksliniam vadovui doc. R.Gurevičiui ir moksliniam konsultantui prof.halib.dr. V.Nekrošiui už nuoširdžią pagalbą, patarimus ir reiklumą rengiant daktaro disertaciją.

Gerb. Paciente,

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Visuomenės sveikatos institutas maloniai kviečia Jus dalyvauti anketinėje apklausoje, vertinant pacientams teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas. Paciento nuomonė – svarbiausias ir reikšmingiausias sveikatos priežiūros paslaugos vertinimo rodiklis. Mums svarbu išsiaiškinti, su kokiais problemomis Jūs susiduriate ligoninėje. Atsakyti į tai gali padėti tik išsamaus tyrimo rezultatai, todėl labai prašome Jūsų kruopščiai ir atsakingai pareikšti savo nuomonę. Iš anksto dėkojame Jums už pagalbą ir nuoširdžius atsakymus į anketos klausimus.

Anketos užpildymas iš Jūsų atims tikrai nedaug laiko, tai bus Jūsų indėlis, tobulinant Lietuvos sveikatos apsaugos sistemą. Šis tyrimas – Jūsų nuomonė apie Jūsų **ši (paskutini)** buvimą ligoninėje ir Jums suteiktą sveikatos priežiūrą.

Kas turėtų užpildyti klausimą?

Į klausimus turėtumėte atsakyti pats. Jei Jums reikalinga pagalba užpildyti klausimą, atsakymuose turėtų būti atspindėta Jūsų nuomonė, o ne asmens, kuris Jums padeda.

Pildant klausimą

Atsakymą į klausimą pažymėkite viename pasirinktame langelyje kryžiu juodu arba mėlynu rašikliu.

Kartais Jūs pamatysite, kad yra nuoroda praleisti kai kuriuos klausimus. Jei atidžiai laikysitės nuorodų, Jūs atsakysite į klausimus, kuriuos Jums reikia atsakyti ir praleisite klausimus, kurių Jums nereikia atsakyti.

Prašome nerašyti savo pavardės ar adreso į klausimą, jeigu to nenorite. Jeigu užrašysite, Jūsų atsakymai bus saugomi konfidencialiai.

Pagalba?

Jei Jūs turite paklausimų dėl anketos pildymo, prašome kreiptis į asmenį, įteikusį Jums šią anketą.

Jūsų dalyvavimas šiame tyrime yra savanoriškas. Nepamirškite, kad šis klausimynas yra apie Jūsų **ši (paskutini)** buvimą ligoninėje.

Užpildę anketą, gražinkite prašome ją asmeniui, įteikusiam šią anketą.

Dėkojame, kad nesate abejingas visuomenės sveikatos problemoms ir padedate mums jas spręsti.

Pagarbiai,
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto
Socialinės medicinos centro darbuotojai

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOS KOKYBĖ

PACIENTO APKLAUSA

I. PRIĖMIMAS Į LIGONINĘ

1. Ar Jūsų guldymas į ligoninę buvo planinis ar skubus?

- Atvežtas greitosios pagalbos mašina/atvykau skubiai šeimos gydytojo (specialisto)siuntimu/skubiai atvykau pats
- Pagal laukiančiųjų sąrašą / planine tvarka

2. Atvykę į ligoninę, kiek laiko laukėte iki patekote į palatą (lovą)?

- Nelaukiau, patekau į palatą tuoj pat
- Mažiau nei 20 minučių
- 20 minučių ir daugiau, bet mažiau nei 1 valandą
- 1 valandą ir daugiau, bet mažiau nei 2 valandas
- 2 valandas ir daugiau, bet mažiau nei 4 valandas
- 4 valandas ir daugiau
- Neprisimenu

**3, 4, ir 5 klausimus atsakykite, jei buvote paguldytas planine tvarka.
Jei skubos tvarka - 3, 4 ir 5 klausimus praleiskite.**

3. Kaip Jūs vertinate patekimo į ligoninę PLANINE TVARKA laukimo terminą?

- Aš buvau paguldytas taip greitai, kaip galvoju esant reikalinga
- Aš turėjau būti paguldytas tų patį greičiau
- Aš turėjau būti paguldytas žymiai greičiau

