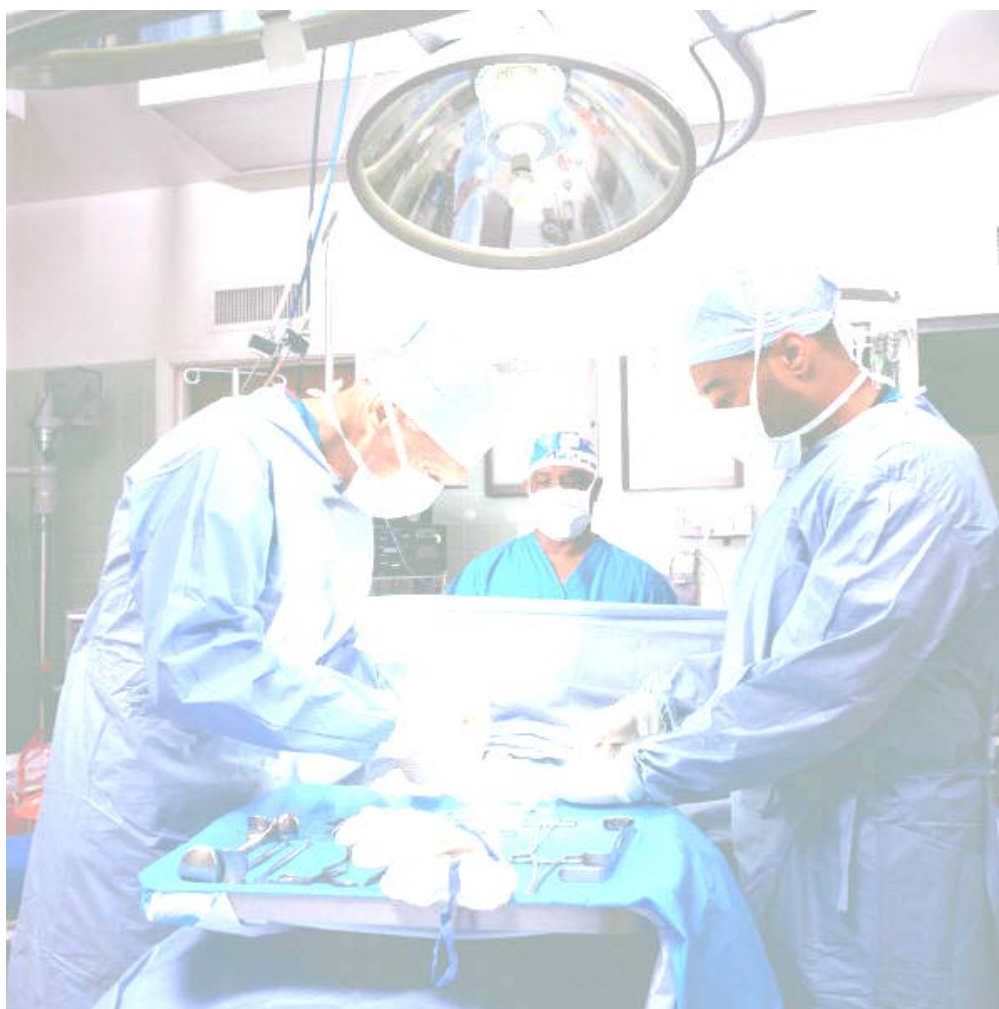




## LIETUVOS RESPUBLIKOS VALSTYBĖS KONTROLĖ

### VALSTYBINIO AUDITO ATASKAITA CIVILINĖS ATSAKOMYBĖS UŽ PACIENTAMS PADARYTĄ ŽALĄ PRIVALOMOJO DRAUDIMO ĮGYVENDINIMO VERTINIMAS

2006 m. birželio 30 d. Nr. 2030-3-14  
Vilnius



## SANTRAUKA

Sveikatos priežiūros įstaigų padarytos klaidos teikiant sveikatos priežiūros paslaugas sukelia ne tik materialinę ir moralinę žalą pacientams, bet ir atneša didelių finansinių nuostolių sveikatos priežiūros sektoriui ir valstybei. Funkcionuojanti civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo sistema užtikrina, kad pacientui padaryta žala bus tinkamai atlyginta ir tai nesukels neigiamų padarinių sveikatos priežiūros įstaigų finansiniams interesams, jų veiklos tęstinumui, apsaugos valstybę nuo neplanuotų finansinių nuostolių.

Turėdami tikslą įvertinti, kaip civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo sistema yra įgyvendinama Lietuvoje, ir siekdami nustatyti su šio draudimo įgyvendinimu susijusias problemas bei pasiūlyti galimus jų sprendimo būdus, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijoje atlikome valstybinį veiklos auditą.

Lietuvoje būtinumą sveikatos priežiūros įstaigoms drausti savo civilinę atsakomybę už pacientams padarytą žalą nustatęs ir reglamentavęs 1996-10-03 Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas Nr. I-1562 galiojo iki 2005 m. sausio 1 d., tačiau per visą šį laiką nebuvo įgyvendintas, nors pagal jo nuostatas sveikatos priežiūros įstaigos, neapdraudusios savo civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą, neturėjo teisės vykdyti asmens sveikatos priežiūros. Vėliau, siekiant efektyvaus civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo sistemos funkcionavimo įstatymas buvo pakeistas.

Pagal naująją įstatymo redakciją (įsigaliojusią nuo 2005 m. sausio 1 d.) sveikatos priežiūros įstaigos privalo drausti savo civilinę atsakomybę už pacientams padarytą žalą privalomuoju draudimu, o minimali draudimo suma vienai asmens sveikatos priežiūros įstaigai kiekvienam draudimui yra 50 000 Lt. Įstatyme nustatyta, kad draudikui dėl draudiminio įvykio išmokėjus draudimo išmoką, draudimo prievolė lieka galioti visai draudimo sumai, neišskaičiuojant iš jos sumokėtų draudimo išmokų.

Praėjus 1 metams po įstatymo įsigaliojimo surinkti duomenys rodo, kad draudimo sistema nėra tinkamai įgyvendinama:

1. Monitoringo metu apklausus dalį (638) licencijuotų asmens sveikatos priežiūros įstaigų, nustatyta, kad 167 iš jų savo civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomuoju draudimu nebuvo apdraudusios. 28 įstaigos buvo sudariusios savanoriškojo draudimo sutartis, kurios neatitinka Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 16 str. reikalavimų.

