

**VILNIAUS UNIVERSITETAS
TEISĖS FAKULTETAS
TEISĖS TEORIJOS IR ISTORIJOS KATEDRA**

Dieninės studijų formos
V kurso Taikomosios jurisprudencijos
studijų atšakos studentės
Eleonoros Kislovskos

MAGISTRINIS DARBAS

**ASMENS TEISĖ Į SVEIKATOS PRIEŽIŪRĄ. VALSTYBĖS LAIDUOJAMA
(NEMOKAMA) ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA.**

Darbo vadovas: lekt. dr. Remigijus Šimašius

Recenzentas: doc. dr. Giedrė Lastauskienė

2007
Vilnius

TURINYS

Įvadas.....	3
1. Teisės į sveikatos priežiūrą samprata.....	9
1.1. Sveikatos sąvokos apibrėžimo problema.....	10
1.2. Teisė į sveikatos priežiūrą kaip socialinė teisė ir kaip individuali teisė.....	14
2. Teisingumo teorijų taikymas sveikatos priežiūroje.....	20
3. Lietuvos Respublikos Konstitucijos laiduojama teisė į sveikatos priežiūrą.....	25
3.1. Valstybės įsipareigojimų dėl nemokamo gydymo pobūdis.....	26
3.2. Asmenys, turintys teisę į nemokamą gydymą	29
3.3. Valstybės laiduojamos (nemokamos) asmens sveikatos priežiūros apimtis.....	31
4. Teisės į sveikatos priežiūrą įgyvendinimo galimybės.....	36
4.1. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas – pagrindinis sveikatos priežiūros finansavimo šaltinis.....	38
4.2 Paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, teikimas ir apmokėjimas.....	43
4.3. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų gavimas kitoje ES valstybėje.....	49
Išvados.....	52
Summary.....	54
Panaudotų šaltinių ir literatūros sąrašas.....	55

IVADAS

Temos aktualumas. Nė viena šalis nekelia sveikatos sektoriui utopiškų uždavinių, pavyzdžiui, užtikrinti gyventojų nemirtingumą, tačiau žmogus turi būti tikras, jog prireikus jam bus suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos. Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalis nustato, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, o įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką. Konstitucinės sveikatos apsaugos garantijos – tai tokia visuomeninių santykių sritis, kurioje pasireiškia žmogaus ir valstybės abipusės teisės ir pareigos, asmeninių ir visuomeninių interesų derinimas. Kiekvieno asmens teisė siekti stiprinti savo sveikatą suponuoja valstybės pareigą sudaryti prielaidas ir sąlygas įgyvendinti šias teises. Kita vertus, žmogaus teisių ir laisvių sąvoka tradiciškai apibrėžiama pilietiškumo kontekste – vadinasi, kiekvienas asmuo, siekdamas kuo aukštesnio sveikatos lygio, neturi pažeisti ar ignoruoti tokių pat kito asmens teisių ir teisėtų interesų.¹

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo preambulėje nurodoma, kad sveikatos potencialą ir jo palaikymo sąlygas lemia ekonominės sistemos raidos stabilumas, visuomenės socialinio saugumo ir švietimo garantijos, gyventojų užimtumas ir jų pakankamos pajamos, apsirūpinimas būstu, prieinama, priimtina ir tinkama sveikatos priežiūra, kokybiška mityba, darbo, gyvenamosios ir gamtinės aplinkos kokybė, gyventojų pastangos ugdyti sveikatą. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme taip pat yra apibrėžiama valstybės laiduojamos (nemokamos) asmens sveikatos priežiūros sąvoka ir išvardijama, kas yra priskiriama valstybės laiduojamai (nemokamai) sveikatos priežiūrai.

Šitoje vietoje norėtusi pateikti J. Hosperso siūlomą įstatymų klasifikaciją, kuris visus įstatymus dalija į tris grupes: 1) įstatymus, kurie gina individą nuo kitų individų agresijos (kurie draudžia žudyti, plėšikauti ar apgauti), 2) įstatymus, kurie gina individą nuo jo paties (pavyzdžiui, įstatymus, kurie draudžia paleistuvauti arba svaigintis) ir 3) įstatymus, kurie iš individo reikalauja padėti kitiems (pavyzdžiui, pajamų perskirstymo įstatymus, t.y. visą vadinamąjį „socialinį“ teisingumą).² Trečios grupės įstatymų pavyzdžiais gali būti įstatymai, kuriais valstybė „remia“ mokslą, žemės ūkį ar pramonę, kurie „gina“ šalies gamintojus nuo užsienio konkurencijos, kurie suteikia „teises“ į išsilavinimą, į minimalų pragyvenimo lygį, į aprūpinimą senatvėje, į medicininį aptarnavimą, į aprūpinimą būstu it t.t.

¹ Lietuvos Respublikos Konstitucijos komentaras. I dalis. Vilnius 2000. P. 489.

² A. Degutis. Individualizmas ir visuomeninė tvarka. Vilnius: Eugrimas 1998. P. 216.

Tokia parama ir tokios teisės kainuoja. Kas moka šią jų kainą? Įprasta kalbėti apie „visuomeninę“, „socialinę“ jų kainą. Tačiau tokios kalbos tėra piktnaudžiavimas žodžiais.³

Išskirdama J. Hosperso įstatymų klasifikaciją, sutinku su A. Degučio nuomone, kad „paramos“ įstatymus mėginama teisinti pačiais įvairiausiais argumentais, pradedant utilitaristiniais „visuomenės naudos“ ir baigiant humanistiniais „rūpybos“ bei „altruizmo“ argumentais, tačiau nesunku parodyti, jog visi mėginimai „paramos“ įstatymus vaizduoti kaip žmogiškumo, visuomeninio solidarumo ar labdaringumo išraišką yra nenuoseklūs ir prieštaringi.

Dažnai kylančios diskusijos politikų, medikų tarpe, visuomenės nuomonių apklausų bei atliekamų studijų medžiaga rodo, kad Lietuvoje sveikatos sistemoje yra daug neišspręstų, arba netinkamai sprendžiamų problemų.

Lietuvoje jau daugiau kaip dešimt metų įgyvendinama sveikatos priežiūros sistemos reforma, tačiau šiandien sveikatos priežiūros srityje susiklosčiusia situacija yra nepatenkinti ir medikai, ir pacientai. Medikai – dėl sudėtingų darbo sąlygų, o pacientai – dėl blogėjančio paslaugų prieinamumo ir kokybės.

Lietuvoje veikiančių Etinių farmacijos kompanijų atstovybių asociacijos (EFA) iniciatyva, Sveikatos ekonomikos centro ekspertai 2006 metais atliko situacijos Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje tyrimą įvairias aspektais vadovaudamiesi pasaulyje pripažintomis metodikomis, todėl šio tyrimo patikimumu nėra pagrindo abejoti. Europos nepriklausomų ekspertų atlikto tyrimo išvados: įvertinus demografinius, teisinius ir finansinius parametrus, Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai pripažinta paskutinė vieta ES.

Esminė tyrimo išvada: daugumos sveikatos sektoriaus bėdų ir nesėkmių priežastis – skurdus finansavimas.

Finansavimo ir efektyvumo priežastinis ryšys yra akivaizdus. Deja, Lietuvoje šis pamatinis principas iki šiol buvo labiausiai ignoruojamas, taigi netenka stebėtis, buvo pasiekta išpūdingų rekordų. EFA ir Sveikatos ekonomikos centro atlikta studija akivaizdžiai rodo, kad prastos gyventojų sveikatos bėdų esminė priežastis – nepateisinamai mažos valstybės investicijos į žmonių sveikatą. Tokia išvada padaryta, palyginus Lietuvos ir kitų šalių sveikatos sektoriaus finansavimo proporcijas, santykį su bendruoju vidaus produktu, investicijomis į kitus sektorius ir pan. Valstybės išlaidos gyventojų sveikatai skaičiuojant nuo bendrojo vidaus produkto Lietuvoje vienos mažiausių Europos Sąjungoje: 2003 m. jos sudarė

³ A. Degutis. Individualizmas ir visuomeninė tvarka. Vilnius: Eugrimas 1998. P. 217.

312 JAV dolerių vienam gyventojui, tuo tarpu Liuksemburge – 4031 JAV dolerių, o Lenkijoje – 339 JAV dolerių.⁴

Visuomeninių išlaidų sveikatos priežiūrai augimas Lietuvoje atsilieka nuo bendrojo vidaus produkto augimo tempų. Visuomenės išlaidos sveikatos priežiūrai, vertinami bendrojo vidaus produkto dalimi, pastaraisiais metais mažėjo – nuo 4,42 proc. 2000-aisiais iki 3,91 proc. 2004-aisiais. Nors 2005 m. jos kiek paaugo, bet daugiausia dėl medikų atlyginimo kilimo. Tuo tarpu investicijos į medicinos pagalbos pažangą – naujas technologijas, pažangiausią farmakoterapiją ir kt. – beveik nedidėjo. Lėšos asmens sveikatos priežiūrai, skiriamos ligonių kasų, Lietuvoje tesudaro 11 proc. to, ką proporcingai skiria Vakarų Europa.⁵ Šį deficitą priversti padengti patys pacientai savais pinigais. Lietuvos gyventojai savo lėšomis verčiami kredituoti valstybinį sveikatos priežiūros sektorių, už jo paslaugas mokėti du kartus: vieną kartą – per pajamų mokesčio atskaitymus, antrą sykį – grynaisiais.

Neseniai Lietuvos sveikatos sistemos būklė buvo taip pat įvertinta nepriklausomų ekspertų, žinomos Europoje ekspertinės institucijos „Health Consumer Powerhouse“. Vertinimo kompanijos „Health Consumer Powerhouse“ pranešimas apie sveikatos priežiūros padėtį Europos Sąjungos valstybėse Lietuvai buvo nepalankus. Įvertinus kelias dešimtis svarbių sveikatos priežiūrą apibūdinančių parametru, Lietuvos sveikatos sistema įvertinta kaip blogiausia – ne tik prastos kokybės, bet ir sunkiausiai prieinama pacientams.⁶

Nepriklausomi ekspertai, pabrėžė, kad dėmesį reikia skirti pacientų teisėms, paslaugų prieinamumo problemoms, nepakankamam sveikatos apsaugos finansavimui, tačiau mano nuomone, esančios šiame laikotarpyje sveikatos sistemoje problemos kyla ne vien tik dėl nepakankamo finansavimo, neišvengiamai kyla sveikatos biudžeto lėšų paskirstymo bei jų efektyvaus panaudojimo klausimai.

Sveikatos sistemos yra kritikuojamos visur. Priežastis paprasta – kad ir kaip gerai veiktų sveikatos sistema, žmonės vis vien serga ir miršta. Žmonių lūkesčiai sveikatos srityje visada didesni, negu būtų įmanoma juos patenkinti. Tad gal ir nekeista, jog atrodytų, kad jeigu būtų skirta daugiau pinigų, tai būtų išspręstos sveikatos priežiūros problemos, o tai

⁴ Etinių farmacijos kompanijų asociacijos ir Sveikatos ekonomikos centro atlikta studija: "Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams" 2006. <http://www.efa.lt/naujas/Studija%20lietuviu%20kalba.ppt> [2007-02-05];

⁵ Etinių farmacijos kompanijų asociacijos ir Sveikatos ekonomikos centro atlikta studija: "Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams" 2006. <http://www.efa.lt/naujas/Studija%20lietuviu%20kalba.ppt> [2007-02-05];

⁶ http://www.lsveikata.lt/index.php?page_id=57&s=1140 [2007-01-20]

reikštų galimybę gydytis daugiau, įmančiau, pigiau, o geriausiai – nemokamai ir pas aukščiausios kvalifikacijos gydytojus.

Sveikatos priežiūra yra visuotinės svarbos paslauga, o už suteiktas paslaugas turi būti apmokėta, nes „nebūna nemokamų pietų“, už juos visada kas nors sumoka.⁷ Tas pats ir su tariamai nemokama medicina: jos neužtenka visiems, jos daugiausiai gauna tie, kas sugeba pasiimti, gaunama dažnai ne tai, ko iš tikrųjų reikėjo, o ir kainuoja nemokama medicina labai jau brangiai. Neoficialūs mokėjimai šioje sistemoje yra sisteminiai.⁸ Sutinku⁹ su Lietuvos Respublikos Prezidento Valdo Adamkaus nuomone, pasakyta 2007 m. balandžio 20 d. konferencijos „Sveikatos apsaugos sistema – pertvarkų metas“ metu, kad ar ne metas viešai pripažinti, jog sveikatos apsauga daug kainuoja ir kad nė viena valstybė nepajėgi pasirūpinti kiekvieno žmogaus sveikata, nes poreikiai šioje srityje – neriboti. Beje, žmonės tai puikiai žino ir net gali tiksliai įvardyti, kur ir kiek procedūra kainuoja kai reikia „atsidėkoti“ gydytojui ar slaugei¹⁰ ir pritariu, kad politikams lieka išdrįsti garsiai pasakyti, kad sveikata teks skaidriai, viešai, pagal visiems aiškius kriterijus rūpintis patiems, o valstybė tik padės tai daryti.¹¹

Atsižvelgdama į šiandieninę situaciją sveikatos priežiūros srityje ir remdamasi K. Loewensteino žodžiais, kad pradžioje būna Konstitucijos žodis, bet jis pasikeičia, kai tik

⁷ A. Degutis. Individualizmas ir visuomeninė tvarka. Vilnius: Eugrimas 1998. P. 105.

⁸ R. Šimašius. Nemokamos medicinos negalavimai.

http://www.lrinka.lt/index.php/meniu/spaudai/straipsniai_ir_komentarai/nemokamos_medicinos_negalavimai/4191 [2007-04-25]

⁹ Remdamasi VšĮ „Transparency International“ Lietuvos skyriaus ir Specialiųjų tyrimų atliko diagnostinio tyrimo „Korupcija Lietuvos apskrityse ir savivaldybėse 2004 metais“ duomenimis, pagal kuriuos 76 proc. respondentų per pastaruosius 12 mėnesių kreipėsi į medikus. 32 proc. respondentų neoficialiai atsilygino už medikų paslaugas. Atsakydami, kodėl mokėjo medikams, 64,7 proc. nurodė, kad atsidėjo už jau padarytą darbą – tai atspindi visuomenės polinkį „atsidėkoti“. Į klausimą, ar neoficialių atlyginimų mokėtojai pasiekia tikslą, 48,7 proc. respondentų nurodė, kad jiems pavyko, kad taip jie visiškai išsprendė problemą, 34,2 proc. – išsprendė tik iš dalies, 13,7 proc. buvo sudėtinga įvertinti. 3,4 proc. nurodė, kad papildomos išlaidos problemos visiškai neišsprendė. Kodėl? Atsakymai asmenų, kurie mokėjo, tačiau nesulaukė veiksmingo rezultato, pasiskirstė taip: 21,2 proc. atsakė „per mažai sumokėjau, kiti mokėjo daugiau“, 21,2 proc. – „paaiškėjo, kad pareigūnas ar kitas valstybės tarnautojas nieko negalėjo padaryti“, 21,2 proc. – „tiesiog nepalankiai susiklostė aplinkybės“, 21,2 proc. – „sunku pasakyti“, 9,1 proc. – „kitos priežastys“, 6,1 proc. – „sumokėjau ne tam, reikėjo mokėti kitiems“. Nors ne visiems respondentams pavyko išspręsti problemas, kitą kartą, jeigu būtų panaši situacija, daugelis respondentų greičiau mokėtų nei nemokėtų. D. Andrijauskaitė. Korupcijos šešėliai sveikatos priežiūros sistemoje. <http://www.medicine.lt/straipsnis.asp?StraipsnioID=5769> [2007-01-07]

Tai pat paminėtini tyrimai, pateikti Sveikatos ekonomikos centro 2001 m. ataskaitoje „Sveikatos finansavimo ir sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimo reformų socialinių-ekonominių pasekmių vertinimas“, kurioje nurodoma, kad neoficialiai gydytojams ir kitam medicinos personalui atsilygino 52,3 proc. pacientų, gulėjusių ligoninėse ir 22,5 proc. besigydžiusių ambulatorinėse įstaigose. <http://www.sec.lt/pages/spr1/index.htm> [2007-01-07]

¹⁰ Lietuvos Respublikos Prezidento Valdo Adamkaus kalba, pasakyta konferencijoje „Sveikatos apsaugos sistema – pertvarkų metas“ <http://www.president.lt/lt/news.full/7767> [2007-04-22]

¹¹ Lietuvos Respublikos Prezidento Valdo Adamkaus kalba, pasakyta konferencijoje „Sveikatos apsaugos sistema – pertvarkų metas“ <http://www.president.lt/lt/news.full/7767> [2007-04-22]

prisiliečia prie tikrovės, manau, jog aktualu yra nagrinėti, kaip įgyvendinama Lietuvos Respublikos Konstitucijos nuostata, įtvirtinanti, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus.

Darbo tikslas. Mokslinės literatūros, teisinio reglamentavimo bei praktinio taikymo pagrindu išnagrinėti Lietuvos Respublikos Konstitucijos nuostatų, įtvirtinančių, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, o įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką, įgyvendinimo galimybes.

Siekiant šio tikslo, iškelti tokie uždaviniai:

- 1) remiantis moksline literatūra pateikti sveikatos sąvokos apibrėžimus bei išnagrinėti požiūrius į teisę į sveikatos priežiūrą – kaip socialinę ir kaip individualią teisę;
- 2) aptarti teisingumo teorijos taikymo galimybes sveikatos priežiūroje;
- 3) išnagrinėti valstybės įsipareigojimų, nustatytų Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje, pobūdį bei valstybės laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros apimtį;
- 4) aptarti valstybės laiduojamų (nemokamų) asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarką, nustatyti teisės į sveikatos priežiūrą realizavimo problemas ir pateikti siūlymus dėl jų sprendimo.

Darbo objektas. Siekiant išnagrinėti Lietuvos Respublikos Konstitucijos nuostatų, įtvirtinančių, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, o įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką, realizavimo galimybes ir norint suprasti minėtų Lietuvos Respublikos Konstitucijos nuostatų įgyvendinimo problemas, darbe visų pirma yra nagrinėjama daugiareikšmė sveikatos sąvoka, asmens teisė į sveikatos priežiūrą kaip socialinė ir kaip individuali teisė, po to analizuojamas teisės į nemokamą gydymą įtvirtinimas Lietuvos Respublikos Konstitucijoje bei kituose teisės aktuose, kaip užtikrinama teisė į nemokamą gydymą, aptariama Lietuvos nacionalinės sveikatos sistema, nagrinėjamos asmens teisės į sveikatos priežiūrą realizavimo galimybės.

Darbe naudojami metodai. Darbas yra teorinis. Darbe yra analizuojamos Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies bei kitų teisės aktų nuostatos, yra nagrinėjami teoriniai literatūros šaltiniai. Darbe yra taikomi įvairūs teoriniai metodai, vieni iš reikšmingesnių - sisteminės analizės, loginis metodai, kurie buvo taikomi nagrinėjant teisės aktus, reglamentuojančius teisę į sveikatos priežiūrą, lingvistinis metodas buvo taikomas analizuojant sveikatos sąvoką, lyginamasis metodas naudojamas nagrinėjant teisės į sveikatos

priežiūrą požiūrius bei teisingumo teorijos taikymo sveikatos priežiūroje galimybes. Nors darbas yra teorinis, tačiau neapsieita be empirinių metodų, kurie buvo taikomi vykdant stebėjimus susiklosčiusios situacijos sveikatos priežiūroje.