4. Ar Jūs galėjote pasirinkti, į kurią ligoninę PLANINE TVARKA gultis?

- Taip
- Ne
- Nežinau/negaliu prisiminti

5. Ar ligoninė pakeitė PLANINĖS hospitalizacijos datą, kai atvykote gultis?

- Ne
- Taip, kartą
- Taip, 2 ar 3 kartus
- Taip, 4 kartus ar daugiau

II. FIZINĖ APLINKA

6. Ar Jus vargino ligoninėje naktį keliamas triukšmas?

- Ne
- Taip, ligoninės personalo
- Taip, kitų pacientų
- Taip, kita

7. Ar tualetai ir vonių kambariai, kuriais Jūs naudojotės ligoninėje, buvo švarūs?

- Labai švarūs
- Patenkinamai švarūs
- Nelabai švarūs
- Visiškai nešvarūs
- Aš nesinaudojau tualetu ar vonios kambariu

8. Kaip vertinate ligoninės maistą?

- Labai geras
- Geras
- Patenkinamas
- Blogas
- Aš nevalgiau ligoninės maisto

9. Ar Jūs suradote kažką iš ligoninės personalo pakalbėti apie Jūsų rūpesčius ir būgštavimus dėl sveikatos būklės ar gydymo?

- Taip, gydytoją
- Taip, slaugytoją
- Ne, neradau nieko
- Aš neturėjau rūpesčių ar būgštavimų

10. Ar buvo pakankamai privatumo, aptariant jūsų būklę ar gydymą (nesant ir negirdint pašaliniams asmenims)?

- Taip, visuomet
- Taip, kartais
- Ne
- Man nesvarbu privatumas

III. INFORMACIJA PACIENTUI

11. Kiek informacijos apie Jūsų būklę ar gydymą Jums buvo pateikta?

- Nepakankamai
- Tiek, kiek reikėjo
- Per daug

12. Kai Jums kildavo svarbių klausimų gydytojui, ar gaudavote Jums suprantamus atsakymus?

- Taip, visuomet
- Taip, kartais
- Ne
- Man nereikėjo klausti

13. Kartais ligoninėje vienas personalo darbuotojas sako vieną, o kitas pasako visiškai kitaip. Ar taip buvo atsitikę Jums?

- Taip, dažnai
- Taip, kartais
- Ne

IV. PACIENTŲ ĮTRAUKIMAS Į SPRENDIMŲ PRIĖMIMĄ

14. Ar Jūs dalyvavote sprendimų apie Jūsų priežiūrą ir gydymą priėmime tiek, kiek norėjote?

- Taip, be jokios abejonės
- Taip, šiek tiek
- Ne
- Nenorėjau dalyvauti

V. ŠEIMOS NARIŲ (ARTIMŲJŲ) ĮTRAUKIMAS

15. Jeigu Jūsų šeima ar kitas artimas asmuo norėjo pasikalbėti su gydytoju, ar jie turėjo pakankamai galimybių tai padaryti?

- Taip, be jokios abejonės
- Taip, šiek tiek
- Ne
- Mano šeima nenorėjo (jiems nereikėjo) informacijos
- Aš nenorėjau, kad mano šeima ar draugai kalbėtų su gydytoju

VI. SVEIKATOS PRIEŽIŪRA LIGONINĖJE

16. Kokiam skyriuje buvote gydytas?

- Chirurgijos profilio
- Vidaus ligų (terapijos) profilio

17. Ar paskirti tyrimai (rentgenologiniai, echoskopijos ir kt.) buvo atliekami laiku?

- Taip, visuomet
- Taip, kartais
- Ne
- Nebuvo skirti jokie tyrimai, išskyrus kraujo ir šlapimo tyrimus

18. Ar Jūs galvojate, kad ligoninės personalas padarė viską, kad padėtų Jums kontroliuoti (sumažinti) skausmą?

- Taip, be jokios abejonės
- Taip, šiek tiek
- Ne
- Ligoninėje man nieko neskaudėjo