2. Turimi duomenys, kad iš 1878 licencijuotų odontologinės priežiūros (pagalbos) paslaugas teikiančių įstaigų 141 įstaiga apsidraudusi savo civilinę atsakomybę už pacientams padarytą žalą privalomuoju draudimu. 100 įstaigų yra sudariusios savanoriškojo civilinės atsakomybės draudimo sutartis, kurios neatitinka Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 16 str. nuostatų

3. Visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų, kurios teikdamos kai kurias paslaugas tiesiogiai sąveikauja su pacientu ir todėl gali jam padaryti žalą, civilinės atsakomybės draudimo privalomumas nepakankamai tiksliai reglamentuotas, todėl nėra duomenų apie jo įgyvendinimą.

Audito metu taip pat nustatėme, kad teisės aktai nediferencijuoja sveikatos priežiūros įstaigų draudimo būtinybės, atsižvelgiant į įstaigų teikiamų paslaugų pobūdį:

- visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų – šiuo metu civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo nereikalaujama iš imunoprofilaktikos paslaugas teikiančių įstaigų, kurios tiesiogiai sąveikauja su pacientu ir gali jam padaryti žalą.

- odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų – šiuo metu civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo reikalaujama ir iš dantų technikų laboratorijų, kurios tiesiogiai su pacientu nesąveikauja.

Audito metu nustatėme pagrindines priežastis, kodėl civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo sistema funkcionuoja nepakankamai. Šioje draudimo rinkoje dalyvauja nepakankamas skaičius draudikų (draudimo rinka iki 2006 m. kovo 7 d. buvo monopolinė, o šiuo metu joje veikia du draudikai), nes galiojantys teisės aktai nesudaro prielaidų apibrėžti draudiminę riziką (įstatyme nustatyta atsistatanti draudimo suma ir nenustatytas maksimalus draudiminių įvykių skaičius). Neapibrėžtą draudiminę riziką atsisako perdrausti perdraudimo bendrovės, o be perdraudimo šias paslaugas teikti gali būti per daug rizikinga.

Apklausę sveikatos priežiūros įstaigas nustatėme pagrindinius veiksnius, apsunkinančius civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo įgyvendinimą:

- šioje draudimo rinkoje dalyvauja mažai draudikų ir tarp jų yra nepakankama konkurencija, o tai lemia pasiūlymų pirkti šias paslaugas nebuvimą arba nepakankamą jų pasiūlą;

- galiojančių teisės aktų nuostatose veiksmai, kurių metu padaryta neturtinė žala, pripažįstami nedraudiminiu (draudikų neatlyginamu) įvykiu, jeigu įstaigos su draudiku nesusitaria kitaip;

- neapibrėžta maksimali neturtinės, pacientams atlygintinos žalos riba, todėl sveikatos priežiūros įstaigos, net ir apdraudusios civilinę atsakomybę privalomuoju draudimu, nepilnai apsaugo savo finansinius interesus.

Siekdami daryti įtaką nustatytų problemų sprendimui, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai pasiūlėme svarstyti galimybę parengti Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo ir kitų teisės aktų pakeitimus, kurie leistų:

- apibrėžti draudimo riziką, o tai, tikėtina, suaktyvintų draudimo rinką ir padidintų draudimo paslaugų pasiūlą;

- veiksmus, kurių metu padaryta neturtinė žala, pripažinti draudiminiu įvykiu be atskirų susitarimų tarp sveikatos priežiūros įstaigos ir draudiko;

- nustatyti maksimalų pacientams atlygintinos neturtinės žalos dydį. Jį yra nustačiusios valstybės, kurių teisinį reglamentavimą nagrinėjome audito metu: Švedija, Danija, Islandija, Belgija;

- aiškiai reglamentuoti pareigą drausti savo civilinę atsakomybę privalomuoju draudimu visuomenės sveikatos priežiūros įstaigoms ir odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigoms – dantų technikų laboratorijoms, t.y. diferencijuoti įstaigų draudimo būtinybę pagal įstaigų teikiamų paslaugų pobūdį;

- tobulinti mechanizmus įstaigų civilinės atsakomybės draudimui kontroliuoti (pakeisti sveikatos priežiūros įstaigų ir odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų licencijavimo taisykles, kad licencijų jų veiklai išdavimas būtų siejamas su civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo liudijimo (poliso) kopijos pateikimu jas licencijuojančioms įstaigoms).

## TURINYS

|   |        |
|---|--------|
| <b>IVADAS</b> .....   | 5      |
| Audito procesas .....   | 6      |
| Audito subjektas .....  | 6      |
| Audito duomenų rinkimas .....   | 7      |
| Vertinimo kriterijai, taikyti atliekant auditą .....  | 7      |
| Audito ataskaitos struktūra .....   | 8      |
| <br><b>AUDITO REZULTATAI</b> .....  | <br>9  |
| I. Kodėl civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomasis draudimas yra aktualus. Kodėl svarbi pacientams padarytos žalos atvejų statistika ir kokias tendencijas ji rodo .....                   | 9      |
| <br>II. Kaip buvo reglamentuotas ir įgyvendintas civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomasis draudimas Lietuvos Respublikoje iki 2005 m. sausio 1 d.....                                     | <br>13 |
| <br>III. Kaip reglamentuojamas ir įgyvendinamas civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomasis draudimas Lietuvos Respublikoje nuo 2005 m. sausio 1 d.....                                      | <br>15 |
| 3.1. Kurios sveikatos priežiūros įstaigos privalo drausti savo civilinę atsakomybę už pacientams padarytą žalą. Kaip reglamentuojama ir įgyvendinama šių įstaigų privalomojo draudimo kontrolė. ....            | 16     |
| 3.1.1. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos .....   | 16     |
| 3.1.1.1. Odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigos .....   | 18     |
| 3.1.2. Visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos ir jų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą draudimo ypatybės .....   | 20     |
| <br>IV. Kokie probleminiai civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo sistemos veikimo aspektai nustatyti audito metu .....   | <br>22 |
| 4.1. Civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo rinkoje dalyvauja nepakankamas draudikų skaičius, nes galiojantys teisės aktai nesudaro prielaidų apibrėžti draudiminę riziką ..... | 22     |
| 4.2. Veiksmų, kurių metu padaryta neturtinė žala, pripažinimas nedraudiminiu įvykiu .....   | 25     |
| 4.3. Pacientams atlygintinos neturtinės žalos ribojimas.....  | 26     |
| <br><b>IŠVADOS</b> .....  | <br>30 |
| <br><b>REKOMENDACIJOS</b> .....   | <br>32 |