Darbo originalumas. Darbo originalumas pasireiškia tuo, kad turėdama tikslą išnagrinti, kaip yra įgyvendinamas Lietuvos Respublikos Konstitucijoje įtvirtintas valstybės rūpinimasis žmonių sveikata ir laidavimas medicinos pagalbos bei paslaugų žmogui susirgus, darbe analizuojamos sveikatos santykių teisinio reguliavimo problemos. Sveikatos teisės klausimus nagrinėjo T. Birmontienė, kurios darbuose yra tyrinėjama teisė į sveikatos priežiūrą, tačiau T. Birmontienės darbuose yra nagrinėjamos paciento teisės, akcentuojamas svarbus paciento vaidmuo sveikatos priežiūros srityje tuo aspektu, kad pacientas naudodamasis sveikatos priežiūros įstaigų paslaugomis ir būdamas sveikatos priežiūros paslaugų gavėju turi įvairių teisių, tokių kaip pavyzdžiui, gauti išsamią informaciją apie savo sveikatos būklę, kurios negali būti pažeidžiamos.

Tyrimo rezultatai ir sukaupta faktinė medžiaga galėtų būti panaudota tolesniems, išsamesniems teisės į sveikatos priežiūrą problemų sprendimo moksliniams tyrimams.

Darbo šaltiniai. Rašydama šį darbą rėmiausi Lietuvos Respublikos Konstitucija, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo, Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymais bei kitais teisės aktais, daugiausiai naudojausi Johno Rawlso veikalą „Teisingumo teorija“ bei Roberto Nozicko veikalą „Anarchija, valstybė ir utopija“, Friedricho A. von Hayeko veikalą „Teisė, įstatymų leidyba ir laisvė“, Algirdo Degučio knyga „Individualizmas ir visuomeninė tvarka“, Ramutės Kalėdienės, Jadvygos Petrauskienės, Arja Rimpela mokymosi priemone „Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika“, Guodos Steponavičienės straipsniais, studijos „Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams“, parengtos UAB „Sveikatos ekonomikos centras“ bendradarbiaujant su Etinių farmacijos kompanijų asociacija bei Lietuvos laisvosios rinkos instituto parengtos studijos „Gyvybinga sveikatos apsaugos sistema Lietuvoje“ medžiagomis, statistiniais duomenimis, informacija, prieinama interneto puslapiuose.

1. TEISĖS Į SVEIKATOS PRIEŽIŪRĄ SAMPRATA.

Žmogaus teisės - šiuolaikinės civilizacijos esminė vertybė. Jos yra ne tik teisinė, bet ir filosofinė, politinė, dorinė kategorija. Žmogaus teisės – sudėtinga teisinė kategorija. Kiekviena teisė turi tam tikrą norminį turinį ir suponuoja teisinį santykį tarp asmens ir viešosios valdžios institucijų tikslu apsaugoti esmines žmogiškąsias vertybes ir poreikius nuo nepagrįsto viešosios valdžios institucijų įsikišimo.¹²

Žmogaus teisių doktrinoje kartais išskiriamos „trijų kartų“ teisės, šiuo atveju grupuojant teises pagal jų istorinį susiformavimo laikotarpį. Prie pirmosios kartos teisių priskiriamos pilietinės politinės žmogaus teisės, kurios jau buvo deklaruotos XVIII a., prie antros – socialinės, ekonominės ir kultūrinės, jos įsitvirtinamo Pirmojo pasaulinio karo, o prie trečiosios kartos – teisės į vystymąsi, sveiką aplinką, į taiką ir kt. (jos susiformavo XX a. pab.).

Šiuo metu formuojasi ir naujos žmogaus teisės, tiksliau – kiek kitoks požiūris į žmogaus teises jas grupuojant kitais pagrindais, t.y. tam tikrose srityse, pvz.: sveikatos priežiūroje neatskiriant socialinių teisių nuo individualių.¹³

Pagal teisių turinį žmogaus teises galėtume grupuoti į pilietines, politines, ekonomines, socialines ir kultūrinės. Nors Jungtinių tautų 1948 m. priimtoje Visuotinėje žmogaus teisių deklaracijoje pilietinės ir politinės, ekonominės, socialinės bei kultūrinės žmogaus teisės, pabrėžiant jų universalumą, yra dėstomos kartu, kiti du svarbūs Jungtinių Tautų priimtą Tarptautinę žmogaus teisių chartiją sudarantys dokumentai – Tarptautinis pilietinių ir politinių teisių paktas bei Tarptautinis ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių paktas – šias teises atskiria.

Pilietinės ir politinės teisės yra priskiriamos „negatyvioms teisėms“, t.y. šios teisės preziūmuoja laisvę nuo valstybės (valstybei draudžiama jas pažeisti, ji turi nesikišti į jų įgyvendinimą) ir jų įgyvendinimas nekainuoja, o socialinės, ekonominės ir kultūrinės teisės priskiriamos „pozityvioms“, t.y. jos reikalauja valstybės veiksmų ir išlaidų.¹⁴

F. A. Hayekas teigia, kad palyginti neseniai šalia negatyviųjų teisių, kurios tik papildo taisykles, ginančias individo valdas ir kurios institucionalizuojamos valdžios organizavimo

¹² T. Birmontienė, E. Jarašiūnas, E. Kūris ir kt. Lietuvos konstitucinė teisė. Vilnius: Lietuvos teisės universiteto leidybos centras, 2002. P. 280.

¹³ T. Birmontienė, E. Jarašiūnas, E. Kūris ir kt. Lietuvos konstitucinė teisė. Vilnius: Lietuvos teisės universiteto leidybos centras, 2002. P. 287.

¹⁴ T. Birmontienė, E. Jarašiūnas, E. Kūris ir kt. Lietuvos konstitucinė teisė. Vilnius: Lietuvos teisės universiteto leidybos centras, 2002. P. 281.

įstatuose, ir piliečių pozityviųjų teisių dalyvauti šių organizacijų valdyme, atsirado naujos pozityvios „socialinės ir ekonominės“ žmogaus teisės, kurioms dabar teikiama tokia pat ar net didesnė svarba.¹⁵

Socialinėms ir ekonominėms teisėms galėtume priskirti teisę į darbą, teisę laisvai pasirinkti darbą, teisę į saugias darbo sąlygas, į teisingą darbo užmokestį ir lygų apmokėjimą už lygiavertį darbą, teisę į poilsį, laisvalaikį, apmokamas atostogas, teisę jungtis į profesines sąjungas, teisę streikuoti, teisę į socialinį aprūpinimą (ir socialinį draudimą), teisę laisvai sudaryti santuoką, moterų teisių pasauga iki ir po gimdymo, vaikų ir paauglių teisių apsauga, teisę į pakankamą gyvenimo lygį, teisę būti apsaugotam nuo bado, teisę į sveikatą ir kt.¹⁶

1.1. SVEIKATOS SĄVOKOS APIBRĖŽIMO PROBLEMA.

Sveikatos apibrėžimas yra nuolatinių diskusijų objektas, įtraukiantis vis daugiau įvairių sričių specialistų. Manau, kad nagrinėjant asmens teisę į sveikatos priežiūrą, verta visų pirma, išanalizuoti sveikatos sąvoką, kuri apibūdinama daug plačiau nei ligos nebuvimas. „Buvimas sveiku“ yra tradiciškai apibrėžiamas ligų arba negalavimų nebuvimu, tačiau tai atspindi tik mažą sveikatos, kaip žmogiškosios vertybės sampratos dalį. Siūloma daugybė tikslesnių sveikatos apibrėžimų, kurių klasifikavimą pateiksiu pagal R. Kalėdienę.

Remiantis biomedicininio požiūriu, sveikata apibrėžiama kaip organizmo būklė, kai nesama psichinių ir fiziologinių funkcijų sutrikimų, kurie gali būti nustatyti objektyviais moksliniais metodais. Liga yra tik tada, jeigu tiriant šiuolaikiniais metodais, nustatomas nukrypimas nuo visų pripažintos normos. Šiuo požiūriu dažniausiai vadovaujasi medicina bei gydytojai praktikai, kurių sprendimai apie pacientų gydymo taktiką grindžiami tik biomedicininiais tyrimais.

Antroji apibrėžimų kategorija apima ne tik individą, kaip fiziologinį ir anatomicinį vienetą, bet ir jo ryšį su visuomene, todėl šios kategorijos sveikatos apibrėžimai vadinami sociologiniais. Šie apibrėžimai teigia, kad sveikata yra nesutrikdytas ryšys tarp individų ir jų socialinės aplinkos.

¹⁵ F. A. Hayek. Teisė, įstatymo leidyba ir laisvė. II t. Socialinio teisingumo mirażas. Vilnius: Eugrimas 1998. P. 167.

¹⁶ T. Birmontienė, E. Jarašiūnas, E. Kūris ir kt. Lietuvos konstitucinė teisė. Vilnius: Lietuvos teisės universiteto leidybos centras, 2002. P. 283.

Trečioji sveikatos apibrėžimų kategorija pabrėžia subjektyvią žmogaus patirtį bei pojūčius ir vadinama psichologine sveikatos koncepcija. Šia koncepcija grindžiami sveikatos apibrėžimai teigia, kad svarbiausia, kaip savo sveikatą interpretuoja pats individas.¹⁷

Po Antrojo pasaulinio karo atsirado naujų požiūrių į sveikatą, pagrįstų minėtomis trimis kategorijomis. Geriausiai žinomas yra 1948 metų Pasaulio sveikatos organizacijos konstitucijos preambulėje pateikiamas sveikatos apibrėžimas.

Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) pateikdama tokį sveikatos apibrėžimą, kaip: „Sveikata – tai ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimas, bet ir fizinė, dvasinė bei socialinė žmogaus gerovė“¹⁸, pabrėžia, kad sveikata yra pagrindinė žmogaus teisė ir skatina nuolatinį rūpinimąsi žmonių sveikata. Sveikata – tai neįkainojamas turtas, labiausiai vertinamas tada, kai prarandamas. Be jos ir kitos vertybės, įskaitant ir pati gyvenimą, gali netekti prasmės. Dėl šios priežasties sveikata yra pripažįstama ne tik fiziologine, bet ir socialine-ekonominė kategorija.

1948 metų Pasaulio sveikatos organizacijos konstitucijos preambulėje pateikiamas sveikatos apibrėžimas yra kritikuojamas už idealizmą ir laikomas nepakankamai praktišku. Apibrėžiant sveikatą, kaip bendrą vertybę jis negali būti vartojamas nei formuojant sveikatos priežiūros tikslus, nei formuojant sveikatos politiką. Šis apibrėžimas taip pat kritikuojamas kaip atspindintis idealią būklę, praktiškai neegzistuojančią realybėje. Nepaisant to, jis plačiai vartojamas iki šiol. Į šį sveikatos apibrėžimą būtina žiūrėti iš istorinės perspektyvos. Jis pirmasis apėmė ne tik biomedicininę sveikatos sampratą, bet ir naujas socialines bei psichologines dimensijas, todėl gana pažangus, o visuomenės plėtra įneša vis naujų elementų į sveikatos, kaip koncepcijos supratimą. Į sveikatą imta žiūrėti kaip į procesą, veiklą arba potencialą. Toks sveikatos apibrėžimas pripažįsta ekologinį sveikatos pagrindą. Sveikatos, kaip veiklos arba potencialo, reikšmė taip pat pabrėžiama, apibūdinant ją galimybe atlikti darbą, tam tikras užduotis bendruomenėje, nugalėti fizinį, biologinį ir socialinį stresą, gerovės jausmu, ligų ir priešlaikinės mirties rizikos nebuvimu.¹⁹

1984 metais PSO paskelbė tokį sveikatos apibūdinimą – sveikata yra tai, kaip atskirais individas ar grupė sugeba, iš vienos pusės, įgyvendinti savo tikslus ir patenkinti savo poreikius; iš kitos pusės, pakeisti ir suvaldyti aplinką. Todėl sveikata yra kasdienio gyvenimo

¹⁷ R. Kalėdienė, J. Petrauskienė, A. Rimpela. Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. Kaunas 1999. P. 20.

¹⁸ WHO Constitution. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf [2007 04 09]

¹⁹ R. Kalėdienė, J. Petrauskienė, A. Rimpela. Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. Kaunas 1999. P. 21.

šaltinis, o ne gyvenimo tikslas; tai teigiama sąvoka, apimanti ir socialinius ir asmeninius išteklius, ir fizines galimybes. Požiūris į sveikatą kaip į gyvenimo šaltinį vis dar tebesivysto, o nuomonės vis įvairesnės.²⁰

Sugebėjimas vertinti savo gerą sveikatą dar neįsigalėjo, sveikata vis dar lyginama su tradiciniais ligų (sergamumo) ir mirčių (mirtingumo) rodikliais, kurie nustatomi remiantis specialiomis mokslo žiniomis. Taip vertinama ne sveikata, o jos trūkumas. O svarbiausia, kad sveikatos, kaip ligos ir negalios nebuvimo, sąvoka yra taip giliai įsišaknijusi mūsų visuomenėje, kad nuo jos priklauso daugelio šalių sveikatos priežiūros politika.²¹

A. Antonovsky pasiūlė žiūrėti į sveikatą, kaip į tęsinį nuo gerovės iki ligos. Žmonės visą gyvenimą juda šiuo keliu arba gerovės link, arba į ligą priklausomai nuo jų sugebėjimo arba nesugebėjimo valdyti situacijas, sukeltas endogeninių arba egzogeninių stresorių. Nagrinėjami ne ligas sukeliantieji, o salutogeniniai, arba sveikatą lemiantieji, veiksniai, sudarantys sveikatos išteklius, tokie kaip vidinė darna, socialinė parama, pasitikėjimas savimi bei aplinkiniais žmonėmis ir kiti. Ši teorija leidžia išmatuoti ir įvertinti sveikatos lygmenis, ypač vidutinėse negalavimo stadijose, taikant pasiūlytas konkrečias dimensijas, tokias kaip skausmas, funkcijų ribotumas, veiklos prasmė.²²

Vis didesnis dėmesys skiriamas neprofesionalioms sveikatos koncepcijoms, rodančioms, kaip savo sveikatą supranta ir aiškina patys žmonės. Daugeliu tyrimų nustatytos panašios neprofesionalios sveikatos koncepcijos, rodančios, kad žmonės sveikatą laiko didele vertybe. Neprofesionalios sveikatos koncepcijos yra kompleksiškos ir sudėtingos. Žinoma, joms daug įtakos turi medicininė ideologija pabrėžianti, kad sveikata yra ligų ir negalavimų nebuvimas, tačiau tai tik nedidelė neprofesionalaus suvokimo dalis. Labiausiai tokį suvokimą lemia socialinė klasė, ekonominės sąlygos, politinė situacija šalyje.²³

Šiuo metu viso pasaulio sveikatos priežiūros sistemose vyrauja mokslinis medicininis požiūris į žmogaus sveikatą. Mokslinio medicininio požiūrio į sveikatą pagrindiniai teiginiai:

- biomedicininis - sveikata yra biologinių būtybių požymis.
- mechaninis - kūnas suvokiamas kaip mašina, kurios visos dalys tarpusavyje yra susijusios, tačiau gali būti gydomos atskirai.

²⁰ K. Barrett. Gyvenimas, sveikata ir aplinka. http://www.slauga.lt/kursai/01_dalis.pdf [2007-01-22]

²¹ K. Barrett. Gyvenimas, sveikata ir aplinka. http://www.slauga.lt/kursai/01_dalis.pdf [2007-01-22]

²² R. Kalėdienė, J. Petrauskienė, A. Rimpela. Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. Kaunas 1999. P. 22.

²³ R. Kalėdienė, J. Petrauskienė, A. Rimpela. Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. Kaunas 1999. P. 22.

- redukcionistinis - žmogus yra sveikas, kai visos jo dalys gerai funkcionuoja. Liga yra vienos iš dalių ar sistemos funkcijos sutrikimas, kurį galima nustatyti. Sveikata ir liga yra suskaidomos į smulkesnes sudedamąsias dalis.
- objektyvus - subjektyvūs žmonių ligos simptomai pripažįstami tik tada, kai juos patvirtina ekspertai objektyviais išmatavimais.
- sveikatos nėra, kai sergama kokia nors liga.
- ligos vystymąsi skatina tam tikri specifiniai veiksniai, pavyzdžiui, vidiniai fiziologiniai procesai (reguliuojamosios sistemos sutrikimas ar nepakankamumas) arba išoriniai veiksniai, kurie sutrikdo fiziologines kūno funkcijas (pvz., patogenų, ligas sukeliančių faktorių poveikis organizmui).
- gydymo tikslas - kad pažeista kūno dalis ar sistema vėl normaliai funkcionuotų. Toks gydymas paprastai pagrįstas priešybių sistema. Gydoma ši negalavimą sukėlusio veiksnio išstūmimu naudojant priešingą jėgą. Pavyzdžiui, jei vystosi auglys, jį reikia sunaikinti radioterapija ar chemoterapija; jei yra infekcija, reikia skirti mikrobus naikinančių vaistų.
- sveikata prilyginama „normalumui“. Toks teiginys turi moralinę potekstę: jei esi sveikas, vadinasi, esi normalus, o jei esi normalus, vadinasi, esi „geras“; taigi sergantis žmogus tam tikra prasme yra „blogas“.²⁴

Remiantis šiomis nuomonėmis, galima išskirti:

- sveikatos balansą;
- sveikatos potencialą;

Tai yra dvi pagrindines sveikatos dimensijas, kurios priklauso nuo individo ir jį supančios bendruomenės bei apima svarius socialinius ir ekologinius aspektus. Vertinant sveikatą, būtina pažvelgti į žmogų, kaip socialinių grupių, bendruomenės, visuomenės, ekonominės, politinės sistemos narį, turintį, žinoma, ir visą kompleksą asmeninių charakteristikų. Šioje hierarchijoje sveikata gali būti apibrėžiama kaip dinamiškas balansas, arba balanso palaikymo procesas. Sveikatos balansas priklauso nuo asmens sugebėjimo sąveikauti su socialine, ekonomine bei gamtine aplinka ir prisitaikyti prie pokyčių. Bendruomenėje sveikatos balansą atspindi, pavyzdžiui, sergamumo, nedarbingumo rodiklių pokyčiai, kreipimasis į sveikatos įstaigas, gyvenimo kokybę. Sveikatos potencialas apibrėžia asmens ir aplinkos sąveikos, įtakojančios sveikatą, galimybes. Individo lygiu sveikatos potencialas gali būti, pavyzdžiui, geras imuninis atsparumas, emocinis stabilumas,

²⁴ K. Barrett. Gyvenimas, sveikata ir aplinka. http://www.slauga.lt/kursai/01_dalis.pdf [2007-01-22]

adekvačios žinios apie sveikatą. Bendruomenėje sveikatos potencialas suprantamas kaip sugebėjimas grąžinti ir palaikyti sveikatos balansą. Svarbūs bendruomenės sveikatos potencialo elementai yra sveikatos politikos efektyvumas, pakankamas sveikatos stiprinimo finansavimas, socialinė gerovė, socialinis saugumas, sveikatos priežiūros prieinamumas. Svarbu pastebėti, kad sveikatos potencialas yra kritinė sveikatos balanso – pagrindinio sveikatos išteklius – sąlyga.²⁵

Aptarus sveikatos apibrėžimus, galima prieiti išvadą, kad sveikatos apibrėžimų įvairovė, o ypač suplakimas profesionalaus ir neprofesionalaus sveikatos vertinimo, kaip vėliau pamatysime nagrinėjant teisės į sveikatos priežiūrą įgyvendinimą, sukelia painiavą ir apsunkina praktinį teisės aktų, reglamentuojančių sveikatos priežiūrą, taikymą.