19. Ar išvykimo iš ligoninės dieną Jūsų išrašymas buvo užlaikytas dėl kokių nors priežasčių?

- Taip, turėjau laukti vaistų (recepto)
- Taip, aš turėjau laukti gydytojo vizito
- Taip, turėjau laukti gydytojo išrašo
- Taip, turėjau laukti nukreipimo tolimesniam gydymui
- Taip, turėjau laukti greitosios pagalbos mašinos
- Taip, dėl kitų priežasčių
- Ne, aš nebuvau užlaikytas

20. Kiek truko užlaikymas?

- Iki 1 valandos
- Ilgiau nei 1 valandą, bet ne ilgiau nei 2 valandas
- Ilgiau nei 2 valandas, bet ne ilgiau nei 4 valandas

- Ilgiau nei 4 valandas
- Aš nebuvo užlaikytas

21. Ar jaučiate, kad ligoninėje buvote gydytas pagarbiai?

- Taip, visą gydymo ligoninėje laiką
- Taip, kartais
- Ne

22. Ar Jūs pasitikėjote Jus gydančiais gydytojais?

- Taip, visuomet
- Taip, kartais
- Ne

23. Kaip apskritai Jūs vertintumėte Jums suteiktą sveikatos priežiūrą ligoninėje?

- Labai gerai
- Gerai
- Patenkinamai
- Blogai
- Labai blogai

24. Kaip Jūs vertintumėte savo sveikatos būklę išvykstant iš ligoninės?

- Nepasikeitė po gydymo ligoninėje
- Geresnė nei atvykus į ligoninę
- Blogesnė nei atvykus į ligoninę
- Nežinau

25. Ar rekomenduotumėte gydytis šioje ligoninėje, kurioje dabar Jūs gydėtės, savo šeimos nariams ir artimiesiems?

- Taip
- Ne
- Nežinau

ŽALA SVEIKATAI DĖL GYDYMO ĮSTAIGOS AR GYDYTOJO KALTĖS

26. Ar esate kada nors patyrę žalą savo sveikatai dėl gydymo įstaigos ar gydytojo kaltės?

- Taip
- Ne (šiuo atveju 27, 28 ir 29 klausimus praleiskite)

27. Ar kreipėtės dėl patirtos žalos sveikatai atlyginimo į atsakingas institucijas?

- Taip, į Gydymo įstaigos administraciją
- Taip, į Draudimo kompaniją
- Taip, į Sveikatos apsaugos ministeriją
- Taip, į Teismą
- Taip, kitur
- Ne, nesikreipiau (šiuo atveju 28 klausimą praleiskite)

28. Ar gavote žalos sveikatai atlyginimą?

- Taip, pilnai
- Taip, dalinai
- Ne

29. Jei patyrėte žalą savo sveikatai ir nesikreipėte dėl žalos atlyginimo, kokia tai buvo priežastis?

- Tai nieko nepakeistų
- Nenorėjau konfliktuoti, nes ateityje reikės kreiptis į gydymo įstaigą
- Nežinojau, kur kreiptis
- Nenorėjau dar kartą išgyventi patirtos traumos
- Kita priežastis

APIE JUS

30. Jūsų lytis?

- Vyras
- Moteris

31. Jūsų amžius?

- 16-30
- 31-50
- 51-70
- daugiau 70

32. Jūsų išsilavinimas?

- Nebaigtas vidurinis
- Vidurinis/spec.vidurinis
- Nebaigtas aukštasis
- Aukštasis

33. Jūsų užsiėmimas?

- Valstybės tarnautojas
- Valstybinės įmonės darbuotojas
- Privataus sektoriaus įmonės savininkas
- Privataus sektoriaus samdomas darbuotojas
- Žemės ūkio darbuotojas
- Pensininkas
- Namų šeimininkas(-ė)
- Studentas, moksleivis
- Bedarbis
- Kitas

34. Jūsų gaunamos pajamos (į rankas) per mėnesį?

- Mažiau nei 500 Lt
- 500 – 1000 Lt
- 1001 – 2000 Lt
- Daugiau nei 2000 Lt

LABAI DĖKOJAME UŽ JŪSŲ PAGALBĄ

Nepamirškite patikrinti, ar atsakėte į visus anketos klausimus ir gražinti klausimyną asmeniui, įteikusiam Jums šią anketą.