## ĮVADAS

Draudimas yra neabejotina pažangios ir sėkmingos ūkio raidos prielaida. Valstybės vaidmuo draudimo rinkoje ypač svarbus srityse, kur ūkinės veiklos rizika gali lemti žmogaus teisių apsaugą, ar priešingai – jų pažeidžiamumą. Tai tampa svarbu visiems, kurie su šia rizika susiję, pavyzdžiui, sveikatos priežiūros sistemoje veikiantiems subjektams, įskaitant ir pacientus, kurių teisės šioje srityje gali būti pažeistos. Tiek tarptautiniai, tiek nacionaliniai teisės aktai įtvirtina principus, kad pacientas turi būti apsaugotas nuo galimos žalos jo sveikatai padarymo. Jeigu žala pacientui padaroma, teisės aktai reikalauja sukurti efektyvias šios žalos atlyginimo procedūras. Dauguma valstybių šį klausimą sprendžia nustatydamos ir įgyvendindamos sveikatos priežiūros įstaigų draudimo mechanizmus.

Tiesiogiai su draudimo santykiais yra susiję viešieji valstybės finansiniai interesai. Kuo sėkmingiau yra išvystyta draudimo sistema, tuo didesnė finansinės rizikos dalis tenka draudikams, proporcingai apsaugant valstybės interesus nuo galimų papildomų ir dažniausiai neplanuotų išlaidų, dažnai darančių įtaką dalies viešojo sektoriaus juridinių asmenų, teikiančių sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos tęstinumui. Analogiškai draudimo santykiai ir draudimo rinka lemia ir pacientų apsaugą žalos padarymo jiems atveju.

Kaip vienas pavyzdžių paminėtina Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2005 m. balandžio 18 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-7-255/2005, pagal kurią iš Marijampolės ligoninės dvynukams, dėl atsakovo VŠĮ Marijampolės ligoninės darbuotojų kaltės patyrusiems sunkių kūno sužalojimų, ir jų tėvams, patyrusiems didelių psichinių sukrėtimų, buvo priteista atlyginti 500 000 Lt neturtinę žalą. Šis teismas nutartyse ne kartą yra pažymėjęs, kad žalą padariusio asmens turtinę padėtis sveikatos sužalojimo ar gyvybės atėmimo atveju negali būti lemiamu kriterijumi nustatant neturtinės žalos dydį, o esminis neturtinės žalos atlyginimo kriterijus, sužalojus sveikatą, yra sužalojimo pasekmės ir dėl to patirti dvasiniai išgyvenimai. Atsakovas byloje (VŠĮ Marijampolės ligoninė) teismams pateikė įrodymus apie jo išsiskolinimą kitiems kreditoriams ir nepakankamą finansavimą iš biudžeto ir nurodė, jog patenkinus ieškinį ligoninė bankrutuos, be to, priteisus iš atsakovo milijoninę sumą nukentėtų daugelio kitų ligonių interesai, jiems nebūtų suteikiamos visos reikiamos paslaugos, nukentėtų bendra sveikatingumo veikla rajone. Nepaisant to, Lietuvos Aukščiausiojo Teismo teisėjų kolegija, siekiant nukentėjusiojo ir žalą padariusio asmens interesų pusiausvyros, laikė pagrįstu ir pakankamu neturtinės žalos atlyginimą vaikams po 200 000 Lt, tėvams – po 50 000 Lt.

Vėliau, vykdydami minėtą sprendimą, antstoliai buvo areštavę ligoninės sąskaitą. Įstaiga negalėjo pirkti medikamentų ir, pasak ligoninės atstovų, buvo pradėtas paralyžiuoti gydymo įstaigos

darbas<sup>1</sup>. Vienas iš pagrindinių aspektų, turėjusių įtakos šiai problemai, buvo tai, kad įstaiga nebuvo apdraudusi savo civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą. Atsižvelgiant į tai, kad civilinės atsakomybės privalomojo draudimo sistema Lietuvoje nebuvo pradėta įgyvendinti iki 2005 metų (plačiau apie tai rašome ataskaitos 7–10 psl.), o nuo 2005 metų įgyvendinama fragmentiškai, išlieka tikimybė, kad kiti žalos atlyginimo pacientui atvejai taip pat gali sutrikdyti sveikatos priežiūros įstaigų darbą.

Šios priežastys rodo, kad draudiminiai santykiai dėl pacientams padarytos žalos atlyginimo yra svarbūs valstybei, fiziniams asmenims, kurie naudojami sveikatos priežiūros įstaigų paslaugomis, t.y. pacientams ir pačioms sveikatos priežiūros įstaigoms. Visi minėti subjektai yra suinteresuoti sklandžia šios srities ūkine veikla ir funkcionuojančia draudimo sistema. Turimi duomenys apie nepakankamą privalomojo draudimo sistemos įgyvendinimą paskatino Valstybės kontrolę atlikti šios srities tyrimą – valstybinį veiklos auditą.

### **Audito procesas**

Audito objektas – civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo įgyvendinimas.

Audito tikslas – civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo įgyvendinimo vertinimas.

Auditas pradėtas 2006-02-28, vykdant Valstybės kontrolės pavedimą Nr. 2030-3, baigtas 2006-05-03. Auditą atliko vyriausiasis valstybinis auditorius G. Andrulionis (grupės vadovas), valstybinė auditorė L. Bužinskienė ir specialistė (auditoriaus padėjėja) N. Miškinytė. Audituojamas laikotarpis – 2004–2006 m., kai kuriais audito klausimais rinkti laikotarpio nuo 1996 m. duomenys.

### **Audito subjektas**

Auditas atliktas audito subjekte – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijoje, o išankstinis tyrimas – ir Lietuvos Respublikos draudimo priežiūros komisijoje.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (toliau tekste – Sveikatos apsaugos ministerija) yra Lietuvos Respublikos vykdomosios valdžios institucija. Sveikatos apsaugos ministerijos buveinės adresas: Vilniaus g. 33, LT-01119 Vilnius, Lietuva.