Bet, kaip pažymi R. Kalėdienė sveikata pati savaime nėra problema, todėl ją apibrėžti labai sunku, tuo tarpu sveikatos sutrikimai konkretesni ir lengviau subjektyviai bei objektyviai vertinami.

Atsiradus sveikatos sutrikimams žmogui yra būtina sveikatos priežiūra, todėl toliau bus nagrinėjama, kaip yra traktuojama asmens teisė į sveikatos priežiūrą.

1.2. TEISĖ Į SVEIKTOS PRIEŽIŪRĄ KAIP SOCIALINĖ TEISĖ IR KAIP INDIVIDUALI TEISĖ

Prieš pradėdant nagrinėti Lietuvos Respublikos Konstitucijos nuostatas, deklaruojančias teisę į sveikatos priežiūrą, verta aptarti du skirtingus teisės į sveikatos priežiūrą požiūrius bei kaip vertinama teisė į sveikatos priežiūrą Lietuvoje.

Teisė į sveikatos priežiūrą traktuojama kaip socialinė teisė ir kaip individuali teisė.

F. A. Hayekas išskirdamas pozityvias „socialinės ir ekonominės“ žmogaus teises nurodo, kad tai yra teisės į konkrečias gėrybes, kurios tariamai priklauso kiekvienai žmogiškajai būtybei kaip tokiai, ir kurios postuluojamos be nuorodos į tai, kas privalo tas gėrybes teikti ir kokio pobūdžio procese jos turi būti teikiamos. Tačiau tokios pozityvios teisės reikalauja kaip savo atitiktis, kad kas nors (asmuo arba organizacija) jaustų pareigą parūpinti tai, kas kitiems priklauso.²⁶ Toks atitikmuo yra valstybės įsipareigojimas rūpintis žmonių sveikata ir medicinos pagalbą bei paslaugų laidavimas žmogui susirgus, taip pat

²⁵ R. Kalėdienė, J. Petrauskienė, A. Rimpela. Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. Kaunas 1999. P. 23.

²⁶ F. A. Hayek. Teisė, įstatymo leidyba ir laisvė. II t. Socialinio teisingumo mirazas. Vilnius: Eugrimas 1998. P. 165.

nemokamos medicinos pagalbos teikimas, esant įstatymuose numatytoms tam teisinėms sąlygoms, kuris traktuojamas kaip socialinė žmogaus teisė.

Teisė į sveikatos priežiūrą gali būti vertinama kaip socialinė teisė, nes ji yra susijusi su valstybės pareiga užtikrinti asmens galimybę lygiais pagrindais su kitais dalyvauti šių socialinių vertybių paskirstyme bei asmens galimybe dalyvauti lygiais pagrindais vartojant socialines vertybes.²⁷ Tai reiškia, kad valstybė turi užtikrinti visuomenei prieinamumą prie atitinkamų sveikatos priežiūros paslaugų, įvertindama politinių, socialinių, kultūrinių ir ekonominių faktorių įtaką. Teisė į sveikatos priežiūrą, kaip socialinė teisė vertinama pozityviai, kadangi reikalauja iš vyriausybės užtikrinti socialinių vertybių paskirstymą lygiais pagrindais. Teisės į sveikatos priežiūrą užtikrinimas siekia teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo (tiek geografinio, tiek ekonominio). Tačiau, kaip pastebi F. A. Hayekas, perėjimas nuo negatyviosios teisingumo sampratos, apibrėžiamos individualaus elgesio taisyklėmis, prie „pozityviosios“ sampratos, kuri „visuomenei“ užkrauna pareigą individus aprūpinti konkrečiomis gėrybėmis, dažnai įvyksta pabrėžiant individo teises. Atrodo, kad jaunesniosios kartos žmonės, gimę globėjišku institucijų aplinkoje, jau yra įsitikinę, kad turi teisę iš „visuomenės“ reikalauti tam tikrų gėrybių ir kad tokių gėrybių parūpinimas yra visuomenės pareiga. Tačiau, kad ir koks stiprus būtų šis įsitikinimas, jo egzistavimas neįrodo, kad tokie reikalavimai turi ką nors bendra su teisingumu ar kad jie gali būti patenkinti laisvoje visuomenėje.²⁸ F. A. Hayekas pabrėžia, kad teisingumas neuždeda kitiems visuomenės nariams bendros pareigos mumis rūpintis, o teisė į tokį rūpinimąsi gali egzistuoti tik tuo atveju, jeigu tam tikslui įkūrėme specifinę organizaciją.²⁹

Kalbant apie socialines teises būtina atsižvelgti į tarptautinių sutarčių, reglamentuojančių socialines žmogaus teises įtaką šių teisių apsaugai. Tai yra ypač svarbu kalbant apie teisę į sveikatos priežiūrą, kadangi ją praktiškai užtikrinti yra daug sudėtingiau negu civilines ir politines teises. Be to konkrečios tarptautinės sutarties, reglamentuojančios socialines žmogaus teises, galiojimas valstybėje gali turėti įtakos ir jos teisės doktrinoje vyraujančiam požiūriui į socialines teises.

²⁷ T. Birmontienė, E. Jarašiūnas, E. Kūris ir kt. Lietuvos konstitucinė teisė. Vilnius: Lietuvos teisės universiteto leidybos centras, 2002. P. 336.

²⁸ F. A. Hayek. Teisė, įstatymo leidyba ir laisvė. II t. Socialinio teisingumo mirazas. Vilnius: Eugrimas 1998. P. 166.

²⁹ F. A. Hayek. Teisė, įstatymo leidyba ir laisvė. II t. Socialinio teisingumo mirazas. Vilnius: Eugrimas 1998. P. 166.

Lietuvoje galioja itin reikšminga Europos Tarybos sutartis – Pataisytoji Europos socialinė chartija. Iki Europos socialinės chartijos ratifikavimo Lietuvoje galiojo tik universali tarptautinė sutartis, įtvirtinanti socialines žmogaus teises (neminint kai kurių specialių sutarčių, skelbiančių tam tikras socialines teises ar jų elementus bei Tarptautinės darbo organizacijos konvencijų), tai - Tarptautinis ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių paktas. Šio pakto 2 straipsnis nustato, kad kiekviena valstybė, šio Pakto Šalis, įsipareigoja tiek savo pastangomis, tiek pasinaudodama tarptautine pagalba ir bendradarbiavimu, ypač ekonomikos ir technikos srityse, imtis, kiek daugiausia leidžia jos išteklių, visų atitinkamų, svarbiausia, teisinių priemonių, kad šiame Pakte pripažįstamos teisės palaipsniui būtų visiškai įgyvendintos.³⁰

Europos socialinės chartijos nuostatos šiuo klausimu palyginti labiau imperatyvios. Valstybė, vykdydama savo įsipareigojimus, negali teisintis išteklių stoka ar pan. Valstybių sugebėjimas laikytis Chartijos nuostatų yra vertinamas griežtai atžvelgiant į socialinių teisių standartus, apibrėžtus Chartijos straipsniuose, bei Europos socialinių teisių komiteto interpretacijose, pateikiamose Europos socialinių teisių komiteto išvadose.

Europos socialinėje chartijoje yra nemažai nuostatų tiesiogiai ar netiesiogiai susijusių su sveikatos priežiūros reikalavimais, tačiau šioje dalyje norėčiau trumpai aptarti Europos socialinės chartijos (pataisytos) 11 straipsnį „Teisė į sveikatos apsaugą“ ir 13 straipsnį „Teisė į socialinę paramą ir medicinos pagalbą“, o konkrečiau jo 1 dalį. Europos socialinės chartijos (pataisytos) 11 straipsnyje nustatoma, kad siekdamas užtikrinti, kad būtų veiksmingai įgyvendinta teisė į sveikatos apsaugą, Šalys įsipareigoja tiesiogiai ar bendradarbiaudamos su valstybinėmis ar privačiomis organizacijomis imtis reikiamų priemonių, skirtų, be kita ko:

1. Kiek įmanoma prastos sveikatos priežastims šalinti.
2. Konsultacijoms teikti ir rūpintis švietimo priemonėmis, kuriomis propaguojama sveika gyvensena bei skatinama asmeninė atsakomybė už savo sveikatą.
3. Kiek įmanoma užkirsti kelią epideminėms, endeminėms ir kitoms ligoms, taip pat nelaimingiems atsitikimams.³¹

Taigi Europos socialinės chartijos (pataisytos) 11 straipsnyje teisė į sveikatos apsaugą traktuojama plačiąja prasme, neįtraukiant į šią sąvoką teisės į sveikatos priežiūrą individualių aspektų. Šios Chartijos nuostatos įpareigoja valstybes užtikrinti kuo geresnę gyventojų sveikatos būklę. Sveikatos priežiūros sistema turi būti prieinama visiems, o tai reiškia:

³⁰ Tarptautinis ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių paktas. Valstybės žinios. 2002. Nr. 77-3290

³¹ Europos socialinė chartija (pataisyta). Valstybės žinios. 2001. Nr. 49-1704.

- sveikatos priežiūros sistema turi būti finansuojama kolektyviai;
- su tuo susijusios išlaidos neturi būti didelė našta individams;
- sveikatos priežiūros paslaugos turi būti teikiamos nevilkinant;
- turi būti pakankamai sveikatos priežiūros darbuotojų.³²

Minėti Europos socialinės chartijos sveikatos priežiūros reglamentavimo aspektai svarbūs, bet ne mažiau svarbus yra dar vienas aspektas – paties žmogaus požiūrio į socialines teises, jų įgyvendinimą, formavimas. Labiau įprasta socialinių teisių apsaugą sieti su valstybės pozityvių pareigų socialinėje srityje vykdymu, tačiau pastaraisiais metais socialinės teisės vis labiau yra traktuojamos kaip individualios, o ne kolektyvinės, taip pat pripažįstama galimybė tiesiogiai jas ginti teisme. Taigi teisė į sveikatos priežiūrą gali būti aiškinama ir kaip asmens individuali teisė. Europos socialinių teisių komiteto kai kurių socialinių teisių traktavimas kaip individualių ir teisme ginamų teisių sukuria palankias prielaidas tiesiogiai taikyti Chartijos nuostatas, kurios formuoja šias teises.³³

Kaip pažymi E. Baltutytė - ypač plačiai socialinės teisės „individualizacijos“ link Europos socialinių teisių komitetas interpretuoja Chartijos 13 straipsnio „Teisė į socialinę paramą ir medicinos pagalbą“ 1 punktą, nustatantį, kad Chartijos šalys įsipareigoja užtikrinti, kad kiekvienas asmuo, kuris neturi pakankamai lėšų pragyvenimui ir kuris negali gauti tokių lėšų savo pastangomis ar iš kitų šaltinių, ypač iš socialinės apsaugos sistemos, gautų reikiamą paramą, o susirgęs - priežiūrą, būtiną pagal jo sveikatos būklę.³⁴ Šioje nuostatoje formuluojami valstybių, Chartijos šalių, įsipareigojimai, atrodytų, kad čia neturima omenyje individualios teisės, nors įvardijimas „kiekvienas asmuo“ ją lyg ir preziūmuoja. Tačiau, Europos socialinių teisių komitetas jau gana seniai, net pirmosiose išvadose dėl Europos socialinės chartijos taikymo, ėmė laikytis pozicijos, kad teisė į socialinę paramą ir medicinos pagalbą turi būti suteikiama būtent „kaip teisė“. Komitetas pabrėžė, kad pagal 13 straipsnio 1 punktą valstybės, kurios yra priėmusios šią nuostatą, privalo garantuoti paramą, kokia, jų manymu, yra tinkama; jos privalo laikytis šios pareigos, ir to iš jų gali būti pareikalauta teisme. Nagrinėdamas valstybių pranešimus bei juos komentuodamas Europos socialinių teisių komitetas pabrėžia, kad valstybės, Chartijos dalyvės, privalo garantuoti teisę kreiptis į teimą arba kitokią nepriklausomą instituciją dėl administracinių sprendimų medicinos pagalbos ir socialinės paramos klausimais, taip pat pareigą garantuoti socialinę ir

³² Europos socialinė chartija: vadovas. Vilnius: Lietuvos žmogaus teisių centras, 2002. P 13.

³³ T. Birmontienė, E. Jarašiūnas, E. Kūris ir kt. Lietuvos konstitucinė teisė. Vilnius: Lietuvos teisės universiteto leidybos centras, 2000. P. 135.

³⁴ Europos socialinė chartija (pataisyta). Valstybės žinios. 2001. Nr. 49-1704.

medicinos pagalbą visiems asmenims, kuriems jos reikia, ne tik tam tikroms paramos gavėjų kategorijoms.³⁵ Pataisytos Europos Socialinės Chartijos 13 straipsnio „Teisė į socialinę paramą ir medicinos pagalbą“ 1 dalis nustato, kad siekdamas užtikrinti, kad būtų veiksmingai įgyvendinta teisė į socialinę paramą ir medicinos pagalbą, Šalys įsipareigoja užtikrinti, kad kiekvienas asmuo, kuris neturi pakankamai lėšų pragyvenimui ir kuris negali gauti tokių lėšų savo pastangomis ar iš kitų šaltinių, ypač iš socialinės apsaugos sistemos, gautų reikiamą paramą, o susirgęs - priežiūrą, būtiną pagal jo sveikatos būklę.³⁶ Šis straipsnis medicinos pagalbai priskiria nemokamą ar subsidijuojamą sveikatos priežiūrą arba išmokas, kurios leidžia žmonėms sumokėti už jiems reikalingą sveikatos priežiūrą. Kadangi tai yra teisė, ji turi būti įgyvendinta ir aiškiai apibrėžta įstatymo bei paremta objektyviais kriterijais bei negali būti sąlygota biudžeto galimybių.

Taigi, Europos socialinių teisių komitetas teisę į socialinę paramą ir medicinos pagalbą traktuoja kaip individualią ir teisme ginamą teisę, tačiau toks požiūris į socialines teises nepaneigia kito požiūrio, kad socialinės teisės – tai valstybės socialinė politika.

Savaime suprantama, kad požiūris į socialines teises priklauso nuo teisės, visų pirma – konstitucinės, doktrinos valstybėje. Mokomojoje priemonėje „Lietuvos konstitucinė teisė“ teigiama, kad Lietuvos konstitucinėje doktrinoje palengva įsitvirtina socialinės valstybės principas. Išsamiai analizuojant socialinių teisių įtvirtinimo konstitucijoje reikšmę pažymima Konstitucinio Teismo jurisprudencijos tendencija traktuoti socialinių teisių konstitucinį įtvirtinimą kaip valstybės konstitucinius įsipareigojimus socialinėje srityje. Taip patvirtinamas požiūris į socialines teises tik kaip į valstybės socialinę politiką, paneigiant individualių teisme ginamų teisių pripažinimą.

Tačiau šioje vietoje norėtusi paprieštarauti, nes nors ir socialinių teisių įgyvendinimas priklauso nuo valstybės ekonominės padėties ir turimų išteklių, tačiau kai įstatymų leidėjas, naudodamasis galia kurti socialinę politiką, taip pat apibrėžti socialinių teisių apimtį, įtraukė socialines teises į Konstituciją ir detalizavo šių teisių turinį įstatymuose, jis jau išžengė į individo teisių sritį. Asmuo gali reikalauti, kad valstybė šias teises įgyvendintų, taip pat jų gynimo teisme. Socialinių teisių įtvirtinimas Konstitucijoje turėtų reikšti ir tai, kad kiekvienas konkretus žmogus turi teisę į tinkamą socialinių teisių apsaugą. Lietuvoje teismų praktikoje yra remiamasi socialinėmis teisėmis, tačiau jos yra tik nurodomos sprendžiant

³⁵ E. Baltutytė. Europos socialinė chartija ir socialinės teisės konstitucijoje // Jurisprudencija t. 30 (22). Vilnius. 2002. P. 77.

³⁶ Europos socialinė chartija (pataisyta). Valstybės žinios. 2001. Nr. 49-1704.

konkrečių teisės aktų taikymo klausimą. Pažymėtina, kad Lietuvos teismuose nėra nagrinėjamų bylų dėl teisės į sveikatos priežiūrą pažeidimo, nors turėtų būti ne tik taikomi socialinių teisių įstatymai, bet ir ginamos, jei tai įmanoma, konkrečios socialinės teisės.

Požiūris į socialines teises, kaip į individualias ir teisme ginamas teises, egzistuoja greta Lietuvos konstitucinėje doktrinoje pripažįstamo požiūrio, kad socialinės teisės – tai valstybės socialinė politika, priklausanti nuo ekonominių išteklių.

Norint veiksmingai užtikrinti teisę į sveikatos priežiūrą, reikėtų rasti galimybę taikyti abu teisės į sveikatos priežiūrą požiūrius – į socialinę teisę, kaip individualią ir teisme ginama teisę ir į socialinę teisę, kaip valstybės socialinę politiką, priklausančią nuo ekonominių išteklių. Tokio „dvigubo“ traktavimo įsitvirtinimą skatina ir pačios Europos socialinės chartijos nuostatų interpretavimas.

2. TEISINGUMO TEORIJS TAIKYMAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROJE

Šiuo metu Lietuvoje vykdoma sveikatos sistemos reforma. Ji buvo sumanyta kaip naujo sveikatos priežiūros modelio kūrimas. Tradicinio modelio pagrindą sudarė valstybinė medicina, lėšos buvo skirstomos remiantis principu „kiekvienam pagal poreikius“. Naujasis sveikatos priežiūros modelis, patvirtintas 1991 m. spalio 30 d. Lietuvos Aukščiausios Tarybos nutarimu „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“, sudarytas pagal tuos pačius kriterijus: medicina turėtų būti valstybinė, ji turėtų tenkinti žmonių sveikatos poreikius. Nacionalinė sveikatos koncepcija išreiškė politinį valstybės siekį įgyvendinti aktyvią bei į prevenciją orientuotą sveikatos priežiūros politiką ir įgyvendinti sveikatos priežiūros finansavimo reformą, sukuriant sistemą apimančią tiek finansavimą iš bendrai surenkamų mokesčių, tiek iš sveikatos draudimo įmokų.

Šiandien yra siekiama parūpinti kuo daugiau ir kuo labiau nemokamų paslaugų, t.y. sveikatos sistema yra nukreipta į vartojimą (taip suprantamas prieinamumas), darant prielaidą, kad žmonės nuo to bus sveikesni, siekiama nukreipti kuo daugiau viešųjų ir privačių lėšų į sveikatos sistemą, darant prielaidą, kad paslaugų dėl to bus daugiau ir jos bus geresnės, o žmonės labiau rūpinsis savo sveikata, siekiama garantuoti gerus sveikatos rodiklių vidurkius, nepaisant to, kad vienas žmogus gavo geras paslaugas, nors jį jam nereikėjo, o kitas negavo, nors jam reikėjo.