2 priedas ŽALOS SVEIKATAI ATLYGINIMO BYLOS ATVEJIS

KINTAMIEJI	Kintamųjų požymiai
BENDRIEJI	
Bylos registravimo metai	1.2001 2.2002 3.2003 4.2004 5.2005
Teiktos paslaugos lygis gydymo įstaigoje	1.pirminis 2.antrinis 3.tretinis
Gydymo įstaigos tipas	1.ambulatorinė 2.stacionarinė
TEISINIAI PROCESINIAI	
Ieškinio faktinis pagrindas	1.aplaidumas/netinkama medicinos praktika 2.informuoto sutikimo pažeidimas 3.sutartinių įsipareigojimų nevykdymas 4. pažeistos kitos paciento teisės
Teisinis skundo pagrindas	1.deliktas 2.kita
Ieškinio dalykas/reikalavimas	1.turtinė žala 2.neturtinė žala 3.turtinė ir neturtinė žala
Teisminiame procese dalyvavę ekspertai	1.VMAI 2.SAM 3.Teismo medicinos ekspertai 4.kelios institucijos 5.nedalyvavo
VMAI išvada dėl gydytojo veiksmų neteisėtumo	1.taip 2.ne 3.neaišku
Specialistų komisijos prie SAM išvada dėl gydytojo veiksmų neteisėtumo	1.taip 2.ne 3.neaišku
Teismo medicinos ekspertų išvada dėl gydytojo veiksmų neteisėtumo	1.taip 2.ne 3.neaišku
Teismo sprendimas	1.ieškinį tenkino pilnai 2.ieškinį tenkino dalinai 3.patvirtinta taikos sutartis 4.ieškinys paliktas nenagrinėtu arba atmestas
Teisminė institucija priėmusi galutinį	1.pirmos instancijos teismas

sprendimą	2.apeliacinės instancijos teismas 3.kasacinės instancijos teismas
Teismo sprendimas apskūstas	1.taip 2.ne
Apskūstas teismo sprendimas pakeistas	1.taip 2.ne
Laikas nuo sužalojimo iki ieškinio pateikimo	Mėnesiai
Prašoma atlyginti turtinė ir neturtinė žala	Litai
Prašoma atlyginti turtinė žala	Litai
Prašoma atlyginti neturtinė žala	Litai
Prašoma periodinė išmoka	Litai
Priteista turtinė ir neturtinė žala	Litai
Priteista turtinė žala	Litai
Priteista neturtinė žala	Litai
Priteista periodinė išmoka	Litai
Teisminės išlaidos	Litai
Laikas nuo ieškinio pateikimo iki galutinio sprendimo priėmimo	Mėnesiai
MEDICININIAI	
Sužalojimo laipsnis	1.laikinas nedarbingumas 2.invalidumas 3.mirtis
Sveikatos sutrikdymo mastas (sunkumas)	1.nežymus 2.nesunkus 3.sunkus 4.mirtis
Nukentėjusio būklė iki sužalojimo	1.sveikas 2.sirgo 3.buvo invalidas
Sužalojimo anatominė vieta	1.galva 2.vidaus organai 3.galūnės 4.kita
Sužalojimo tipas	1.nėra nei vieno iš šių požymių 2.yra tik nepageidaujamas įvykis 3.nepageidaujamas įvykis dėl neteisėtų gydytojo veiksmų
Profesinės klaidos tipas	1.diagnozės 2.gydymo 3.sekimo 4.fiduciarinės gydytojo pareigos pažeidimas 5.mišrus klaidos tipas

Bylos atvejo medicininė sritis	1.terapijos 2.traumatologijos 3.chirurgijos 4.ginekologijos 5.psichiatrijos 6.odontologijos
--------------------------------	--

Disertacinio darbo rankraštis redaguotas bei jo galutinis variantas parengtas naudojantis „Microsoft Word 2003 „ programų paketu.