Sveikatos apsaugos ministerija vykdo įstatymų ir kitų teisės aktų jai pavestos sveikatos apsaugos srities valstybės valdymo funkcijas ir įgyvendina šios srities valstybės politiką. Ministerijai vadovauja sveikatos apsaugos ministras Ž. Padaiga, o administracijai – ministerijos valstybės sekretorius V. Žilinskas.

---

<sup>1</sup> Naujienų agentūra ELTA. Internetinis adresas: <http://www.elta.lt>. Puslapis aplankytas 2005 m. gegužės 24 d.

Svarbiausias Sveikatos apsaugos ministerijos uždavinys – rūpintis Lietuvos Respublikos gyventojų sveikata, jos išsaugojimu, gražinimu ir stiprinimu. Sveikatos apsaugos ministerija, vykdydama jai pavestą uždavinį, atlieka šias pagrindines funkcijas:

- pagal kompetenciją rengia Lietuvos Respublikos įstatymų, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimų ir kitų teisės aktų projektus;
- analizuoja sveikatos priežiūros priimtinumą, prieinamumą bei tinkamumą ir planuoja sveikatinimo veiklą valstybės lygiu;
- nustato pagrindines Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos plėtojimo kryptis ir prioritetus, licencijuoja ir akredituoja įstaigas sveikatos priežiūros ir farmacinei veiklai, išduoda joms leidimus (licencijas) verstis gydymo, higienos ir farmacine praktika;
- steigia sveikatinimo veiklos sąlygų kontrolės valstybines tarnybas ir inspekcijas, vykdo jų steigėjo funkcijas.

### **Audito duomenų rinkimas**

Atsižvelgiant į sisteminį audito ir nagrinėjamų klausimų pobūdį, dalis informacijos, be audituotų subjektų, buvo renkama ir iš Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos, Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos, Lietuvos Respublikos odontologų rūmų, Valstybinės medicininio audito inspekcijos, sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, Lietuvoje veikiančių draudikų ir kitų subjektų.

Tyrimo metu duomenys buvo renkami:

- nagrinėjant teisės aktus,
- nagrinėjant audituotų ir kitų minėtų subjektų raštus, pažymas ir kitus dokumentus,
- pokalbių su šių subjektų darbuotojais metu.

Taip pat audito metu apklausėme daugiau negu 50 sveikatos priežiūros įstaigų ir stambiausias ne gyvybės draudimo bendroves, veikiančias Lietuvoje, kurių atsakymų analizes ir pastebėtas tendencijas pateikiame ataskaitoje.

Audito įrodymai buvo renkami taikant skaičiavimo, tikrinimo (dokumentinio), apklausos ir analitinės procedūras.

### **Vertinimo kriterijai, taikyti atliekant auditą**

Audito metu nustatytus faktus ir pastebėtas tendencijas vertinome vadovaudamiesi šiais kriterijais:

- žalos pacientams padarymo atvejai ir tendencijos Lietuvoje;

- Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo (2004-07-13 Nr. IX-231) 16 str. nustatyta pareiga sveikatos priežiūros įstaigoms drausti savo civilinę atsakomybę už pacientams padarytą žalą privalomuoju draudimu;

- Asmens sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimo taisyklių, Odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų licencijavimo taisyklių ir Visuomenės sveikatos priežiūros veiklos licencijavimo taisyklių nustatytų įpareigojimų vertinimas, kiek tai sudaro prielaidas efektyviai įgyvendinti sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo kontrolės mechanizmą;

- kitose valstybėse egzistuojančių civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą draudimo rizikos apibrėžtumą nustatančių taisyklių vertinimas.

### **Audito ataskaitos struktūra**

Audito metu nagrinėjome ir vertinome:

I ataskaitos dalyje – civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo aktualumą, pacientams padarytos žalos atvejų statistiką ir tendencijas, jų reikšmę civilinės atsakomybės privalomajam draudimui.

Civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo sistemos įgyvendinimo vertinimą nagrinėjome suskirstę į du etapus, išskirdami II ir III ataskaitos dalis:

II ataskaitos dalyje – civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo reglamentavimą ir įgyvendinimą Lietuvos Respublikoje iki 2005 m. sausio 1 d., pagal 1996 metais priimtą Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą;

III ataskaitos dalyje – civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo reglamentavimą ir įgyvendinimą Lietuvos Respublikoje nuo 2005 m. sausio 1 d., pagal nuo 2005 m. sausio 1 d. įsigaliojusį naujos redakcijos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą. Šią datą išskyrėme ir todėl, kad su ja siejama sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės privalomojo draudimo už pacientams padarytą žalą įgyvendinimo pradžia. III dalyje taip pat vertinome, kaip turėtų būti nustatytas ir įgyvendinamas civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomasis draudimas skirtingose sveikatos priežiūros įstaigose, skiriant jas pagal teikiamų paslaugų rūšis, kaip galėtų būti patobulintas šios draudimo rūšies kontrolės mechanizmas.

IV ataskaitos dalyje nagrinėjome priežastis, dėl kurių civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo sistema nepakankamai įgyvendinama, t.y. dėl kokių priežasčių draudikai atsisako dalyvauti šioje draudimo rinkoje, ką reiškia ir kokią įtaką turi draudiminės rizikos neapibrėžtumas, nagrinėjome neturtinės žalos pripažinimo nedraudiminiu įvykiu galimybę, galimybę įstatymu apriboti maksimalų neturtinės žalos, atlygintinos pacientams, dydį.



## AUDITO REZULTATAI

### **I. Kodėl civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomasis draudimas yra aktualus. Kodėl svarbi pacientams padarytos žalos atvejų statistika ir kokias tendencijas ji rodo**

Kiekvienam asmeniui, dėl kitų asmenų kaltės patyrusiam žalą, nacionaliniai ir tarptautiniai teisės aktai garantuoja teisę reikalauti tos žalos atlyginimo. Tokia teisė yra garantuojama ir žalos padarytos paciento sveikatai, kompensavimo srityje.

Mūsų nuomone, pagrindiniai veiksniai žalos padarymo pacientams srityje, kuriuos reikia paminėti, yra sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų kaltės ir neturtinės žalos atlyginimo institutai.