Valstybei įsipareigojus teikti medicinos paslaugas dėl lėšų stygiaus arba dėl netinkamo jų naudojimo šis įsipareigojimas ne visada vykdomas. Dėl to kyla įvairios diskusijos dėl sveikatos priežiūros finansavimo.

Nežiūrint į tai, kad išteklių skirstymas sveikatos priežiūroje yra praktinė problema, manau tikslinga yra analizuoti išteklių skirstymo problemą sveikatos priežiūroje remiantis šiuolaikinės politinės filosofijos atstovų J. Rawlso ir R. Nozicko teisingumo teorija bei jos taikymo galimybe sveikatos priežiūroje.

Pažymėtina, kad nors nei J. Rawlsas nei R. Nozickas nesprenė sveikatos priežiūros išteklių skirstymo problemos, tačiau jų argumentai gali būti taikomi sprendžiant šių dienų sveikatos priežiūros problemas.

J. Rawlso veikale „Teisingumo teorija“ ir R. Nozicko veikale „Anarchija, valstybė ir utopija“ pateiktos priešingos teisingumo sampratos. Pirmojo autoriaus požiūriu, teisingumas susijęs su išteklių skirstymo schema, nes vienokia ar kitokia veiksminga schema būtina visų

gerovės sąlyga.³⁷ Antrojo – su pačia skirstymo procedūra, nes skirstymo teisingumas, priklauso nuo to, kaip jis vyko.³⁸ Pasak J. Rawlso, teisingumą bus galima įgyvendinti tik sutarus dėl išteklių skirstymo principų, kurių svarbiausia savybė – nešališkumas. Principų nešališkumas yra tai, kad joks asmuo, dalyvaujantis nustatant principus, nebus suinteresuotas tik nauda sau. Sudaryti teisingumo principai bus neistoriniai, arba galutinio rezultato, principai.³⁹ Jie prilygs skirstymo schemoms, kurias, kartą pripažinus teisingomis, galima bus taikyti atskiroms socialinėms institucijoms, neatsižvelgiant į laiko, vietos ar aplinkybių ypatumus. R. Nozickas teigia priešingai. Negali būti vienintelės ir privalomos išteklių skirstymo schemas. Svarbiausia teisingumo visuomenėje sąlyga yra atskirų asmenų siekimas ją įgyvendinti nepažeidžiant valstybėje veikiančios teisinės sistemos. Asmenys susitaria, kaip galėtų vienas su kitu elgtis ir ką galėtų vienas kitam duoti. Susitarimas dėl teisėto elgesio nėra absoliutus, jis gali keistis. Todėl R. Nozickas teisingumo principus vadina istoriniais.⁴⁰

Teisingumo principai J. Rawlso ir R. Nozicko teorijose išvedami iš skirtingų prielaidų. J. Rawlsui rūpi bendras socialinės ar visuomeninės nuosavybės skirstymas. R. Nozickui svarbus teisės į privačią nuosavybę išsaugojimas. Pirmojo požiūriu dėl teisingumo principų susitariama, antrojo – teisinga situacija susiklosto savaime, jei ją nulemia teisėti veiksmai. J. Rawlsas pripažįsta nešališkumo idealą skirstant socialines gėrybes, o R. Nozickas pabrėžia kitą teisingumo sąlygą – teisėtą privatinės nuosavybės valdymą.

Toliau bus nagrinėjama, kaip šios dvi teisingumo sampratos taikomos sveikatos priežiūrai. Pagal J. Rawlso požiūrį teisinga būtų skirti tokį sveikatos priežiūros lygį, kuris būtų vienodai prieinamas visiems. Tuo tarpu vadovaujantis R. Nozicko požiūriu – teisinga būtų ne skirti visiems vienodai prieinamą lygį, bet leisti kiekvienam įsigyti tas medicinos paslaugas, kurios jam yra reikalingos. Galimybė gauti sveikatos priežiūrą suteikia privačios nuosavybės turėjimas, kurį žmogus galėtų pats savo nuožiūra skirti sveikatai gerinti.

Manau, kad J. Rawlso teisingumo principų taikymas sveikatos priežiūrai yra prieštaringas, nes pagal J. Rawlsą vieninteliai ir visuotiniai teisingumo principai yra šie: 1) kiekvienas turi vienodą teisę į pagrindinių laisvių sistemą; 2) socialinė ir ekonominė nelygybė galima, jei ji a) maksimaliai pagerina vargingųjų padėtį, b) visi turi vienodas galimybes socialinių padėčių ir tarnybų atžvilgiu.⁴¹ Pagal šiuos teisingumo principus turi

³⁷ J. Rawls. *Theory of Justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1971. P. 15.

³⁸ R. Nozick. *Anarchy, State and Utopia*. New York: Basic, 1974. P. 153.

³⁹ J. Rawls. *Theory of Justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1971. P. 60-65.

⁴⁰ R. Nozick. *Anarchy, State and Utopia*. New York: Basic Books, 1974. P. 153-155.

⁴¹ J. Rawls. *Theory of Justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1971. P. 55.

būti skirstomos gėrybės, reikia ir sveikatos priežiūros paslaugos. Pradėjus šiuos J. Rawlso teiginius „tikrinti“, atsiranda esminės kontroversijos. Nešališkumas nors ir numato kiekvieno asmens teisę reikalauti iš valstybės savo dalies, tačiau neatsižvelgia į tai, kad jos reikalauja ne tas pats asmuo arba asmenų grupės, bet atskiri asmenys.

Kitos išvados išplaukia taikant R. Nozicko teisingumo sampratą. Pagal ją negali būti visiems vienodai prieinama sveikatos priežiūra. Vienoda sveikatos priežiūra nesuderinama su asmens laisve ir gera paslaugų kokybe. Neįmanoma visiems teikti vienodos sveikatos priežiūros ir leisti laisvai rinktis sveikatos priežiūros teikėją ir vartotoją. Teisingumas skirstant sveikatos priežiūros išteklius pirmiausia turi derėti su asmens autonomijos principu. Teisingumas sveikatos priežiūroje reikalauja nevaržyti asmens teisių tiek medicinos paslaugų įsigijimo, tiek jų teikimo atžvilgiu. Laisvai įsigyti paslaugas ir jas teikti galima tik tuomet, kai medicina yra privati. Lietuvoje privati medicina iki šiol buvo diskriminuojama. Asmens autonomija Lietuvos sveikatos priežiūroje gali reikštis tik ten, kur jis teikia arba įgyja ne būtinas – jomis rūpinasi valstybė, – bet tik papildomas paslaugas. Nėra vienos visų vienodos sveikatos. Vieni atsitiktinai gimsta sveiki ir tokie būna visą gyvenimą, kiti gimsta jau turėdami vienokią ar kitokią ligą, tretį gyvendami suserga įvairiomis ligomis. Nevienodą sveikatą galima palyginti su loterija. Vieni, pavyzdžiui, turi tik blogus dantis, o kiti turi išgyventi tokias tragedijas kaip leukemija. Todėl vieniems reikia gerokai mažiau sveikatos priežiūros negu kitiems.

Sveikatos priežiūros išteklių skirstymą vadovaujantis R. Nozicko požiūriu galima sieti su tuo, kad kiekvienas asmuo turi prigimtine teisę į nuosavybę, kuri negali būti varžoma kito, asmuo yra laisvas įsigydamas medicinos paslaugas net ir kito, kuris negali to padaryti, atžvilgiu. Teisingumas susijęs tik su nuosavybės, vadinasi, ir su lėšų, už kurias įgyjamos medicinos paslaugos, teisėtumu, būtent todėl teisingumo požiūriu nėra skirtumo tarp poreikio ir pageidavimo. Jei, pavyzdžiui, asmuo pageidautų plastinės operacijos ir galėtų už ją susimokėti, niekas neturėtų teisės jo noro varžyti. Nepaisant to, kad tuo pat metu atsirastų kitas asmuo, sergantis sunkia širdies liga, tačiau neturintis pakankamai lėšų susimokėti už operaciją ir todėl negalintis patenkinti savo pirminio poreikio.

Didelė problema sveikatos priežiūroje yra teisingumo ir geradarystės principų suderinamumas sveikatos priežiūroje. Minimalios ir nemokamos sveikatos priežiūros reikalauja ne teisingumas, bet geradarystė arba labdara. Galima pasakyti ir kitaip: ne asmens teisė į sveikatos priežiūrą, bet socialinė arba moralinė pareiga yra ją suteikti. Tačiau manau, kad geradarystė gali būti suderinama su teisingumu tik tuomet, kai ji yra asmeninės, o ne

visuomeninės iniciatyvos reikalas. Asmuo, negalintis susimokėti už gydymą, neturi teisės jo reikalauti, nes tai darydamas jis pretenduotų į kito nuosavybę. Tačiau jeigu tas pats asmuo paprašytų kito pagalbos ir pastarasis sutiktų jam padėti dalį savo turto paaukodamas šio asmens gydymui, tuomet pirmasis nepažeistų teisingumo, o antrasis elgtųsi pagal geradarystės principą ir atliktų savo moralinę pareigą padėdamas tam, kuriam to tokia pagalba būtina. Tačiau šioje situacijoje kyla du klausimai: kaip atskirti poreikį nuo pageidavimo ir ar gali geradarystės veiksmus koordinuoti valstybė. Ieškant atsakymo į pirmą klausimą, pirmiausia reikia pabrėžti, kad geradarystė reikalinga ir įvertinama ten, kur ji būtina. Be to, neteisėta prašyti kito asmens pagalbos tik norint neatsilikti nuo kitų. Toks prašymas prilygtų pretenzijai į kito nuosavybę ir būtų neteisingas. Pavyzdžiui, paanalizuosiu motyvus, dėl kurių gali būti atliekama širdies transplantacija. Jeigu šios operacijos atlikimo motyvas – asmens pageidavimas efektyviu būdu pailginti gyvenimo trukmę, tuomet ji nėra būtina ir gali būti skiriama tik kaip papildoma ir mokama medicinos paslauga. Kita vertus, jeigu šios operacijos atlikimas argumentuojamas tuo, kad persodinant širdį patenkinamas asmens poreikis apsisaugoti nuo ankstyvos mirties, tuomet asmuo nepažeidžia savo orumo apeliuodamas į kitų paramą. Tačiau į šį klausimą neįmanoma vienareikšmiškai atsakyti, nes tai, ką reikia vadinti poreikiu, o ką – pageidavimu, skirtingos kultūros ir net atskiros žmonių grupės toje pačioje kultūroje supranta nevienodai. Tai, kas vienoje kultūroje laikoma prabangos dalyku, kitose – būtinu poreikiu, be kurio neįsivaizduojamas žmogaus gyvenimas. Pavyzdžiui, tokia turtingose Vakarų valstybėse plačiai taikoma medicinos technologija kaip dirbtinis apvaisinimas Lietuvoje laikoma prabangos dalyku. Tą patį galima pasakyti ir apie atskiras grupes asmenų, gyvenančių toje pačioje valstybėje. Telieta pripažinti, kad šių sąvokų prasmė yra subjektyvi, jai daro įtaką daugelis veiksnių, todėl nepakanka vien teoriškai apibrėžti poreikio ir pageidavimo skirtumą.

Į antrąjį klausimą taip pat nėra vienareikšmio atsakymo. Ne visa nuosavybė yra privatinė, valstybė ir kitos socialinės organizacijos taip pat turi investuoti dalį bendrų išteklių į sveikatos priežiūrą. Tačiau jeigu geradarystės veiksmai atliekami asmenine iniciatyva sveikatos priežiūrai skiriant dalį privatinės nuosavybės, kyla klausimas, ar galima valstybės investicijas į sveikatos priežiūrą vadinti geradariškomis, čia atsiranda tam tikras prieštaravimas. Jei valstybė renka mokesčius iš piliečių tam, kad visiems garantuotų minimalią paramą, vargu ar tokią „privalomą labdarą“ galima būtų vadinti geradariška. Juk jeigu veiksmas nėra savanoriškas, bet privalomas, tuomet jo nepavadinsi geradarišku.

Todėl negalima nesutikti su tuo, kad kai rėmimo funkciją perima valstybė, pagalba ligoniui tampa, pirma, nebe labdara, o subsidija (perskirstymu mokesčiais per valstybės, savivaldybių ar atskirą sveikatos biudžetą). Antra, parama tampa anoniminė, t.y. pacientas nesijaučia skolingas konkrečiam žmogui ar žmonių grupei, o tik pasinaudojęs savo „teise“.⁴²

Valstybei įsipareigojus teikti nemokamas sveikatos priežiūros paslaugas žmonės gauna paramą ne iš asmens ar konkrečių asmenų grupės ir be apibrėžtų įsipareigojimų, todėl paklausa paramai auga nekontroliuojamai - atsiranda nuolatinis spaudimas didinti lėšas, skirtas sveikatos apsaugai.⁴³

Taigi, teorinių modelių taikymas sprendžiant ribotų sveikatos priežiūros išteklių skirstymo problemą yra prieštaringas dalykas, tačiau neabejotina yra tai, kad sveikatos priežiūra reikalauja, jog teisingumo, geradarystės, asmens autonomijos principai vienas kitam neprieštarautų.

⁴² LLRI studija “Gyvybinga sveikatos apsaugos sistema Lietuvoje“
[http://www.lrinka.lt/index.php/analitiniai_darbai/llri_studija_gyvybinga_sveikatos_apsaugos_sistema_lietuvoje/1567_LLRI_studija_\"Gyvybinga_sveikatos_apsaugos_sistema_Lietuvoje\"](http://www.lrinka.lt/index.php/analitiniai_darbai/llri_studija_gyvybinga_sveikatos_apsaugos_sistema_lietuvoje/1567_LLRI_studija_\) [2007-01-06]

⁴³ LLRI studija “Gyvybinga sveikatos apsaugos sistema Lietuvoje“
[http://www.lrinka.lt/index.php/analitiniai_darbai/llri_studija_gyvybinga_sveikatos_apsaugos_sistema_lietuvoje/1567_LLRI_studija_\"Gyvybinga_sveikatos_apsaugos_sistema_Lietuvoje\"](http://www.lrinka.lt/index.php/analitiniai_darbai/llri_studija_gyvybinga_sveikatos_apsaugos_sistema_lietuvoje/1567_LLRI_studija_\) [2007-01-06]

3. LIETUVOS RESPUBLIKOS KONSTITUCIJOS LAIDUOJAMA TEISĖ Į SVEIKATOS PRIEŽIŪRĄ

Svarbiausias teisės aktas, įtvirtinantis pagrindines žmogaus teises Lietuvoje – Lietuvos Respublikos Konstitucija. Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalis nustato, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką.⁴⁴ Šios nuostatos įtvirtina vieną svarbiausių socialinių vertybių – žmogaus teisę į sveikatos priežiūrą. Valstybė, įgyvendindama konstitucines žmonių sveikatos apsaugos garantijas, turi užtikrinti tam tikrus asmens ir visuomenės sveikatos saugos ir priežiūros standartus.⁴⁵

Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnis deklaruoja teisę į sveikatos priežiūrą ir pakankamai abstrakčiai formuoja kai kuriuos sveikatos sistemos ir jos mechanizmo elementus. Lietuvos Respublikos 53 straipsnyje formuojama pati asmens teisė į sveikatos priežiūrą ir nurodoma, kad nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarka turi būti nustatyta įstatymu. Ši nuostata labai svarbi, nes Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnis nemokamai medicinos pagalbai teikti reikalauja tam tikros atskiru įstatymu ar įstatymais nustatytos tvarkos bei tam tikrų teisinių sąlygų.

Konstitucijoje iš esmės įtvirtinta blanketinė norma, nukreipianti į nemokamos medicinos pagalbos ir nemokamo gydymo reglamentavimą įstatymais. Tačiau reikėtų atkreipti dėmesį į tai, kad teisė į nemokamą gydymą yra įtvirtinta pačioje Konstitucijoje, todėl ši teisė laikytina konstitucine teise. Įstatymui paliekama tik nustatyti šios teisės įgyvendinimo tvarką.⁴⁶

Lietuvos Respublikos Konstitucijoje įtvirtinus valstybės rūpinimąsi žmonių sveikata ir laidavimą medicinos pagalbos bei paslaugų žmogui susirgus, įstatymų leidėjas – Lietuvos Respublikos Seimas – pripažindamas, kad sveikata tai ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimas, bet ir fizinė, dvasinė bei socialinė žmogaus gerovė, kad sveikatos potencialą ir jo palaikymo sąlygas lemia ekonominės sistemos raidos stabilumas, visuomenės socialinio saugumo ir švietimo garantijos, gyventojų užimtumas ir jų pakankamos pajamos, apsirūpinimas būstu, prieinama, priimtina ir tinkama sveikatos priežiūra, kokybiška mityba,

⁴⁴ Lietuvos Respublikos Konstitucija. Valstybės Žinios. 1992. Nr. 33-1014.

⁴⁵ Lietuvos Respublikos Konstitucijos komentaras. I dalis. Vilnius 2000. P. 489

⁴⁶ L. Markauskas. Konstitucinė teisė į nemokamą gydymą: interpretavimo problemos // Jurisprudencija, t. 64 (56). P. 133.

darbo, gyvenimo ir gamtinės aplinkos kokybė, gyventojų pastangos ugdyti sveikatą, atsižvelgdamas į PSO priimtą sveikatos strategiją „Sveikata visiems“, Otavos sveikatos stiprinimo chartijos ir Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos nuostatas ir siekdamas užtikrinti prigimtine žmogaus teisę turėti kuo geresnę sveikatą, taip pat teisę turėti priimtina, prieinamą ir tinkamą sveikatos priežiūrą priėmė 1994 metais Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymą, kuris sudarė teisinį pagrindą sveikatos priežiūros politikai ir apibrėžė valstybinių valdymo subjektų vaidmenį. Šis įstatymas reglamentuoja Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą, jos struktūrą, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros organizavimo, valstybės laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros užtikrinimo, valdymo, sveikatos rėmimo, atsakomybės už sveikatinimo veiklos teisės normų pažeidimus pagrindus, gyventojų, sveikatinimo veiklos subjektų teises ir pareigas. Taigi, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas nustato teisės į nemokamą gydymą įgyvendinimo pagrindus.

Verta paminėti, kad kai kuriuos teisės į nemokamą gydymą aspektus taip pat reglamentuoja ir kiti įstatymai, tokie kaip Sveikatos draudimo įstatymas, Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas ir kiti teisės aktai.

Analizuojant teisę į nemokamą gydymą kaip konstitucinę teisę svarbu išsiaiškinti valstybės įsipareigojimų dėl nemokamo gydymo pobūdį, asmenis, kuriems ši teisė yra taikoma, nemokamos medicinos pagalbos apimtį bei įvertinti teisės į nemokamą gydymą įgyvendinimo galimybes.

3.1. VALSTYBĖS ĮSIPAREIGOJIMŲ DĖL NEMOKAMO GYDYMO POBŪDIS

Prieš pradedama nagrinėti valstybės įsipareigojimų pobūdį norėčiau pažymėti, kad nepaisant to, kad sveikatos paslaugos yra išskirtinės žmogaus poreikių prasme, jos, kaip ir visos kitos paslaugos, turi savo kainą. Istoriskai šią kainą pacientas mokėjo pats. Kaip liudija Antikos laikų tekstai, jau tada gydymo paslaugos buvo įvairaus lygio pagal kokybę ir kainą (tiek naudojamų medžiagų ir priemonių, tiek gydytojo kvalifikacijos prasme). Be to, į gydytojo, kaip laisvosios profesijos, etikos kodą (Hipokrato priesaiką) be kitų moralinių nuostatų įėjo ir lankstus požiūris į savo darbo užmokestį. Kitaip sakant, gydytojo darbe labdara buvo įprasta.