*Gydytojų ir kitų medicinos darbuotojų kaltės samprata.* Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas (6.248 str.) nustato, kad asmuo kaltas, jeigu atsižvelgiant į prievolės esmę ir kitas aplinkybes jis nebuvo tiek rūpestingas ir apdairus, kiek atitinkamomis sąlygomis buvo būtina. Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegija šį institutą dar labiau sukonkretino 2001-11-14 nutartyje civilinėje byloje Nr. 3K-3-1140/2001, pagal L.M.S. skundą prieš Kauno Raudonojo kryžiaus ligoninę, konstatuodama, kad „sprendžiant klausimą, ar yra gydytojo kaltė dėl pacientui padarytos žalos atsiradimo, būtina turėti omenyje gydytojo profesijos, jo teikiamų paslaugų ir šios veiklos metu susiklostančių santykių specifiką. Šią specifiką apsprendžia gydytojo profesijos ypatumai, dėl kurių gydytojo atsakomybė pripažįstama viena iš profesinės atsakomybės rūšių. Profesinei atsakomybei būdinga tai, kad profesionalo veiksmai vertinami taikant griežtesnius atidumo, rūpestingumo, dėmesingumo, atsargumo standartus. Gydytojo profesijai būdinga tai, kad ji yra susijusi su didesne rizika padaryti žalą kitiems asmenims, todėl gydytojų civilinę atsakomybę gali lemti bet kuri, net ir pati lengviausia kaltės forma. Taigi sprendžiant dėl gydytojų kaltės, būtina atsakyti į klausimą, ar tikrai medicininės paslaugos buvo teikiamos dedant maksimalias atidumo, rūpestingumo, dėmesingumo, atsargumo pastangas. Šiuo tikslu turi būti remiamasi ne tik teisės aktų, reglamentuojančių medicininių paslaugų teikimą, bet ir gydytojų profesinės etikos nuostatomis. Kompleksiška jų analizė patvirtina, kad atidumo, dėmesingumo, rūpestingumo, atsargumo, kvalifikuotumo stoka, profesinės etikos taisyklių pažeidimas profesinės atsakomybės atveju yra tolygu profesionalo kaltei“.

Vėliau ši kaltės samprata buvo įtvirtinta ir Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo (2004-07-13 Nr. IX-2361) 13 str., nustatant, kad sveikatos priežiūros įstaiga privalo atlyginti žalą, padarytą pacientams dėl šios įstaigos ar jos darbuotojų kaltės teikiant sveikatos priežiūros paslaugas. Tuo atveju, jeigu pažeidžiami sveikatos priežiūros kokybės ir priimtimumo reikalavimai, asmens sveikatos informacijos konfidencialumas (asmens medicininė paslaptis), neturtinės žalos, taip pat atlyginama ir neturtinė žala.

*Neturtinės žalos samprata ir jos atlyginimas.* Civilinis kodeksas (toliau tekste – CK) nustato, kad neturtinė žala atlyginama visais atvejais, kai ji padaryta dėl nusikaltimo asmens sveikatai ar asmens gyvybės atėmimo, o pati neturtinė žala CK 6.250 str. apibrėžiama kaip „asmens fizinis skausmas, dvasiniai išgyvenimai, nepatogumai, dvasinis sukrėtimas, emocinė depresija, pažeminimas, reputacijos pablogėjimas, bendravimo galimybių sumažėjimas ir kita, teismo įvertinti pinigais“, t.y. ji nėra pakankamai apibrėžta, jeigu analizuosime jos įvertinimo pinigais galimybę.

CK 6.251 str. nustatyta, jog padaryti nuostoliai turi būti atlyginti visiškai, išskyrus atvejus, kai įstatymai ar sutartis nustato ribotą atsakomybę, o pagal CK 6.252 str. šalių susitarimas dėl civilinės atsakomybės už nuostolius (žalą), padarytus dėl skolininko tyčios ar didelio neatsargumo, netaikymo ar jos dydžio apribojimo, negalioja. Draudžiama apriboti ar panaikinti civilinę atsakomybę už sveikatos sužalojimą, gyvybės atėmimą ar neturtinę žalą.

Mūsų nuomone, dėl žalos, medicinos darbuotojų kaltės ir kitų atsakomybės už pacientams padarytą žalą institutų nustatymo, jų detalizavimo ir vadovavimosi jais teisinėje praktikoje, pacientų skundų skaičius dėl kaltų medicinos darbuotojų veiksmų, sukėlusių žalą (ypač neturtinę), Lietuvoje turės tendenciją augti.

Šią tendenciją patvirtina ir audito metu surinkti statistiniai duomenys.

Valstybinė medicininio audito inspekcija prie Sveikatos apsaugos ministerijos tiria nepatenkintų pacientų ar jų artimųjų skundus, susijusius su asmens sveikatos priežiūra (dažniausiai skundai susiję su medikų klaidomis, nesuteikta arba nekokybiškai suteikta medicinos pagalba). Inspekcija nagrinėdama skundus vertina medikų pacientams teiktas paslaugas, teiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę ir efektyvumą.

Kasmet augantis inspekcijos darbo krūvis rodo ir augantį pacientų aktyvumą ginant savo teises ir interesus (duomenys pateikiami 1 lentelėje).

**1 lentelė. Valstybinės medicininio audito inspekcijos veiklos rezultatai**

| Valstybinės medicininio audito inspekcija | 2003 m. | 2004 m. | 2005 m. |
|---|---------|---------|---------|
| Iš viso atliko tyrimų                     | 289     | 311     | 340     |
| Iš viso atliko užduočių                   | 555     | 660     | 878     |

Pažymime, kad 2005 metais prie Sveikatos apsaugos ministerijos pradėjo funkcionuoti Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija, kuri yra ikiteisminė institucija ginčams dėl pacientams padarytos žalos atlyginimo nagrinėti, išskyrus ginčus, kylančius iš civilinės atsakomybės draudimo santykių. Ši komisija 2005 m. sausio–rugpjūčio mėnesiais gavo 31 skundą.

Atsižvelgiant į tai, kad Lietuvoje nėra registro ir nekaupiami statistiniai duomenys, kiek gydytojų profesinių klaidų yra padaryta ir kokių finansinių nuostolių šios klaidos sukėlė, nustatyti galimų žalos padarymo atvejų skaičių ir dėl to patiriamus finansinius praradimus apskaičiuoti

galima tik preliminariai, vadovaujantis kitų valstybių ir regionų, iš dalies ir Lietuvoje atliktomis studijomis,<sup>2,3</sup> kurias toliau apžvelgiame.

Pirmąjį sociologinį tyrimą apie pacientų žalos patirtį sveikatos priežiūros įstaigose atliko rinkos analizės ir tyrimo grupė UAB RAIT 2004 m. spalio–lapkričio mėn. Tyrimo metu buvo atliktos dvi apklaustos: reprezentatyvi 1090 Lietuvos gyventojų ir tikslinė 380 pacientų, teigiančių, kad jie patyrė žalą sveikatos priežiūros įstaigose.

Reprezentatyvios Lietuvos gyventojų apklaustos metu **25 proc.** iš 1090 respondentų nurodė, kad jie sveikatos priežiūros įstaigose patyrė vienokio ar kitokio pobūdžio žalą. Tikslinės apklaustos duomenimis, tik 7,3 proc. iš 380 žala sveikatos priežiūros įstaigose patyrusių respondentų dėl jos atlyginimo kreipėsi į atsakingas institucijas.

Atsižvelgdami į tai, kad 25 % asmenų, apsilankiusių sveikatos priežiūros įstaigoje, teigia patyrę žalą, pateikiame Lietuvos gyventojų apsilankymų pas gydytojus skaičių<sup>4</sup> (duomenys pateikti 2 lentelėje)

**2 lentelė. Gyventojų apsilankymų pas gydytojus ir odontologus Lietuvoje skaičiai (mln. kartų)**

| Metai                                | 2002 m. | 2003 m. | 2004 m. | 2005 m. |
|--------------------------------------|---------|---------|---------|---------|
| Apsilankymų pas gydytojus skaičius   | 22,30   | 22,40   | 22,72   | 23,11   |
| Apsilankymų pas odontologus skaičius | 4,05    | 4,08    | 3,90    | 3,95    |

Šie skaičiai ir minėto tyrimo metu nustatyti procentai leidžia daryti prielaidą, kad Lietuvoje per metus padarytos pacientams žalos atvejų gali būti daugiau (iki 25 proc. apsilankymų sveikatos priežiūros įstaigose atvejų), negu jų fiksuojama pacientų skundus nagrinėjančiose institucijose.

Antrojo tyrimo metu<sup>5</sup> 305 respondentai, valstybinės sveikatos priežiūros įstaigų gydytojai ir privačios praktikos gydytojai, pateikė savo vertinimą, kad „nuo 2005 m. sausio 1 d. įsigaliojus Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymui, besikreipiančiųjų dėl žalos atlyginimo pacientų skaičius vienareikšmiškai padidės. Daugiau nei pusės gydytojų vertinimu, besikreipiančiųjų skaičius augs daugiau nei 40 proc.“<sup>6</sup>. Atsižvelgdami į tai, tyrimo metu net 87 proc. gydytojų nurodė, kad profesinės civilinės atsakomybės draudimas jiems yra labai reikalingas.

Mūsų nuomone, gydytojų profesinės atsakomybės bylų skaičius gali augti ir dėl to, kad pacientai tampa aktyvesni sveikatos priežiūros paslaugų gavėjai, linkę kreiptis į gydantį gydytoją.

<sup>2</sup> Sveikatos politikos centras. Sveikatos priežiūros paslaugų kultūra. Kaunas, Kopa, 2005, p. 6–14.

<sup>3</sup> Leidinyje Sveikatos priežiūros paslaugų kultūra pažymėta, kad „norėdami gerinti Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, vykdyti nepageidaujamų įvykių prevenciją, užtikrinant pacientų saugumą VŠĮ Sveikatos politikos centras užsakė du sociologinius tyrimus, siekdamas išsiaiškinti gydytojų ir pacientų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų rizikos faktorius, gydytojų profesinių klaidų tikėtumą, žalos pacientų sveikatai atlyginimo mechanizmo veikimą“.

<sup>4</sup> Statistikos departamentas. Lietuvos statistikos metraštis 2005. Vilnius, Baltijos kopija, 2005, p. 249, ir Lietuvos sveikatos informacijos centro internetinis puslapis <http://www.lsic.lt>. Puslapis aplankyta 2005 m. sausio 3 d.

<sup>5</sup> Šį gydytojų ir felčerių sociologinį tyrimą 2005 m. vasario mėnesį atliko viešosios nuomonės ir rinkos tyrimų UAB „Spinter tyrimai“. Gauti tyrimo rezultatai reprezentuoja Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų rizikos veiksnius, gydytojų profesinių klaidų tikėtumą.

<sup>6</sup> Sveikatos politikos centras. Sveikatos priežiūros paslaugų kultūra. Kaunas, Kopa, 2005, p. 6–14.

įstaigos vadovą ar advokatą, jeigu, jų manymu, sveikatos priežiūros paslaugos buvo suteiktos netinkamai. Toks faktas buvo pažymėtas ir Nacionalinės sveikatos tarybos metiniame pranešime – „būtina konstatuoti, kad skundų skaičius nuo 2002 m. auga... Pacientai vis dažniau linkę skųstis dėl jiems suteiktų nekokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų Valstybinei medicininio audito inspekcijai, Sveikatos apsaugos ministerijai, Seimo Sveikatos reikalų komitetui, netgi Prezidentūrai, Vyriausybei ir kitoms institucijoms“<sup>7</sup>.

Pažymime, kad vis didėjanti finansinė nepageidaujamų įvykių našta sveikatos priežiūros sistemoje tampa nepakeliama net tokiose valstybėse kaip JAV, Jungtinė Karalystė ir Australija<sup>8</sup>. Šiose valstybėse tyrimų metu taip pat buvo įvertinta, kiek pacientų patyrė žalą hospitalizacijos metu. Tyrimų duomenis pateikiame toliau:

- JAV medicinos klaidos kasmet kainuoja 17–29 mlrd. JAV dolerių<sup>9</sup>. 2005 m. sveikatos priežiūros kokybės kompanija „HealthGrades“ atliko išsamią studiją<sup>10</sup>, kurios metu tyrė nepageidaujamų įvykių dažnį JAV 28 valstijų ligoninėse 2001–2003 m. Kompanija, ištyrusi apie 39 mln. ligos istorijų (tai sudarė 45 proc. visų JAV hospitalizacijų skaičiaus), nustatė, kad šiuo laikotarpiu pacientams įvyko apie 1,18 mln. saugos įvykių. Studijoje taip pat pažymima, kad kasmet apie 100 000 pacientų JAV mirė nuo potencialiai išvengiamų klaidų medicinoje. Nuostoliai dėl šių klaidų sudarė daugiau kaip 3 mlrd. JAV dolerių per metus;