Per du tūkstantmečius sveikatos paslaugų esmė nepasikeitė: gydymo paslaugos ir toliau yra išskirtinės, nes sveikata - pirminis žmogaus poreikis, o sergantis žmogus yra priklausomas nuo gydytojo; šios paslaugos neįmanomos be užmokesčio; šis užmokestis gali

skirtis priklausomai nuo paslaugų lygio; pacientas ne visuomet gali susimokėti už sveikatai būtinas paslaugas ir tokiais atvejais gali būti gydomas tik esant paramai.

Pažvelkime, kas gi šiandien yra kitaip nei Hipokrato laikais? Pirma, nepaisant civilizacijos pažangos, žmonės serga. Bet jie gyvena ilgiau, taigi ir gydomi ilgiau. Mokslas yra atradęs daugiau gydymo būdų, todėl gydomasi nuo įvairesnių negalavimų ir įvairesnėmis priemonėmis. Antra, kai kurie gydymo metodai yra ypač brangūs, o gydymo kainų spektras – itin platus. Trečia, XX a. paramos davėjo vietą užėmė valstybė, išstūmusi gydytoją, kaip asmenį, bendruomenę ir bažnyčią.⁴⁷

Čia norėtusi dar kartą pabrėžti, kad valstybei perėmus rėmimo funkciją pagalba ligoniui visų pirma tampa nebe labdara (persikirstymu mokesčiais), o subsidija, ir antra, parama tampa anonimine, t.y. pacientas nesijaučia skolingas konkrečiam žmogui ar žmonių grupei, o tik pasinaudojęs savo „teise“.

Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje įtvirtinant asmenų teisę į medicinos pagalbą vartojami žodžiai „valstybė rūpinasi ir laiduoja“, o apie nemokamą medicinos pagalbą tiesiogiai užsimenama tik tiek, kad jos teikimo tvarka nustatoma atskiru įstatymu. Toks Konstitucijos nuostatų formulavimas gali kelti klausimų, ar šios Konstitucijos nuostatos reiškia konstitucinį valstybės įsipareigojimą teikti asmenims nemokamą medicinos pagalbą. Todėl būtina išsiaiškinti, koks yra valstybės įsipareigojimų pobūdis pagal Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalį.

Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas yra nurodęs, kad rūpinimasis žmonių sveikata ir medicinos pagalbos bei paslaugų žmogui susirgus laidavimas traktuotini kaip valstybės funkcija⁴⁸, o iš Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies nuostatos, jog valstybė rūpinasi žmonių sveikata, išplaukia, kad žmonių sveikatos apsauga yra konstituciškai svarbus tikslas,

⁴⁷ G. Steponavičienė. Arba nemokamas, arba gydymas.

http://www.lrinka.lt/index.php/temos/sveikatos_apsauga/pranesimai_prezentacijos/arba_nemokamas_arba_gydymas/2091 [2007-02-19]

⁴⁸ Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2002 m. sausio 14 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos 2001 metų valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymo, Lietuvos Respublikos savivaldybių biudžetų pajamų dydį ir išlyginimą lemiančių rodiklių tvirtinimo 2001, 2002 ir 2003 metams įstatymo ir Lietuvos Respublikos žemės ūkio ekonominių santykių valstybinio reguliavimo įstatymo 16 straipsnio atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. Valstybė žinios. 2002. Nr. 5-186.

viešasis interesas.⁴⁹ Atsižvelgiant į tai darytina išvada, kad Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalis įtvirtina vieną iš valstybės funkcijų – rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Natūralu, kad tokiu atveju asmens negalėjimas pasinaudoti medicinos pagalba dėl lėšų trūkumo, kai kyla grėsmė asmens gyvybei, negalėtų būti laikomas tinkamu šios valstybės funkcijos įgyvendinimu. Atsižvelgiant į tai, bei Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies pirmąjį ir antrąjį sakinius aiškinant kartu, galima teigti, jog valstybės pareiga rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą žmogui susirgus apima ir nemokamos medicinos pagalbos teikimą, tik tokios nemokamos medicinos paglabos teikimo tvarką ir apimtį turi nustatyti įstatymas.

Be to, reikėtų atkreipti dėmesį į tai, kad Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 2 straipsnio 12 dalis nustato, kad valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra – tai asmens sveikatos priežiūros paslaugos, apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo, valstybės ar savivaldybių biudžetų. Atsižvelgiant į įstatyme pateikiamą sąvoką „valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra“ galima teigti, kad įstatymų leidėjas Sveikatos sistemos įstatyme iš esmės susieja Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies pirmąjį ir antrąjį sakinius, pabrėždamas, kad valstybės pareiga rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus kartu reiškia ir valstybės pareigą teikti nemokamą medicinos pagalbą įstatymo nustatyta tvarka ir apimtimi. Tai taip pat patvirtina, kad nemokama medicinos pagalba sudaro valstybės įsipareigojimo rūpintis asmenų sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus dalį.⁵⁰

Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio nuostatų nereikėtų traktuoti kaip valstybinių gydymo įstaigų absoliučios pareigos teikti tik nemokamą ir visą apimančią medicinos pagalbą. Lietuvos Respublikos Konstitucija nenustato pačios nemokamos medicinos pagalbos apimties, tačiau reikalauja, kad būtų tokia pagalba ir įstatymas nustatytų jos teikimo tvarką. Lyg preziumuojama, kad pacientui pageidaujant medicinos pagalba būtų suteikta kitomis, negu įstatymai nustato sąlygomis ir jo teisė į nemokamą sveikatos priežiūrą

⁴⁹ Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2004 m. kovo 14 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos farmacinės veiklos įstatymo 11 straipsnio 2 dalies atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai (Valstybės žinios, 2002. Nr. 28-1003); Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2004 m. sausio 26 d. nutarimas dėl Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymo 1 straipsnio 4 dalies, 2 straipsnio 1 dalies, 3 straipsnio 1 dalies 2 punkto, 4 straipsnio 2 dalies, 13 straipsnio, 30 straipsnio 1 dalies bei 44 straipsnio 4 dalies ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. sausio 22 d. nutarimu Nr. 67 „Dėl alkoholio produktų gamybos licencijavimo taisyklių patvirtinimo“ patvirtintų alkoholio produktų gamybos licencijavimo taisyklių 7 bei 9 punktų atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. Valstybės žinios. 2004. Nr. 15-465.

⁵⁰ L. Markauskas. Konstitucinė teisė į nemokamą gydymą: interpretavimo problemos // Jurisprudencija, t. 64 (56). P. 134.

tam tikromis sąlygomis gali būti ribojama. Šio Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio interpretacija turėtų būti grindžiama kompromisu tarp asmens konstitucinės teisės į sveikatos priežiūrą ir valstybės galimybių (ekonominių sąlygų). Šį aspektą būtina įvertinti, kalbant apie asmens teisės į nemokamos sveikatos priežiūros užtikrinimą.⁵¹

Apibendrinant šį skyrių norėtusi pažymėti, kad Lietuvos Respublikos Konstitucijoje iš esmės yra deklaruojama teisė į nemokamą gydymą, nurodant, kad nemokamos medicinos pagalbos teikimo tvarką nustato įstatymas, tačiau Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio nuostatų negalima traktuoti kaip valstybinių gydymo įstaigų absoliučios pareigos teikti tik nemokamą ir visą apimančią medicinos pagalbą.

3.2. ASMENYS, TURINTYS TEISĘ Į NEMOKAMĄ GYDYMĄ

Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalis nustato, kad nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką nustato įstatymas. Nagrinėjant subjektus, kuriems ši teisė taikoma, reikėtų paminėti ir kai kuriuos sveikatos sistemą reglamentuojančius įstatymus. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 5 straipsnyje kaip vienas iš sveikatinimo veiklos reguliavimo principų nurodyta asmens teisių turėti kuo geresnę sveikata lygybę, nesvarbu, kokios jis būtų lyties, rasės, tautybės, pilietybės, socialinės padėties ir profesijos. Taigi, pripažįstama ne tik Lietuvos Respublikos piliečių, bet ir užsienio valstybių piliečių ar asmenų be pilietybės teisė turėti kuo geresnę sveikata, o tai sudaro prielaidas teigti, kad ir Sveikatos sistemos įstatymas pripažįsta užsienio valstybių piliečių ir asmenų be pilietybės teisę į gydymą. Be to, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnis numato, kad privalomuoju sveikatos draudimu gali būti draudžiami ne tik Lietuvos piliečiai, bet ir kitų valstybių piliečiai bei asmenys be pilietybės. Pastarieji asmenys, kaip ir Lietuvos Respublikos piliečiai, gali patekti į sveikatos draudimo sistemą, ir jiems gali būti garantuojamas nemokamas gydymas, kaip jis yra suprantamas pagal dabar galiojančius teisės aktus (galiojantys teisės aktai asmenų, apdraustų privalomuoju sveikatos draudimu, gydymą priskiria prie nemokamo gydymo).

Sveikatos sistemos įstatymo 49 straipsnis nustato, kad teisę gauti valstybės laiduojamą (nemokamą) asmens sveikatos priežiūrą turi Lietuvos Respublikos, kitų valstybių piliečiai ir asmenys be pilietybės, nuolat gyvenantys Lietuvoje, o užsienio šalių piliečiams, asmenims be

⁵¹ T. Birmontienė, E. Jarašiūnas, E. Kūris ir kt. Lietuvos konstitucinė teisė: vadovėlis. Vilnius: Lietuvos teisės universiteto leidybos centras, 2002. P. 337.

pilietybės, nepriskiriamiems nuolatiniais gyventojams, būtinoji medicinos pagalba (viena iš valstybės laiduojamos sveikatos priežiūros formų) teikiama Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka, jei kitaip nenustato Lietuvos Respublikos tarptautinės sutartys. Kaip matyti iš Sveikatos sistemos įstatymo nuostatų, visi nuolatiniai Lietuvos gyventojai turi teisę gauti valstybės laiduojamą (nemokamą) medicinos pagalbą, tačiau tokia teisė nenuolatinį Lietuvos gyventojų atžvilgiu įgyvendinama Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka, ir iš įstatymo nėra iki galo aišku, ar tokie asmenys galėtų gauti valstybės laiduojamą (nemokamą) medicinos pagalbą Lietuvoje. Ir nors remiantis atitinkamais Sveikatos apsaugos ministro įsakymais⁵² galima teigti, kad ir nenuolatiniais Lietuvos gyventojams yra garantuojama tam tikra nemokama medicinos pagalba (būtinoji medicinos pagalba), tačiau tai, jog šis klausimas nėra iki galo reglamentuotas įstatymo, galima laikyti įstatymo trūkumu, nes Konstitucija aiškiai nurodo, kad nemokamos medicinos pagalbos teikimo tvarka turi būti nustatyta įstatymo.

Apibendrinant anksčiau išdėstytas nuostatas bei pateiktą Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies interpretavimą kituose teisės aktuose bei traktuojant Konstituciją kaip vientisą aktą, galima teigti, kad Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje įtvirtinta teisė į nemokamą medicinos pagalbą valstybinėse gydymo įstaigose turėtų būti taikoma ne tik Lietuvos Respublikos piliečiams, bet ir kitiems Lietuvos Respublikos jurisdikcijoje esantiems asmenims – užsienio valstybių piliečiais ir asmenims be pilietybės. Tačiau nemokamos medicinos pagalbos, kuria gali pasinaudoti nenuolatiniai Lietuvos Respublikos gyventojai, apimtis turėtų būti nustatyta įstatymuose.

Nepaisant Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje vartojamų skirtingų sąvokų „žmogus“ ir „pilietis“, šiek tiek užbėgdama į priekį prieš nagrinėjimą valstybės laiduojamos (nemokamos) asmens sveikatos priežiūros (medicinos pagalbos) apimties, manau svarbu yra pabrėžti, kad būtinoji nemokama medicinos pagalba turėtų būti suteikiama visiems Lietuvoje esantiems asmenims – tiek Lietuvos Respublikos piliečiams, tiek užsienio valstybių piliečiams, tiek asmenims be pilietybės, kadangi ši valstybės pareiga išplaukia iš Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje įtvirtintos pareigos rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus.

⁵² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8 d. įsakymas Nr. V-208 „Dėl būtiniosios medicinos pagalbos ir būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“. Valstybės žinios. 2004 . Nr. 55-1915.

3.3. VALSTYBĖS LAIDUOJAMOS (NEMOKAMOS) ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS APIMTIS

Nagrinėjant konstitucinę teisę į nemokamą gydymą reikia išsiaiškinti, kokia nemokama medicinos pagalba turi būti teikiama remiantis Konstitucija ir galiojančiais kitais teisės aktais, t.y. kokia yra valstybės laiduojamos (nemokamos) asmens sveikatos priežiūros (medicinos pagalbos) apimtis.

Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalis, įtvirtindama valstybės pareigą rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus (o tai iš esmės apima ir nemokamos medicinos pagalbos teikimą), tokios pagalbos apimties ir teikimo tvarkos nenustato. Šiuos klausimus paliekama reguliuoti atitinkamu įstatymu. Todėl siekiant nustatyti nemokamos medicinos pagalbos teikimo apimtį būtina atsižvelgti į atitinkamų įstatymų ir kitų teisės aktų nuostatas bei nustatyti, ar tokia įtvirtinta nemokamos medicinos pagalbos apimtis užtikrina Konstitucijoje numatytos atitinkamos valstybės pareigos įgyvendinimą.

Nemokamos sveikatos priežiūros apimtis nustatyta Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme, kuris pateikia gana platų valstybės laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros sričių sąrašą. Pagal šį įstatymą valstybės laiduojamai nemokamai sveikatos priežiūrai priskiriama būtinoji medicinos pagalba, Lietuvos Respublikos karių asmens sveikatos priežiūra, papildomai per programas remiama policijos ir kitų vidaus reikalų pareigūnų asmens sveikatos priežiūra, asmenų, sulaikytų policijos, esančių kardomojo kalnimo vietose, nutįstųjų bei pabėgėlių ir nelegalių migrantų asmens sveikatos priežiūra, apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu, nurodytų Sveikatos draudimo įstatyme, asmens veiktos priežiūra, asmenų, sergančių ligomis, kurių sąrašą tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija, galūnių, sąnarių, kitų organų protezavimas, asmenų sergančių tuberkulioze, lytiniu keliu plintančiomis lygomis, ŽIV (AIDS), užkrečiamosiomis, endokrininėmis, psichikos, onkologinėmis ligomis, priklausomybės nuo alkoholio sindromu, narkomanijos, toksikomanijos ir kitomis Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyto sąrašo ligomis bei nėščiujų asmens sveikatos priežiūra, Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyto sąrašo vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, kompensuojamų ir privalomojo sveikatos draudimo biudžeto, kompensavimas apdraustiesiems, visuomenės sveikatos priežiūra pagal

Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintą būtinųjų visuomenės sveikatos priežiūros priemonių ir paslaugų nomenklatūrą, kraujo donorystę.⁵³

Kaip matyti, Sveikatos sistemos įstatyme pateikiamas gana platus valstybės laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros sričių sąrašas, dauguma nemokamos sveikatos priežiūros sričių yra susiję su tam tikromis asmenų grupėmis, kurių sveikatos priežiūra dėl jų specifinės padėties, sergamų ligų ar einamų pareigų.

Labiau viską apimančios nemokamos sveikatos priežiūros sritys yra būtinoji medicinos pagalba, kuri galėtų būti laikoma viena iš pagrindinių nemokamos sveikatos priežiūros sričių, ir apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu asmenų sveikatos priežiūra. Sveikatos sistemos įstatymas nemokamai sveikatos priežiūrai priskiria ne tik būtinąją medicinos pagalbą ir valstybės lėšomis apmokamą kai kurių asmenų sveikatos priežiūrą, bet ir kitų asmenų už kuriuos mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos, sveikatos priežiūrą. Tačiau pastarųjų asmenų sveikatos priežiūra yra draudiminio pobūdžio, o ne nemokamo pobūdžio – tokie asmenys moka, nors ir ne visada reguliariai, sveikatos draudimo įmokas arba tokios draudimo įmokos yra mokamos už juos. Todėl kyla klausimas, ar Sveikatos sistemos įstatymas ne per daug išplečia nemokamos sveikatos priežiūros sampratą - draudiminio pobūdžio medicinos pagalba neturėtų būti vadinama nemokama, kadangi ji nėra nemokamo pobūdžio – norint ją gauti, už asmenį turi būti mokamos draudimo įmokos.⁵⁴

Verta diskutuoti, ar tikslinga sveikatos priežiūrą, kurios išlaidos apmokamos iš valstybės ar savivaldybių biudžetų lėšų bei Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų, valstybinio ar savivaldybių sveikatos fondo biudžeto lėšų, vadinti „nemokama“, nes tokia sąvoka tiesiogiai neatitinka tikrosios jos prasmės, o kartais net gali klaidinti, nes taip pat vadinama nemokama paslauga, yra apmokama, tačiau skirtumas yra tas, kad už ją apmoka ne pats žmogus (pacientas) tiesiogiai, o trečias asmuo iš surinktų mokesčių, kurių mokėtoju dažniausiai yra ir pats pacientas.

Susidariusią situaciją galima būtų paaiškinti nebent taip, kad vartojant nemokamos sveikatos priežiūros sąvoką įstatymuose siekiama aiškiai realizuoti Lietuvos Respublikos Konstitucijoje įtvirtintą teisę į nemokamą medicinos pagalbą, kurios teikimo tvarką pagal Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnį nustato įstatymas.

⁵³ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. Valstybės žinios. 1994. Nr. 63-1231; 1998. Nr.112-3099.

⁵⁴ L. Markauskas. Konstitucinė teisė į nemokamą gydymą: interpretavimo problemos // Jurisprudencija, t. 64 (56). P. 136.