- Jungtinėje Karalystėje Nacionalinė sveikatos tarnyba teisiniams ieškiniams patenkinti išleidžia apie 400 mln. svarų sterlingų. Sveikatos priežiūros sistema dėl ligoninėse įvykusių infekcijų praranda 1 mlrd. svarų sterlingų<sup>11</sup>. Atlikti tyrimai rodo, kad Jungtinėje Karalystėje nepageidaujami įvykiai, sukeltys žalą pacientams, sudaro apie 10 proc. visų hospitalizacijos atvejų<sup>12</sup>;

- 1995 m. Australijoje buvo atliktos sveikatos priežiūros kokybės studijos, kurios nustatė, kad nepageidaujami įvykiai sudarė net 13 proc. hospitalizacijos atvejų.<sup>13</sup>

Europoje 2000 m. atlikti tyrimai rodo, kad kas dešimtas ligoninėje gydysis pacientas patyrė neigiamą poveikį nuo nepageidaujamų įvykių, susijusių su sveikatos priežiūra, kurių daugumos buvo galima išvengti.<sup>14, 15</sup>

Išdėstytų faktų analizė leidžia daryti išvadą, kad nagrinėtose valstybėse žalos padarymo pacientams atvejai sudaro nuo 3 iki 13 procentų visų hospitalizacijų skaičiaus. Lietuvos ligoninėse

<sup>7</sup> Nacionalinė sveikatos taryba. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2004. Vilnius, 2005, p. 94.

<sup>8</sup> Sveikatos politikos centras. Sveikatos priežiūros paslaugų kultūra. Kaunas, Kopa, 2005, p. 6–14.

<sup>9</sup> Doing What Counts for Patient Safety: Federal Actions to Reduce Medical Errors and Their Impact. Report of the Quality Interagency Coordination Task Force to the President. 2002.

<sup>10</sup> HealthGrades Quality Study. Second Annual. Patient Safety in American Hospital Report. May, 2005. Internetinis adresas: <http://www.healthgrades.com>. Puslapis aplankytas 2005 m. sausio 17 d.

<sup>11</sup> Building a Safer NHS for Patients. Implementing an Organization with a Memory. 2002.

<sup>12</sup> An Organization with a Memory. Report of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS. London, Stationary Office. 2000.

<sup>13</sup> Patient safety: Towards Sustainable Improvement. Fourth to the Australian Health Ministers' Conference. Australian Council for Safety and Quality in Health Care. Commonwealth of Australian. 2003.

<sup>14</sup> Standing Committee of the Hospitals of the EU. The Quality of Health Care/Hospital Activities. Report by the Working Party on Quality Care in Hospitals of the Subcommittee on Coordination. September. 2000.

<sup>15</sup> Australian Patient Safety Survey. Final Report to the Commonwealth Department of Health and Aged Care. 2001.

hospitalizacijų skaičius 2002 m. buvo 819 tūkst., 2003 m. – 811 tūkst., 2004 m. – 818 tūkst., o 2005 – 813 tūkst.<sup>16</sup>

Išanalizuoti faktai ir tendencijos rodo, kad civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomasis draudimas valstybei, sveikatos priežiūros sektoriui ir pacientams yra aktualus. Tik tinkamai reglamentuota ir praktiškai funkcionuojanti draudimo sistema pacientams užtikrina, kad žala, padaryta jų sveikatai, bus tinkamai kompensuota, sveikatos priežiūros įstaigų veiklos tęstinumui nesukels neigiamų padarinių, pačias įstaigas ir valstybę apsaugos nuo didelių neplanuotų finansinių nuostolių. Lyginamosios statistinės analizės metodu įvertinus kitose valstybėse ir iš dalies Lietuvoje atliktų studijų rezultatus, galima teigti, kad tik maža dalis Lietuvoje žalą patyrusių pacientų kreipiasi į žalą padariusias ar skundus nagrinėjančias įstaigas su turinėmis pretenzijomis dėl pacientų sveikatai (teisėms) padarytos žalos atlyginimo. Manytina, kad tokių pacientų skaičius Lietuvoje potencialiai augs. Tai lemia didesnę audito metu nustatytų problemų svarbą ir jų aktualumą Lietuvoje.

## **II. Kaip buvo reglamentuotas ir įgyvendintas civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomasis draudimas Lietuvos Respublikoje iki 2005 m. sausio 1 d.**

Nagrinėjant pagrindinius su pacientų teisėms padarytos žalos atlyginimu susijusius teisės aktus paminėtina, kad Lietuvos Respublika, viena iš pirmųjų Rytų ir Vidurio Europos valstybių, priėmė kompleksinę pacientų teises įtvirtinantį teisės aktą – Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą (1996-10-03 Nr. I-1562). Šio įstatymo IV skyrius<sup>17</sup> įtvirtino ir žalos, padarytos pacientams gydytojo ar slaugos darbuotojo veiksmais, atlyginimo pagrindus ir tvarką.

Įstatymas nustatė šias pagrindines žalos, padarytos pacientams, nustatymo ir kompensavimo taisykles ir sąlygas:

- Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos sveikatos priežiūros įstaigos, akredituotos asmens sveikatos priežiūrai, vykdydamos asmens sveikatos priežiūrą, privalo drausti savo civilinę atsakomybę už žalą, padarytą pacientams gydytojų ar slaugos darbuotojų teisėtais veiksmais;

- Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos asmens sveikatos priežiūros įstaigų privalomąjį draudimą dėl civilinės atsakomybės už žalą, padarytą pacientams, vykdo Valstybinė ligonių kasa, šiuo tikslu suformuodama savarankišką Asmens sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už žalą, padarytą pacientams, draudimo fondą. Fondo nuostatus tvirtina Vyriausybė. Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios stacionarią pagalbą, moka 0,2 procento, o neteikiančios stacionarios pagalbos – 0,1 procento nuo priskaičiuoto gydytojų ir

<sup>16</sup> Lietuvos sveikatos informacijos centras. Internetinis tinklalapis <http://www.lsic.lt>. Puslapis lankytas 2005 m. vasario 2 d.

slaugos darbuotojų darbo užmokesčio fondo. Šio fondo lėšos naudojamos tikslingai kompensacijoms pacientams už padarytą žalą išmokėti;