Kita vertus, toks reguliavimas, kada Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos, Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymai nemokamai sveikatos priežiūrai priskiria paslaugas, apmokamas iš valstybės ar savivaldybių biudžetų lėšų bei Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų, valstybinio ar savivaldybių sveikatos fondo biudžeto lėšų, asmenų teisių neapriboja, atvirkščiai, įvardijant apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu sveikatos priežiūrą kaip valstybės laiduojamą (nemokamą) medicinos pagalbą valstybės įsipareigojimais praplečiami taip, kad valstybė privalo sveikatos draudimo sistemą organizuoti taip, jog sveikatos draudimas būtų prieinamas kaip įmanoma gausesniam asmenų būriui.⁵⁵

Grįžtant prie valstybės laiduojamos (nemokamos) asmens sveikatos priežiūros apimčių, pažymėtina, kad svarbiausia valstybės laiduojamos (nemokamo) sveikatos priežiūros sritis yra būtinoji medicinos pagalba. Garantuodama būtinąją medicinos pagalbą visiems asmenims, valstybė bent minimaliai užtikrintų Konstitucijoje numatytos pareigos rūpintis žmonių sveikata bei laiduoti medicinos pagalbą ir paslaugas žmogui susirgus, vykdamą. Remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymu valstybės laiduojama (nemokama), taip pat ir būtinoji, asmens sveikatos priežiūra teikiama nemokamai, už šios priežiūros paslaugas iš paciento negali būti reikalaujama papildomo užmokesčio. Tai, kas priskiriama būtinajai medicinos pagalbai, yra detalizuojama atitinkamuose Sveikatos apsaugos ministro įsakymuose. Remiantis jais, būtinajai medicinos pagalbai priskiriama pirmoji medicinos pagalba ir asmens sveikatos priežiūros įstaigose (teikiančiose ambulatorine ir (ar) stacionarines paslaugas) teikiama skubi medicinos pagalba.⁵⁶ Pirmoji medicinos pagalba – tai svarbiausi tikslingi veiksmai, skirti padėti kitų ar savo sveikatai bei gyvybei, panaudojant turimas medicinos ir (ar) kitokias priemones bei medžiagas, kol nukentėjusiajam (pacientui) bus pradėta teikti skubioji institucinė medicinos pagalba arba paciento būklė taps normali, arba bus konstatuota jo mirtis. Skubioji medicinos pagalba – tai tokia medicinos pagalba, kuri teikiama nedelsiant arba neatidėliotinai, kai dėl ūmių klinikinių būklių gresia pavojus paciento ir (ar) aplinkinių gyvybei arba tokio pagalbos nesuteikimas laiku sukelia sunkių komplikacijų grėsmę pacientams. Būtinoji (pirmoji ir skubioji) medicinos pagalba asmens sveikatos priežiūros įstaigose teikiama visiems pacientams.

⁵⁵ L. Markauskas. Konstitucinė teisė į nemokamą gydymą: interpretavimo problemos // Jurisprudencija, t. 64 (56). P. 136.

⁵⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8 d. įsakymas Nr. V-208 „Dėl būtiniosios medicinos pagalbos ir būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“. Valstybės žinios. 2004. Nr. 55-1915.

Iš pateiktų teisės aktų nuostatų galima daryti išvadą, kad prioritetinga nemokamos medicinos pagalbos sritis yra būtinoji medicinos pagalba ir ji turi būti teikiama visiems asmenims nemokamai. Taip bet minimaliai bus įgyvendinama asmenų teisė į nemokamą gydymą bei valstybės pareiga rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus.

Pažymėtina, kad garantuojamo nemokamo gydymo apimtis priklauso taip pat ir nuo to, kokį finansavimą šiai funkcijai įgyvendinti valstybė yra pajėgi skirti ir kokį finansavimą skiria. Kalbant apie valstybės skiriamą finansavimą savo funkcijai gyvendinti reikia atkreipti dėmesį, kad šioje vietoje valstybė užsiima perskirstomąja veikla – ji perkelia lėšas iš vienu privačių rankų į kitas privačias rankas, tokiu būdu ji veikia kaip ne pelno įmonė teikdama nemokamas paslaugas nusavintomis lėšomis.⁵⁷ Kadangi biudžeto lėšos skirstomos ir naudojamos vadovaujantis ne pelno sumetimais, ekonominis efektyvumo kriterijus negali būti pritaikytas.⁵⁸ Kalbant apie nemokamo gydymo apimtį, reikia pabrėžti, kad valstybė šią paslaugą teikia nusavintomis lėšomis. Kolektyvizuotų, nusavintų išteklių atžvilgiu visada iškyla jų efektyvaus panaudojimo problema. Kaip racionaliai paskirstyti tuos išteklius? Kokiems tikslams teikti pirmenybę? Be to nėra racionalaus būdo fondams paskirstyti. Valdžia neturi racionalaus būdo spręsti klausimą, kiek apskritai pinigų išleisti ar kiek jų išleisti kiekviena specifine kryptimi. Kuo daugiau pinigų ji išleidžia, tuo daugiau paslaugų ji gali suteikti – tačiau kur sustoti?⁵⁹

Nesant ekonominio efektyvumo kriterijų racionali veikla negalima, todėl nemokamai visiems gyventojams turėtų būti teikiamos tik būtinosios medicinos pagalbos paslaugos, kurios turi būti aiškiai apibrėžtos.

Sveikatos sistemos įstatymas praktiškai tik išvardija valstybės laiduojamos (nemokamos) medicinos pagalbos sritis, o detalesnis reglamentavimas pateikiamas Sveikatos apsaugos ministro įsakymuose, nors Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnis aiškiai nurodo, kad nemokamo medicinos pagalbos teikimo tvarka turi būti reglamentuota įstatymo.

Apibendrinant šį skyrių reiktų pažymėti, kad Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje nustatyta valstybės pareiga rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus reiškia taip pat valstybės pareigą užtikrinti teisę į nemokamą gydymą tam tikrai atvejais ir nors nemokamo gydymo apimtį ir nemokamo gydymo teikimo

⁵⁷ A. Degutis. Individualizmas ir visuomeninė tvarka. Vilnius: Eugrimas 1998. P. 267.

⁵⁸ A. Degutis. Individualizmas ir visuomeninė tvarka. Vilnius: Eugrimas 1998. P. 271

⁵⁹ A. Degutis. Individualizmas ir visuomeninė tvarka. Vilnius: Eugrimas 1998. P. 271

tvarką paliekama nustatyti įstatymui, tačiau tai reglamentuoja Sveikatos apsaugos ministro įsakymai. Nepaisant to, minimaliai asmenų teisės į nemokamą gydymą yra įgyvendinamos, užtikrinant, kad bet jau būtinoji medicinos pagalba teikiama visiems nemokamai.

4. TEISĖS Į SVEIKATOS PRIEŽIŪRĄ ĮGYVENDINIMO GALIMYBĖS

Valstybės finansinės galimybės nėra ir negali būti beribės, ir todėl tarp žmogaus teisėtų interesų ir visuomenės bei valstybės reikmių turi būti tam tikra pusiausvyra.⁶⁰

Nors atskirose šalyse egzistuoja labai skirtingos sveikatos apsaugos sistemos, šiandien jos visos sprendžia iš esmės tuos pačius uždavinius: kaip pagerinti sveikatos paslaugų kokybę ir jų prieinamumą. Lietuvoje yra sprendžiami analogiški uždaviniai.

Sveikatos priežiūros prieinamumo sąvoką Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 2 straipsnio 1 dalis apibrėžia kaip valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas, užtikrinančias asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominių, komunikacinių ir organizacinių priimtinumą asmeniui.⁶¹ Taigi, valstybė turi užtikrinti visumą priemonių, kurios leistų asmeniui laiku ir tinkamai pasinaudoti teise į sveikatos priežiūrą.

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra tam tikros teritorijos gyventojų realizuotos galimybės gauti vienas ar kitas jiems reikalingas gydymo ar slaugymo paslaugas.

Organizacinis prieinamumas įvertinamas atsakant į klausimus, ar užtikrinama sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra teritorijoje, ar visų baziniame paslaugų krepšelyje nustatytų rūšių paslaugos prieinamos, ar pakankama specialistų, resursų, ar naudojamos tinkamos technologijos (vadybos ir medicinos technikos), ar tinkamas įstaigos darbo laikas, ar yra ir kokios pacientų eilės.

Vertinant komunikacinį prieinamumą būtina gilintis į atstumą iki sveikatos priežiūros įstaigos, ar yra tinkamas ir prieinamas viešasis transportas, ar gyventojams yra prieinamos susisiekimo ir kitos (priemonės, telefonas, internetas ir kt.).

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų komunikacinis ir organizacinis priimtumas asmeniui ir visuomenei yra vienas iš teisės į prieinamą sveikatos priežiūrą užtikrinimo elementų. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnis nustato, kad Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų minimalius išdėstymo, jų struktūros reikalavimus bei paslaugų poreikį nustato Sveikatos apsaugos ministerija kartu su Valstybine ligonių kasa. Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų steigėjai ir įstaigos privalo užtikrinti, kad būtų įgyvendinti minimalūs Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų

⁶⁰ Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2002 m. sausio 14 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos 2001 metų valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymo, Lietuvos Respublikos savivaldybių biudžetų pajamų dydį ir išlyginimą lemiančių rodiklių tvirtinimo 2001, 2002 ir 2003 metams įstatymo ir Lietuvos Respublikos žemės ūkio ekonominių santykių valstybinio reguliavimo įstatymo 16 straipsnio atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. Valstybė žinios. 2002. Nr. 5-186.

⁶¹ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. Valstybės žinios 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr. 112-3099.

išdėstymo ir jų struktūros reikalavimai.⁶² Nors šis reikalavimas įstatyme yra atsiradęs jau 1996 metais, tačiau iki šiol toks teisės aktas nėra parengtas.

Ekonominis prieinamumas siekia atsakyti į klausimus, kiek gyventojams tenka mokėti ir primokėti už sveikatos priežiūros paslaugas, ar galioja ir kaip vykdomas solidarumo principas.

Prieinamumo faktorius sveikatos priežiūroje turi didelį vaidmenį ir sąlygoja atsirasti nacionalinio vartotojiško elgesio problemai. Asmenys, turintys teisę į nemokamą medicinos pagalbą valstybinėje sveikatos priežiūros sistemoje gali piktnaudžiauti tuo be reikalo kreipdamiesi į gydytojus. Toks paslaugų vartojimas gali privesti prie to, kad pacientai gali vartoti labai daug santykinai brangių ir ne visada jiems reikalingų paslaugų. Taip sveikatos apsaugos sistemoje auga dalis brangiai kainuojančių paslaugų, didėja gydymo išlaidos, mažėja suinteresuotumas teikti ligų profilaktines paslaugas ir naudojimas pigesnių pakankamai efektyvių medicininių technologijų.

Atsiradus moderniems ir brangiems gydymo būdams, žmonės natūraliai ima norėti gydytis būtent jais, o kadangi žmonės gauna paramą ne iš asmens ar konkrečių asmenų grupės ir be apibrėžtų išpareigojimų, paklausa paramai auga nekontroliuojamai. Dėl to, jog paklausa paramai auga nekontroliuojamai, kyla sveikatos apsaugos biudžeto problema, t.y. lėšų paskirstymo problema.

Čia svarbu suvokti, kad nėra jokio objektyvaus mokslinio būdo, kaip šias lėšas teisingai paskirstyti (kadangi neįmanoma išmatuoti ir vieningoje skalėje įvertinti skirtingų žmonių skirtingų ligų kainos). Todėl visais atvejais lėšos skirstomos remiantis ideologiniais arba politiniais kriterijais. Antai Sovietų sąjungoje buvo manoma, jog lygybė yra didesnė vertybė už kokybę, todėl oficialiai gydymo paslaugos buvo prieinamos visiems, bet jos buvo žemo lygio (žinoma, neoficialiai buvo galima gauti išskirtinių, kur kas kokybiškesnių paslaugų). Lygybės nulemtas atsilikimo pasekmės visuomenė jaučia iki šiol – ir gydymo, ir gydymosi tradicijose, ir, svarbiausia, vyraujančioje nuostatoje, kad už gydymo paslaugas nereikia mokėti.

Pavyzdžiui, Švedijoje manoma, kad visuomenė turi paremti labai sergančiuosius, todėl žmonės moka visą gydymo ir vaistų kainą, kuri yra tikrai nemaža: iki 90 eurų moka patys, nuo 90 iki 180 eurų už vaistus moka dalį ir tik virš šios sumos gauna 100 proc. subsidiją. Vokietijoje ir daugelyje kitų Europos šalių manoma, kad kiekvienas susirgęs turi gauti

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

subsidiją (kuri yra organizuota per privalomąjį valstybinį draudimą) ir kad visuomenė gali ir turi už tai brangiai mokėti, nors rinkliavos už gulėjimą stacionare ir ten egzistuoja (pastaruoju metu tampa visiškai aišku, kad mokėti gyventojai nebegali). JAV sistema remiasi nuostata, kad valstybei per brangu pakankamai finansuoti piliečių gydymo išlaidas, todėl per valstybinį draudimą dengiamos tik minimalios išlaidos, o kiekvienas žmogus dalyvauja sistemoje su savo indėliu iš kišenės arba per privatų draudimą; atskiroms socialinėms grupėms taikomos paramos programos, kurios yra tapusios didžiuliu JAV sveikatos politikų galvos skausmu.⁶³

Lietuvoje šiandien veikia europietiškas modelis, kuris remiasi privalomuoju valstybiniu sveikatos draudimu. Kadangi draudimas yra valstybinis, privalomas ir monopolinis, sveikatos draudimo įmokos faktiškai atitinka mokesčio požymius. Taigi bendraja prasme apie jas galima kalbėti kaip apie biudžeto subsidijas. Šis finansavimo dvilypumas – lyg ir draudimas, lyg ir subsidija – įneša nemažai painiavos ir neskaidrumo, dėl ko yra sunkiau valdyti finansus ir priimti strateginius sprendimus.

Kadangi absoliuti dauguma valstybės laiduojamų (nemokamų) sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų Lietuvoje yra apmokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, manau tikslinga yra toliau nagrinėti lėšų į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą surinkimo bei surinktų lėšų skirstymą.

4.1. PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETAS – PAGRINDINIS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMO ŠALTINIS

Privalomasis sveikatos draudimas – valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, kuri Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo nustatytais pagrindais bei kitų teisės aktų nustatytais sąlygomis garantuojanti privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiesiems asmenims, įvykus draudimui įvykiui, sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas, vaistus ir medicinos pagalbą priemones kompensavimą.

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymą, jo dydį ir lėšų naudojimo tvarką reguliuoja Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių (kiekvienų atitinkamų kalendorinių metų)

⁶³ G. Steponavičienė. Arba nemokamas, arba gydymas.
http://www.lrinka.lt/index.php/temos/sveikatos_apsauga/pranesimai_prezentacijos/arba_nemokamas_arba_gydymas/2091 [2007-02-19]

įstatymas bei Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas, patvirtinantis Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir naudojimo taisykles ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymai.

Privalomojo sveikatos draudimo finansų pagrindą sudaro savarankiškas valstybinio Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas, neįtrauktas į valstybės ir savivaldybių biudžetus. Per pastaruosius ketverius metus Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apimtys labai išaugo. 2004 metais Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas siekė 2 043 790 tūkst. litų⁶⁴, o 2007 metais išaugo iki 3 640 382 tūkst. litų.⁶⁵

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pagrindinių pajamų rūšys yra:

- 1) apdraustųjų privalomojo sveikatos draudimo įmokos bei už juos mokamos įmokos;
- 2) valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis;
- 3) institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos;
- 4) papildomi valstybės biudžeto asignavimai;
- 5) savanoriškos juridinių ir fizinių asmenų įmokos;
- 6) valstybės biudžeto asignavimai ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidoms apmokėti;
- 7) iš sveikatos priežiūros įstaigų ar vaistinių išieškotos ar jų gražintos lėšos už neteisėtai suteiktas ar neteisėtai pateiktas apmokėti asmens sveikatos priežiūros paslaugas, neteisėtai išrašytus, išduotus ar pateiktus apmokėti vaistus ir medicinos pagalbos priemones;
- 8) įstatymų nustatyta tvarka iš fizinių ir juridinių asmenų išieškotos lėšos už žalą, padarytą apdraustojam sveikatai, kai apdraustojam sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos buvo apmokėtos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų.⁶⁶

Valstybės biudžeto įmokos dydis vienam apdraustajam draudžiamam valstybės lėšomis yra nustatytas 2006 m. lapkričio 16 d. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 15 straipsnio papildymo ir 16 straipsnio pakeitimo įstatymu. Įmokos dydis vienam apdraustajam, draudžiamam valstybės lėšomis nustatytas procentais nuo Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės paskelbto už praeitų metų keturių ketvirčių šalies ūkio darbuotojų vidutinio mėnesio bruto darbo užmokesčio vidurkio: 2007 metais – 26 procentai, 2008 metais – 27 procentai, o 2009 metais – 29 procentai.

⁶⁴ Lietuvos Respublikos 2007 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas. Valstybės žinios. 2006. Nr.141-5397.

⁶⁵ Lietuvos Respublikos 2004 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas. Valstybės žinios. 2004. Nr.4-46.

⁶⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas. Valstybės žinios. 1996. Nr. 55-1287; 2002. Nr.123-5512.

2007 metais valstybės biudžeto įmokos į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą nustatytos po 353,2 lito už kiekvieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį.⁶⁷ Nors valstybės biudžeto įmokų dydis vienam apdraustajam, draudžiamam valstybės lėšomis kasmet didėja, tačiau palyginus su vieno dirbančiojo įmokomis, jis yra labai mažas. Jeigu valstybės biudžeto įmoka į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą vienam apdraustajam valstybės lėšomis 2005 metais buvo 264 Lt⁶⁸, tai vieno dirbančiojo įmoka į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą 2005 metais sudarė 1452 Lt.⁶⁹

Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamos šios asmens sveikatos priežiūros paslaugos: prevencinė medicinos pagalba, medicinos pagalba, medicininė reabilitacija, slauga, socialinės paslaugos bei patarnavimai, priskirti asmens sveikatos priežiūrai, ir asmens sveikatos ekspertizė.

Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo apmokama ši prevencinė medicinos pagalba: informacinės paslaugos ligų profilaktikos klausimais, Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyti draudžiamųjų sveikatos profilaktiniai patikrinimai.

Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokama: pirminės, antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, galūnių, sąnarių ir organų protezavimo bei protezų įsigijimo išlaidų kompensacijos, sveikatos draudimo įstatymo nustatytos draudžiamųjų išlaidų vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensacijos, valstybės parama ortopedijos technikos priemonėms įsigyti Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka.

Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos išvardijamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašė. Šį sąrašą tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija, įvertinusi Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones.⁷⁰

⁶⁷ 2007 metų valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymas. Valstybės žinios. 2006. Nr. 138-5267.

⁶⁸ 2005 metų valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymas. Valstybės žinios. 2004. Nr. 171-6303.

⁶⁹ <http://www.efa.lt/naujas/Studija%20lietuviu%20kalba.ppt> studija „Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams“, parengta UAB „Sveikatos ekonomikos centras“ bendradarbiaujant su Etinių farmacijos kompanijų asociacija. 2006 m. [2007-02-05].

⁷⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas (Valstybės žinios. 1996. Nr. 55-1287; 2002. Nr.123-5512);

Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokama medicininė rehabilitacija, slauga, socialinės paslaugos bei patarnavimai, priskirti asmens sveikatos priežiūrai, kurie apima: slaugos ir socialines paslaugas bei patarnavimus, palaikomojo gydymo paslaugas slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse

Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka ir terminais, bet ne ilgiau kaip 120 dienų per kalendorinius metus, medicininę rehabilitaciją ir sanatorinį gydymą. Visa bazinė medicininės rehabilitacijos, įskaitant sveikatą grąžinantį gydymą, kaina kompensuojama vaikams iki 18 metų, taip pat asmenims, pripažintiems nedarbingais, ar asmenims, sukakusiems senatvės pensijos amžių, kuriems teisės aktų nustatyta tvarka yra nustatytas didelių specialiųjų poreikių lygis ir asmenims, siunčiamiems baigti gydymą po sunkios ligos ar traumos, kurios įrašytos į sveikatos apsaugos ministro patvirtintą sąrašą. Bazinę medicininės rehabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinių) gydymo kainą nustato Sveikatos apsaugos ministerija, įvertinusi Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones.

Išlaidų medicininei rehabilitacijai ir sanatoriniam (antirecidyviniam) gydymui kompensacijų skyrimo ir mokėjimo tvarką nustato Sveikatos apsaugos ministerija.

Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamos tokios asmens sveikatos ekspertizės paslaugos, kaip draudžiamąjį laikinąjį nedarbingumą ekspertizė, patologinis anatomsinis tyrimas asmeniui mirus.

Apdraustiesiems yra kompensuojamos išlaidos kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms, išrašytiems ambulatoriniam gydymui Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka. Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti, Kompensuojamųjų vaistų bei Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašus ir įsigijimo išlaidų kompensavimo tvarką tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija, įvertinusi Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones. Išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuojamos pagal bazines kainas, apskaičiuotas Vyriausybės nustatyta tvarka.

Galūnių, sąnarių ir organų protezavimo, protezų įsigijimo ir centralizuotai apmokamų vaistų bei medicinos pagalbos priemonių išlaidų kompensavimo tvarką ir sąrašą nustato Sveikatos apsaugos ministerija, įvertinusi Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones.

Atkreiptinas dėmesys, kad iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto finansuojamos taip pat ir šios sveikatos programos:

- 1) Nacionalinė kraujo programa;
- 2) Paslaugų restruktūrizavimo programa;
- 3) Priklausomybės ligų programa;
- 4) Nacionalinė imunoprofilaktikos programa;
- 5) Prevencinės programos;
- 6) Žmogaus organų ir audinių transplantacijos paprastųjų išlaidų programa;
- 7) Skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos organizavimo ir finansavimo programa;
- 8) Savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialios programos.

Pažymėtina, kad kiekvienos sveikatos programos finansavimo tvarka yra patvirtinta Sveikatos apsaugos ministro įsakymu.

Išnagrinėjus Sveikatos apsaugos ministro įsakymų, reglamentuojančių sveikatos programų finansavimo tvarkas, nuostatas galima prieiti išvadą, kad Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšas, skirtas šioms programoms finansuoti tiksliau būtų nukreipti asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinėms kainoms didinti.

Pavyzdžiui, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. kovo 8 d. įsakymu „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, skirtų asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų restruktūrizavimo programoms finansuoti, skyrimo, naudojimo, apskaitos ir atskaitomybės tvarkos aprašo patvirtinimo“ Nr. V-163 nustatyta, kad šiai programai skirtos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšos gali būti skiriamos asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo programai vykdyti. Šio įsakymo 14 punkte nurodyta, kad iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamos šios programos išlaidos:

- susijusios su restruktūrizuojamos asmens sveikatos priežiūros įstaigos personalo darbo santykiais (išeitinės kompensacijos mokamos ne daugiau kaip už 6 mėn.);
- statybos ir remonto darbams bei medicinos įrangai.

Atkreiptinas dėmesys į tai, kad išlaidos statybos ir remonto darbams bei medicinos įrangos įsigijimui yra laikomos viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų investicijomis. Investuojant lėšas į pastatų statybą, vykdant kapitalinį remontą įsigyjant medicininę įrangą didėja turto vertė. Manau, kad investicijoms, susijusioms su įstaigų restruktūrizacija tikslingiau būtų naudoti ES struktūrinių fondų bei steigėjų lėšas. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšos turėtų būti naudojamos išimtinai apdraustiesiems suteiktoms sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo

įstatymas nenumato galimybės Privalomojo sveikatos draudimo lėšas panaudoti investicijoms.

Apibendrinant galima pasakyti, kad Privalomojo sveikatos draudimo pagrindines ydas yra nulėmusi jo prigimtis: tai, kad jis yra valstybinis, ir tai, kad jis privalomas. Dėl pirmosios aplinkybės sveikatos paslaugų finansavime nėra konkurencijos, taigi ir prielaidų efektyvumui; dėl antrosios - nėra nei paslaugų gavėjo, nei teikėjo motyvacijos lėšas naudoti taupiai. Kadangi lėšų trūkumas Privalomame sveikatos draudimo fondo biudžete greitai pajuntamas, paslaugų teikėjas priverčiamas riboti jas administracinėmis priemonėmis, pavyzdžiui standartizuotais įkainiais.

4.2. PASLAUGŲ, APMOKAMŲ IŠ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠŲ, TEIKIMAS IR APMOKĖJIMAS.

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamos medicinos pagalbos paslaugos, teikiamos asmens sveikatos priežiūros įstaigose, sudariusiose sutartį su teritorine ligonių kasa. Privačiose sveikatos priežiūros įstaigose, nesudariusiose sutarčių su teritorinėmis ligonių kasomis, suteiktų medicinos pagalbos paslaugų išlaidos apdraustiesiems nekompensuojamos.

Teritorinės ligonių kasos sudaro sutartis su valstybės, savivaldybių ir kitomis licenciją sveikatos priežiūros ir farmacinei veiklai turinčiomis arba akredituotomis šiai veiklai bei pageidaujančiomis tokias sutartis sudaryti asmens sveikatos priežiūros įstaigomis ir vaistinėmis. Su šia sutartimi turi teisę susipažinti visi apdraustieji. Sutartys tarp teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų, tarp teritorinių ligonių kasų ir vaistinių, vadovaujantis Civiliniu kodeksu, šiuo ir kitais įstatymais, sudaromos Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka, atsižvelgiant į Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones.⁷¹ Nors Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 2 dalis nustato, kad sutartys tarp teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sudaromos Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka, tačiau iki šiol tokios sutarčių sudarymo tvarkos Sveikatos apsaugos ministerija nėra nustačiusi.

⁷¹ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas. Valstybės žinios. 1996. Nr. 55-1287; 2002. Nr.123-5512.

Šiuo metu galiojanti sutarčių sudarymo tvarka yra patvirtinta kolegialios patariamiosios institucijos – Privalomojo sveikatos draudimo tarybos 2000 m. birželio 23 d. nutarimu „Dėl sutarčių sudarymo tvarkos“.⁷² Ši tvarka nustato asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir teritorinių ligonių kasų sutarčių sudarymo terminus bei tvarką. Sutarčių dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir šių paslaugų apmokėjimo su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis tipinis tekstas yra tvirtinamas teritorinės ligonių kasos direktoriaus įsakymu.

Teritorinės ligonių kasos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigos sutarties neatskiriama dalimi yra pakankamai daug priedų, kuriuose įtvirtinami asmens sveikatos priežiūros įstaigų įsipareigojimai.

Teritorinės ligonių kasos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigos sutartimi dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir šių paslaugų apmokėjimo susitariama dėl asmens sveikatos priežiūros teikiamos paslaugų nomenklatūros, jų teikimo, apmokėjimo tvarkos ir sutartinės PSDF biudžeto sumos šios paslaugos apmokėti. Atkreiptinas dėmesys, kad kol kas teismų praktikoje nebuvo sprendžiami ginčai tarp teritorinės ligonių kasos ir sveikatos priežiūros įstaigos dėl sutarties šalių įsipareigojimų nevykdymo.

Pažymėtina, kad sutartyse, kurias pasirašo teritorinės ligonių kasos su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, nenumatoma sveikatos priežiūros paslaugų skaičiaus, sutartinės sumos nustatymas atsižvelgiant į įstaigos ankstesniais metais buvusias sutartines sumas, jų apskaičiavimo metodikos koreguojamos kiekvienais metais. Teritorinių ligonių kasų pasiūlymai asmens sveikatos priežiūros įstaigoms yra vienašališki ir derybomis neaptariami. Sutarties sąlygose neaptariamos konkrečios paslaugų teikimo aplinkybės, nesitariama dėl jų turinio – nėra paslaugų teikimo aprašymų.

Tokiu būdu galima teigti, kad Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšos skirstomos gydymo įstaigoms, neesant jokios pagrįstos metodikos, skirstymas vykdomas pagal praėjusių metų tradicija padidinant arba sumažinant. Nėra procedūros, susijusios su paslaugų kokybės vertinimu, ar kokių kitų prioritetų taikymu. Lėšos skiriamos, t.y. sutartys pasirašomos su visomis viešosiomis sveikatos priežiūros įstaigomis. Pažymėtina, kad sutartyse dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jų apmokėjimo neaptariant teikiamų paslaugų kokybės, nuo kurios turėtų priklausyti gydymo įstaigai skiriamų lėšų dydis, pacientas susiduria su abejotina sveikatos priežiūros paslaugų kokybe, žemu

⁷² Privalomojo sveikatos draudimo tarybos 2000 m. birželio 23 d. nutarimas „Dėl sutarčių sudarymo tvarkos“. Valstybės žinios. 2000. Nr. 54-1601.

aptarnavimo lygiu, mato, kad sveikatos priežiūros paslaugos nėra saugios ir kelia pavojų, be to, yra priverstas jaustis „malonės prašytoju“, o ne klientu. Gydytojai tuo tarpu nėra skatinamos teikti geresnių ir kokybiškesnių paslaugų, nes tai neįtakojama joms skiriamų lėšų.

Iki 2007 metų teritorinės ligonių kasos sutartys dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jų apmokėjimo su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis pasirašydavo beveik išimtinai tik su valstybinės sveikatos priežiūros įstaigomis, išskyrus pirmines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias įstaigas. Sutartis dėl antrinio lygio specializuotų ambulatorinių paslaugų su privačiomis gydytojų įstaigomis buvo pasirašomos nedidele apimtimi, dažniausiai dėl paslaugų, kurių neteikė arba teikė per mažai viešosios sveikatos priežiūros įstaigos. Tuo tarpu nuo 2007 metų sutartys dėl pirminės asmens sveikatos priežiūros, antrinio lygio specializuotų ambulatorinių paslaugų, brangių tyrimų ir procedūrų, taip pat dienos chirurgijos paslaugų sudaromos su visomis pareiškusiomis norą ir atitinkančiomis reikalavimus asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, nepriklausomai nuo jų nuosavybės formos.

Privačios sveikatos priežiūros įstaigos, sudariusios sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis tampa LNSS vykdomuoju subjektu, o tai reiškia, kad jos privalo laikytis visiems LNSS subjektams teisės aktais nustatytų ir privalomų normų. Pavyzdžiui, teikti apdraustiesiems PSDF biudžeto lėšomis apmokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas nemokamai, t.y. nustatytomis bazinėmis kainomis, nereikalaujant papildomo mokesčio, paslaugas teikti ta apimtimi, kuri teisės aktais yra priskirta atitinkamų specialistų kompetencijai.

Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos išvardijamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašė, kurį tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija. Taip pat Sveikatos apsaugos ministerijai įstatymu priskirta funkcija nustatyti asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, bazines kainas bei tvirtinti šių kainų nustatymo metodiką. Vykdamas įstatymu nustatytas funkcijas Sveikatos apsaugos ministro 1997 m. birželio 30 d. įsakymu Nr. 363 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų nustatymo metodikos“ yra patvirtinta asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, bazinių kainų nustatymo metodika. Pažymėtina, kad bazinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainos yra nustatytos balais.

Minėtame Sveikatos apsaugos ministro įsakyme yra nurodyta, kad bazinė kaina – tai asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, kaina, ir kad bazinės kainos atitinka sveikatos priežiūros įstaigų išlaidų už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas normatyvus. Šiame įsakyme taip pat yra nustatyta, kad bazinių kainų sistema, naudojama atitinkamų metų asmens sveikatos priežiūros įstaigoms finansuoti, turi atitikti teikiamų paslaugų kiekį ir privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą.⁷³ Asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos didinamos įgyvendinant sveikatos politikos tikslus, atsižvelgiant į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto finansines galimybes.

Pastaruoju metu asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos buvo padidintos siekiant didinti medicinos darbuotojų darbo užmokestį. Nepaisant didinimo, asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos nepadengia realių gydymo kaštų ir šiuo metu nustatytos bazinės kainos nėra lygios paslaugų kainoms.

Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytos sveikatos priežiūros paslaugų baziniai įkainiai nėra ekonomiškai pagrįsti ir nesiejami su paslaugos kokybe. Nėra patvirtino bazinio paslaugų krepšelio, už kurį mokama iš privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų.

Šiandien vis dar vengiama kalbėti apie gydymą kaip apie paslaugą rinkoje. Šiandien gydymo įstaigų darbo rezultatas nėra paslaugos, o tiesiog gydymo veikla. Sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje kainos iki šiol neegzistuoja, viešojoje gydymo įstaigoje galime sužinoti nebent papildomų paslaugų kainas, todėl negalima kalbėti apie efektyvumą teikiamų paslaugų rinkoje, kuris pasiekiamas konkuruojant atskirų gydymo įstaigų paslaugų kainoms.⁷⁴

Sveikatos sistemos įstatymas nustato, kad valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigose teikiama nemokamai, už šios priežiūros paslaugas iš paciento negali būti reikalaujama papildomo mokesčio. Tačiau, jei pacientai, turintys teisę į nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, savo iniciatyva pasirenka brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas, procedūras, tai šių paslaugų, medžiagų, procedūrų faktinių kainų ir nemokamų paslaugų, medžiagų, procedūrų bazinių kainų skirtumą jie apmoka patys Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka.

⁷³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1997 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. 363 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų nustatymo metodikos“ (su pakeitimais ir papildymais). Valstybės žinios. 1997. Nr.68-1710.

⁷⁴ G. Steponavičienė. Sveikatos apsaugos reforma turi pasisyti ekonomikos dėsniai. http://www.lrinka.lt/index.php/meniu/spaudai/straipsniai_ir_komentarai/sveikatos_apsaugos_reforma_turi_paisyti_ekonomikos_desniu/3309 [2007-04-11]

Taigi įstatymas, reglamentuodamas nemokamos sveikatos priežiūros sąlygas, sudaro teisinės galimybes pacientams pasirinkti papildomas ar brangesnes paslaugas, už jas sumokant iš savo lėšų ar kitų lėšų (savanoriškojo draudimo ar kt.)

Kita vertus, Sveikatos apsaugos ministerija, pasinaudodama Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos 11 straipsnio pavedimu ir nustatydamą mokamų paslaugų sąrašą bei jų teikimo tvarką, nustatė dar ir papildomas sąlygas (lyginant su įstatymu), kurioms esant, paciento teisė į nemokamą sveikatos priežiūrą gali būti ribojama arba sudaromos teisinės prielaidos sveikatos priežiūrą teikti už paciento lėšas. Sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakyme Nr. 357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ nustatytas išimtinai mokamų paslaugų sąrašas, t.y. paslaugų, kurios neapmokamos iš jau minėto fondo, taip pat mokamų paslaugų kainų nustatymo ir indeksavimo tvarka bei mokamų paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarka. Mokamų paslaugų teikimo tvarkoje Sveikatos apsaugos ministras pakartojo Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos 49 straipsnyje nustatytas teisinės sąlygas, kurios sudaro pagrindą riboti asmens teisę į nemokamą sveikatos priežiūrą, ir papildė tas sąlygas naujomis (papildomomis). Pagal minėtą Sveikatos apsaugos ministro įsakymą asmens teisė gauti nemokamą asmens sveikatos priežiūrą gali būti ribojama ir dėl to, kad sveikatos priežiūros teikėjas jau yra išnaudojęs lėšas, skirtas nemokamai teiktinų paslaugų išlaidų kompensavimui. Tokiu atveju sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas įpareigojamas sudaryti pacientų eiles, o pacientams, kurie eilėje laukti nepageidauja – siūlyti mokamos paslaugos modelį.

Minėta įsakymo nuostata dar kelia tam tikrų teisinių abejonių dėl jos realizavimo realios galimybės: jei asmens sveikatos priežiūros įstaiga, išnaudojusi numatytas sutartyje su TLK lėšas metams, siūlys pacientui mokamas paslaugas – tai tos paslaugos faktiškai turėtų būti teikiamos kitu, „papildomu“ įstaigos darbo metu, naudojant papildomus resursus, kad nebūtų pažeisti kitų pacientų teisių į nemokamą sveikatos priežiūrą, solidarumo ir teismo sveikatos priežiūros santykiuose principai. Pažymėtina, kad paslaugos, priskirtos nemokamoms paslaugoms, nepaisant atsiradusių papildomų sąlygų (pvz. pasibaigus sutartyje su teritorine ligonių kasa numatytam lėšų kiekiui), negali tapti mokamomis. Vadinasi, nemokamų ir mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kategorijos traktuojamos kaip savarankiškos ir atskirtos, o ta pati paslauga negali būti ir nemokama, ir mokama.

Jei žmogus gauna paslaugą, jis turi už ją mokėti. Naivu yra tikėtis, kad bus sukurta tokia sveikatos priežiūros sistema, kurioje visi pageidaujantys gaus nemokamą, visiems

prieinamą ir kvalifikuotą pagalbą. Kokią dalį kainos žmogus moka, tiek pasirinkimo teisės jis turi. Jeigu moka mokesčius per valstybės biudžetą, tai ir pasirinkimo teisė yra apibrėžta pagal jo galimybes. Žinoma, žmogišku požiūriu – tai neteisinga. Tačiau ekonomikos dėsnių pakeisti žmogus negali. Materialūs ištekliai visada yra riboti, todėl niekada nebus taip, kad visi gautų viską. Priešingu atveju pasaulyje nebūtų ne tik sveikatos problemų, bet ir skurdo.

Žmogus turi būti suinteresuotas naudoti tik tas paslaugas, kurių jam reikia, jis pats turi dalyvauti paslaugos finansavime - priešingu atveju jis rinksis tai, kas jam geriausia, neatsižvelgiant į kaštus, ir išnaudos kito žmogaus, kuriam reikalinga rimtesnė pagalba, pinigus. Mokėdami skirtingą kainą už skirtingo lygio/prestižo/metodikos gydymą pacientai patys formuotų sveikatos paslaugų struktūrą, t.y. paklausa formuotų pasiūlą - jei pacientas nemoka, paklausa susiformuoja nenormali ir nereali.

Šiandien paciento sveikatos išlaidos dengiamos iš centralizuotai valdomo ir administraciniu būdu dalijamo Privalomojo sveikatos draudimo fondo, sveikatos priežiūros paslaugų kainos nėra viešos ir laisvos. Jeigu už paslaugą negalima sumokėti tiek, kiek ji verta, legaliai, mokama nelegaliai. Toks yra ekonomikos dėsnis. Žmonės tai jaučia intuityviai ir, nenorėdami rizikuoti savo brangiausiu turtu – sveikata, stengiasi atsilyginti už medikų darbą kaip įmanydami. Kadangi sveikatos paslaugų kainoms neleidžiama atsiskleisti viešai rinkoje, ir pacientai, ir medikai veikia sunkiomis sąlygomis, tarsi užrištomis akimis. Negaudami viešos informacijos apie paslaugas ir jų kainas, pacientai spėlioja, kiek ir kam mokėti. Taip nukenčia ir pacientai (sumoka per daug arba per mažai), ir medikai (ne visi gauna tiek, kiek vertas jų darbas).⁷⁵

Dabar pacientas kainų nežino, jis geriausiu atveju galėtų sužinoti sveikatos paslaugų įkainį - kokia suma yra kompensuojama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo. Kainininkai, kiek paslauga jam iš viso kainuos, yra tik privačiose įstaigose. Jie turi atsirasti ir viešosiose sveikatos įstaigose, netgi jei paslauga finansuojama šimtu procentų.⁷⁶ Sutinku su šia G. Steponavičienės nuomone, manau, kad visos gydymo įstaigos turi turėti savo paslaugų kainas ir jas viešai skelbti. Be to, gydymo įstaigoms būtina leisti imti priemoką. Oficialios priemokos už paslaugas turėtų būti įteisintos, kadangi paciento priemoka ribotų paslaugų paklausą.

⁷⁵ D. Andrijauskaitė. Korupcijos šešėliai sveikatos priežiūros sistemoje. <http://www.medicine.lt/straipsnis.asp?StraipsnioID=5769> [2007-01-07]

⁷⁶ G. Steponavičienė. Reforma prasideda nuo kainos. http://www.lrinka.lt/index.php/meniu/spaudai/straipsniai_ir_komentarai/reforma_prasideda_nuo_kainos/3489 [2007-04-14]

4.3. ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ GAVIMAS KITOJE ES VALSTYBĖJE

Lietuvai įstojus į Europos Sąjungą, Lietuva privalo laikytis bendrų Europos Sąjungos socialinės ir sveikatos apsaugos nuostatų. Šios nuostatos pateikiamos Europos Tarybos Reglamente Nr. 1408/71 „Dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims, savarankiškai dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, persikeliantiems Bendrijoje“ bei reglamente Nr. 574/72, nustatančiame Reglamento Nr. 1408/71 įgyvendinimą sveikatos apsaugoje.

Privalomuoju sveikatos draudimu Lietuvos Respublikoje apdraustas asmuo būdamas bet kurioje ES šalyje narėje (komandiruotės, turizmas ar kitokia laikina viešnagė) prireikus turės teisę gauti neatidėliotiną būtinąją medicinos pagalbą. Lietuvoje apdraustiems asmenims ši pagalba bus suteikta pagal valstybės, kurioje asmuo kreipsis į gydymo įstaigą, sveikatos priežiūros paslaugų įkainius, tačiau išlaidas apmokės Valstybinė ligonių kasa Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis.

Europos Bendrijos steigimo sutarties 49 straipsnis įtvirtina laisvę teikti paslaugas Europos Sąjungos teritorijoje. Tai apima ir asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Kita vertus, laisvė teikti sveikatos priežiūros paslaugas yra susijusi ir su laisve tokias paslaugas gauti (pacientų judėjimo laisvė).

Nors, remiantis minėtomis sutarties nuostatomis, asmuo, gyvenantis ES valstybėje narėje, gali pasirinkti kreiptis į kitų valstybių narių gydymo įstaigas dėl įvairių priežasčių – norėdamas gauti kokybiškesnes paslaugas, siekdamas gauti sveikatos priežiūros paslaugas, kurios jo gyvenamosios vietos valstybėje narėje neteikiamos arba yra sudarytos eilės tokio pobūdžio paslaugoms gauti, ar dėl kitų priežasčių, tačiau, kad ir kurioje valstybėje narėje nuspręstų asmuo kreiptis į sveikatos priežiūros įstaigą, aktualus lieka gydymo išlaidų kompensavimo klausimais.

Viena iš pagrindinių sąlygų, kad tokios išlaidos būtų kompensuojamos, buvo asmens gyvenamosios vietos valstybės kompetentingos įstaigos leidimas vykti gydytis į kitą Europos Sąjungos valstybę narę (Lietuvoje tokius leidimus išduoda Valstybinė ligonių kasa forma E 112).

Tačiau 2006 m. gegužės 16 d. Europos Teisingumo Teismas (toliau – ETT) priėmė sprendimą Watts byloje (bylos Nr. C-372/04), kuriuo iš esmės buvo galutinai įtvirtinta keletas taisyklių kuriomis vadovaujantis, kitoje valstybėje narėje suteikto gydymo išlaidos

turi būti asmeniui kompensuojamos, nepaisant to, kad atitinkamo leidimo vykti gydytis į kitą ES valstybę narę asmuo nėra gavęs.

Remiantis ETT išaiškinimu, nėra draudžiama nustatyti, kad gydymo ligoninėje kitoje ES valstybėje narėje išlaidos apmokamos tik gavus išankstinį asmens gyvenamosios vietos kompetentingos įstaigos leidimą.

Tačiau atsisakymas išduoti išankstinį leidimą negali būti grindžiamas vien tuo, kad yra sudaryti laukimo sąrašai (paprastai skirti planuoti ir valdyti ligoninės paslaugų pasiūlą pagal iš anksto nustatytus bendruosius klinikinius prioritetus arba, pavyzdžiui, kaip dažnai atsitinka Lietuvoje, kai tokie laukimo sąrašai sudaromi dėl specialistų, tam tikrų medicinos priemonių ar finansavimo trūkumo).

Be to, aplinkybė, kad numatomas gydymas kitoje valstybėje narėje gali kainuoti daugiau nei jis kainuotų, jei būtų suteiktas paciento gyvenamosios vietos valstybėje narėje, taip pat negalėtų būti teisėtas motyvas atsisakyti išduoti leidimą gydytis. O tuo atveju, kai atitinkamos valstybės narės teisės aktai numato, jog tam tikras gydymas ligoninėje toje valstybėje yra nemokamas, ir kai valstybės narės, kurioje apdraustam pacientui buvo išduotas arba turėjo būti išduotas leidimas gydytis ligoninėje kitoje valstybėje narėje, teisės aktai nenumato visos šio gydymo kainos apmokėjimo, kompetentinga valstybės narės įstaiga turi atlyginti pacientui galimą skirtumą tarp objektyviai apskaičiuotos sumos už ekvivalentišką gydymą tos valstybės narės ligoninėje ir sumos, kurios neviršydama paciento pasirinkta valstybė narė privalo teikti gydymą, taikydama savo teisės aktų nuostatas.

Apibendrinant ETT išaiškinimą, galima teigti, kad net ir asmeniui negavus leidimo gauti sveikatos priežiūros paslaugas kitoje ES valstybėje narėje, jo patirtos gydymosi išlaidos tam tikrais atvejais turi būti kompensuojamos. Manau, kad tai ypač aktualu Lietuvai, kur labai dažnai sudaromi laukimo sąrašai dėl specialistų, finansavimo ar medicininių priemonių trūkumo.

Pateiktame ETT išaiškinyje kartu pripažįstama, kad dėl pacientų migracijos bangos galėtų kilti pavojus pakenkti atitinkamos valstybės narės vykdomoms pastangoms planuoti ir racionalizuoti paslaugų teikimą gydymo ir sveikatos sektoriuje, kuriomis siekiama išvengti ligoninių pajėgumų perviršio, gydymo ligoninėje pasiūlos sutrikdymo, materialinių ir finansinių išteklių iššvaistymo ir praradimo, todėl šiame ETT sprendime pateikta išvada, jog asmuo, norintis vykti gydytis į kitą valstybę narę, turi teisę į patirtų gydymo ir su juo susijusių kitų išlaidų kompensavimą, nėra laikoma absoliučia. Teismo aiškinimas neturėtų lemti masinio išvykimo tų pacientų, kurie, turėdami pakankamai lėšų, ketina vykti į kitą

valstybę narę vien dėl to, kad nacionalinės sveikatos tarnybos, kurioje yra apdrausti, sąskaita, nesant jokio medicininio būtinumo, gautų gydymą greičiau nei šis gydymas gali būti suteiktas valstybėje narėje, kurioje jie gyvena.⁷⁷

⁷⁷ Markauskas L. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas kitoje ES valstybėje // Gydytojas. 2006. Nr. 9.

IŠVADOS

1. Sveikatos sistema negali būti ideali nei rezultato prasme, nes ne visas ligas galima pagydyti, nei proceso prasme, nes ištekliai yra riboti (laiko, lėšų), o ir kaip dalinti juos teisingai nėra akivaizdu, vis dėl to sveikatos sistema yra ta grandis, iš kurios vienintelės galima tikėtis pagalbos jau susirgus, jai yra skiriamos didelės mokesčių mokėtojų lėšos, žmonėms yra suformuoti lūkesčiai, kad susirgus jais bus pasirūpinta.

2. Požiūris į socialines teises, kaip į individualias ir teisme ginamas teises, egzistuoja greta Lietuvos konstitucinėje doktrinoje pripažįstamo požiūrio, kad socialinės teisės – tai valstybės socialinė politika, priklausanti nuo ekonominių išteklių. Norint veiksmingai užtikrinti teisę į sveikatos priežiūrą, reikėtų rasti galimybę taikyti abu teisės į sveikatos priežiūrą požiūrius – į socialinę teisę, kaip individualią ir teisme ginama teisę ir į socialinę teisę, kaip valstybės socialinę politiką, priklausančią nuo ekonominių išteklių.

3. Teorinių modelių taikymas sprendžiant ribotų sveikatos priežiūros išteklių skirstymo problemą yra prieštaringas dalykas, tačiau neabejotina yra tai, kad sveikatos priežiūra reikalauja, jog teisingumo, geradarystės, asmens autonomijos principai vienas kitam neprieštarautų.

4. Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio nuostatų, kurios nustato, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus nereikėtų traktuoti kaip absoliučios gydymo įstaigų pareigos teikti išskirtinai nemokamą, visą apimančią medicinos pagalbą. Tokia interpretacija grindžiama kompromisu tarp konstitucinės teisės į sveikatos priežiūrą ir valstybės ekonominių sąlygų. Brangstant technologijoms ir senstant visuomenei išlaidos sveikatos priežiūrai didėja. Valstybė nepajėgia ir nepajėgs patenkinti nuolat augančių poreikių. Visiems asmenims nemokamai turi būti teikiama būtinoji medicinos pagalba, tokiu būdu bus užtikrinamas minimalus asmenų teisės į nemokamą gydymą įgyvendinimas.

5. Pacientai negauna kokybiško gydymo, yra priversti laukti eilėse, viešosios gydymo įstaigos nesuinteresuotos teikti kokybiškų paslaugų, kadangi apmokėjimo už suteiktas paslaugas sąlygos nesusijusios su teikiama paslaugų kokybe. Nėra reglamentuotos sutarčių dėl paslaugų apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų sudarymo tvarkos. Yra būtina nustatyti tokią metodiką, kurią remiantis ligonių kasos pasirašintų sutartis su sveikatos priežiūrą teikiančiomis įstaigomis įvertindamos teikiamų paslaugų kokybę.

6. Sveikatos priežiūros paslaugos yra paslaugos, skirtos pacientui, todėl jos turi kainą. Būtina skirti du dalykus – kompensacija iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų ir paslaugos kainą. Būtina leisti gydymo įstaigoms nusistatyti savo teikiamų paslaugų kainas ir jas viešai skelbti, taip pat būtina nurodyti, kokios paslaugos realiai apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, kad žmogus iš anksto žinotų, kokias paslaugas prireikus jis gaus nemokamai, o už kurias turės sumokėti.

SUMMARY

THE RIGHT TO THE HEALTH CARE. STATE GRANTED (FREE OF CHARGE) HEALTH CARE SERVICES

The Reform of Health Care System is being implemented in Lithuania now and this process is constantly discussed. Health Care Systems are criticized everywhere. The reason is simple – however good Health Care System would be operating, nevertheless people are getting ill and dying. People have bigger expectations in Health Care than they can be fulfilled. Any State cannot take a good care of every person's health as needs in this field are boundless.

Article 53 of the Constitution of the Republic of Lithuania determines that the State shall take care of people's health and shall guarantee medical aid and services for the human being in the event of sickness. The procedure for providing medical aid to citizens free of charge at State medical establishments shall be established by law. Thus Article 53 of the Constitution of the Republic of Lithuania declares the Right to the Health Care. This article is also a directive provision, which directs to free of charge Health Care services and free of charge Health Care regulation by laws.

The Reform of Health Care System is getting stuck. Basic prices for Health Care services, compiled by the Ministry of Health, are not reasoned economically nor related to the quality of services. Patients do not get quality Health Care services, they have to pay illegal surcharges under the necessity.

This thesis is analysing the obligation of the State, set by Article 53 of the Constitution of the Republic of Lithuania, as well as legal provisions regulating Health Care, issues of regulation of free of charge Health Care services and implementations of the Right to the Health Care.

PANAUDOTŲ ŠALTINIŲ IR LITERATŪROS SĄRAŠAS

Teisės aktai:

1. Lietuvos Respublikos Konstitucija (Valstybės žinios. 1992. Nr. 33-1014);
2. Tarptautinis ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių paktas (Valstybės žinios. 2002. Nr. 77-3290);
3. Europos socialinė chartija (pataisyta) (Valstybės žinios. 2001. Nr. 49-1704);
4. 2007 metų valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymas (Valstybės žinios. 2006. Nr. 138-5267).
5. Lietuvos Respublikos 2007 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas (Valstybės žinios. 2006. Nr.141-5397);
6. 2005 metų valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymas (Valstybės žinios. 2004. Nr. 171-6303);
7. Lietuvos Respublikos 2004 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas (Valstybės žinios. 2004. Nr.4-46);
8. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (Valstybės žinios 1996, Nr. 102-2317; 2004 Nr. 115-4284).
9. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (Valstybės žinios. 1996. Nr.66-1572; 1998. Nr.109-2995);
10. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas (Valstybės žinios. 1996. Nr. 55-1287; 2002. Nr.123-5512);
11. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (Valstybės žinios. 1994. Nr. 63-1231; 1998, Nr.112-3099)
12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8 d. įsakymas Nr. V-208 „Dėl būtiniosios medicinos pagalbos ir būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“ (Valstybės žinios. 2004 . Nr. 55-1915);
13. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymas Nr. 357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ (Valstybės Žinios. 1999. Nr. 67-2175);
14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. birželio 18 d. įsakymas Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ (Valstybės žinios. 1998. Nr. 57-1611);

15. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1997 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. 363 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų nustatymo metodikos“ (su pakeitimais ir papildymais) (Valstybės žinios. 1997. Nr.68-1710);
16. Privalomojo sveikatos draudimo tarybos 2000 m. birželio 23 d. nutarimas „Dėl sutarčių sudarymo tvarkos“ (Valstybės žinios. 2000. Nr. 54-1601);

Specialioji literatūra:

17. Baltutytė E. Europos socialinė chartija ir socialinės teisės konstitucijoje // Jurisprudencija t. 30 (22). Vilnius. 2002.
18. Birmontienė T., Jarašiūnas E., Kūris E. ir kt. Lietuvos konstitucinė teisė: vadovėlis. Vilnius: Lietuvos teisės universiteto leidybos centras, 2002;
19. Degutis A. Individualizmas ir visuomeninė tvarka. Vilnius: Eugrimas. 1998;
- Europos socialinė chartija:vadovas. Vilnius: Lietuvos žmogaus teisių centras. 2002;
20. Hayek F. A. Teisė, įstatymų leidyba ir laisvė. 1 tomas: Taisyklės ir tvarka. Vilnius: Eugrimas. 1998;
21. Hayek F. A. Teisė, įstatymų leidyba ir laisvė. 2 tomas: Socialinio teisingumo mirazas. Vilnius: Eugrimas. 1999;
22. Hayek F. A. Teisė, įstatymų leidyba ir laisvė. 3 tomas: Laisvosios visuomenės politinė tvarka. Vilnius: Eugrimas. 1999;
23. Kalėdienė R., Petrauskienė J., Rimpela A. Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. Kaunas 1999;
24. Lietuvos Respublikos Konstitucijos komentaras. I dalis. Vilnius 2000.
25. Markauskas L. Konstitucinė teisė į nemokamą gydymą: interpretavimo problemos // Jurisprudencija, t. 64 (56).
26. Markauskas L. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas kitoje ES valstybėje // Gydytojų menas. 2006. Nr. 9.
27. Nozick R. Anarchy, State und Utopia. New York: Basic. 1974.
28. Rawls J. Theory of Justice. Cambridge, MA: Harvard University Press.1971.
29. Andrijauskaitė D. Korupcijos šešėliai sveikatos priežiūros sistemoje. <http://www.medicine.lt/straipsnis.asp?StraipsnioID=5769> [2007-01-07];
30. Barrett K. Gyvenimas, sveikata ir aplinka. http://www.slauga.lt/kursai/01_dalis.pdf [2007-01-22];

31. Etinių farmacijos kompanijų asociacijos ir Sveikatos ekonomikos centro atlikta studija: "Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams" 2006. <http://www.efa.lt/naujas/Studija%20lietuviu%20kalba.ppt> [2007-02-05];
32. Lietuvos Respublikos Prezidento Valdo Adamkaus kalba, pasakyta konferencijoje „Sveikatos apsaugos sistema – pertvarkų metas“ <http://www.president.lt/lt/news.full/7767> [2007-04-22];
33. LLRI studija "Gyvybinga sveikatos apsaugos sistema Lietuvoje"
http://www.lrinka.lt/index.php/analitiniai_darbai/llri_studija_gyvybinga_sveikatos_apsaugos_sistema_lietuvoje/1567 LLRI studija "Gyvybinga sveikatos apsaugos sistema Lietuvoje" [2007-01-06];
34. Steponavičienė G. Arba nemokamas, arba gydymas.
http://www.lrinka.lt/index.php/temos/sveikatos_apsauga/pranesimai_prezentacijos/arba_nemokamas_arba_gydymas/2091 [2007-02-19];
35. Steponavičienė G. Sveikatos apsaugos reforma turi pasisyti ekonomikos dėsnų.
http://www.lrinka.lt/index.php/meniu/spaudai/straipsniai_ir_komentarai/sveikatos_apsaugos_reforma_turi_paisyti_ekonomikos_desniu/3309 [2007-04-11];
36. Steponavičienė G. Reforma prasideda nuo kainos.
http://www.lrinka.lt/index.php/meniu/spaudai/straipsniai_ir_komentarai/reforma_prasideda_nuo_kainos/3489 [2007-04-14];
37. Sveikatos ekonomikos centro 2001 m. ataskaita „Sveikatos finansavimo ir sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimo reformų socialinių-ekonominių pasekmių vertinimas“
<http://www.sec.lt/pages/spr1/index.htm> [2007-01-07];
38. Šimašius R. Nemokamos medicinos negalavimai.
http://www.lrinka.lt/index.php/meniu/spaudai/straipsniai_ir_komentarai/nemokamos_medicos_negalavimai/4191 [2007-04-25];
39. WHO Constitution. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf [2007 04 09];
40. http://www.lsveikata.lt/index.php?page_id=57&s=1140 [2007-01-20];

Praktinė medžiaga:

41. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2002 m. sausio 14 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos 2001 metų valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymo, Lietuvos Respublikos savivaldybių biudžetų pajamų dydį ir

išlyginimą lemiančių rodiklių tvirtinimo 2001, 2002 ir 2003 metams įstatymo ir Lietuvos Respublikos žemės ūkio ekonominių santykių valstybinio reguliavimo įstatymo 16 straipsnio atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“ (Valstybė žinios. 2002. Nr. 5-186);

42. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2004 m. kovo 14 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos farmacinės veiklos įstatymo 11 straipsnio 2 dalies atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai (Valstybės žinios, 2002. Nr. 28-1003); Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2004 m. sausio 26 d. nutarimas dėl Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymo 1 straipsnio 4 dalies, 2 straipsnio 1 dalies, 3 straipsnio 1 dalies 2 punkto, 4 straipsnio 2 dalies, 13 straipsnio, 30 straipsnio 1 dalies bei 44 straipsnio 4 dalies ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. sausio 22 d. nutarimu Nr. 67 „Dėl alkoholio produktų gamybos licencijavimo taisyklių patvirtinimo“ patvirtintų alkoholio produktų gamybos licencijavimo taisyklių 7 bei 9 punktų atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“ (Valstybės žinios. 2004. Nr. 15-465);