- Sveikatos priežiūros įstaigos, akredituotos asmens sveikatos priežiūrai ir nepriklausančios Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemai, vykdydamos asmens sveikatos priežiūrą privalo drausti savo civilinę atsakomybę už žalą, padarytą pacientams gydytojų ar slaugos darbuotojų teisėtais veiksmais, sudarydamos draudimo sutartis su draudimo įmonėmis, turinčiomis teisę vykdyti bendrosios civilinės atsakomybės draudimą pagal Lietuvos Respublikos įstatymus, arba sudarydamos sutartis su Valstybine ligonių kasa. Jeigu sveikatos priežiūros įstaigos, nepriklausančios Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai, vykdydamos asmens sveikatos priežiūrą, draudžia savo civilinę atsakomybę už žalą, padarytą pacientams gydytojų ar slaugos darbuotojų teisėtais veiksmais, sudarydamos draudimo sutartis su draudimo įmonėmis, tai draudimo sąlygos, draudimo išmokų dydis, jų mokėjimo tvarka ir kita nustatoma draudimo sutartyse. Jeigu sveikatos priežiūros įstaigos, nepriklausančios Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai, sudaro sutartis su Valstybine ligonių kasa, tai joms galioja tos pačios draudimo sąlygos ir įmokų mokėjimo tvarka kaip ir Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos sveikatos priežiūros įstaigoms.

Minėto įstatymo 16 str. įtvirtino, kad sveikatos priežiūros įstaigos, neapdraudusios savo civilinės atsakomybės už žalą, padarytą pacientams, neturi teisės vykdyti asmens sveikatos priežiūros.

Įstatymo 18 str. buvo nustatyta, kad žalos padarymo pacientui atveju kompensacija, priklausomai nuo to, kur sveikatos priežiūros įstaiga apsidraudusi, išmokama arba iš Valstybinės ligonių kasos. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už žalą, padarytą pacientams, draudimo fondo lėšų (pagal Vyriausybės patvirtintą tvarką ir dydžius, bet ne daugiau kaip 15 minimalių mėnesinių algų), arba pagal sveikatos priežiūros įstaigos ir draudimo įmonės sutartyje numatytas sąlygas.

Pažymime, kad Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (1996-10-03 Nr. I-1562), nustatęs sveikatos priežiūros įstaigų privalomojo draudimo sistemą, nebuvo įgyvendintas. Šis įstatymas galiojo iki 2005 m. sausio 1 d., tačiau iki šios datos (ilgiau kaip 8 metus) nebuvo priimti įstatymą lydintys teisės aktai, nebuvo sukurtas Valstybinės ligonių kasos asmens sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už žalą, padarytą pacientams, draudimo fondas, neparengta pacientų sveikatai padarytos žalos dydžio nustatymo ir kompensavimo tvarka, neparengta asmens sveikatos priežiūros įstaigų privalomojo draudimo sąlygų ir lėšų tikslingo išmokėjimo pacientams tvarka, nebuvo nustatytos kitos civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo įgyvendinimo priemonės.

---

<sup>17</sup> Šis įstatymo skyrius įsigaliojo nuo 1999-01-01.

### III. Kaip reglamentuojamas ir įgyvendinamas civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomasis draudimas Lietuvos Respublikoje nuo 2005 m. sausio 1 d.

Siekiant civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo sistemos veiksmingo įgyvendinimo ir efektyvaus funkcionavimo, 2004 m. liepos 13 d. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas buvo pakeistas, išdėstant jį nauja redakcija, kuri įsigaliojo nuo 2005 m. sausio 1 d. (2004-07-13 įstatymo Nr. IX-2361 redakcija).

Naujosios redakcijos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas reglamentuoja paciento teisę į kokybišką sveikatos priežiūrą, sveikatos priežiūros prieinamumą ir priimtinumą, informaciją, privataus gyvenimo neliečiamumą, žalos atlyginimą ir šios teisės įgyvendinimo tvarką, teisę pasirinkti gydytoją, slaugos specialistą ir sveikatos priežiūros įstaigą, diagnostikos ir gydymo metodikas, teisę atsisakyti gydymo, paciento teisę nežinoti, teisę skųstis.

Įstatymas, nustatydamas, kad kiekvienas pacientas turi teisę į kokybišką sveikatos priežiūrą, įtvirtino, kad kokybiška sveikatos priežiūra – tai sveikatos priežiūra, teikiama laikantis nustatytų sveikatos priežiūros normų, kitų teisės aktų ir vykdoma asmenų, turinčių medicinos ar kitos atitinkamos praktikos licencijas sveikatos priežiūros įstaigose, turinčiose licenciją teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir apdraudusiose savo civilinę atsakomybę už pacientams padarytą žalą.

Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas nustatė, kad:

- *sveikatos priežiūros įstaiga privalo atlyginti žalą pacientams, kurių teisės teikiant sveikatos priežiūros paslaugas buvo pažeistos dėl šios įstaigos ar jos darbuotojų kaltės;*

- *sveikatos priežiūros įstaigos privalo drausti savo civilinę atsakomybę už pacientams padarytą žalą;*

- *Civilinės atsakomybės privalomojo draudimo minimali draudimo suma yra 50 000 Lt vienai asmens sveikatos priežiūros įstaigai kiekvienam draudimui įvykiui;*

- *Draudikui dėl draudiminio įvykio išmokėjus draudimo išmoką, draudimo prievolė lieka galioti visai draudimo sumai, neišskaičiuojant iš jos sumokėtų draudimo išmokų;*

- *Jeigu draudimo išmokos žalai atlyginti nepakanka, žalą padariusi sveikatos priežiūros įstaiga atlygina pacientui (arba jo atstovams) faktinės žalos ir draudimo išmokos skirtumą;*

- *sveikatos priežiūros įstaigos už pacientams padarytą žalą gali papildomai draustis civilinės atsakomybės draudimu;*

- *sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo tvarką nustato Vyriausybė ar jos įgaliota institucija (vykdant šį įstatyminių įpareigojimą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras 2005 m. sausio 6 d. įsakymu Nr. V-6 patvirtino Sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo tvarką, kurioje buvo nustatyta, kad minėta draudimo veikla turi teisę užsiimti tik draudimo kompanijos, turinčios teisę vykdyti sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo veiklą (specialiai Lietuvos Respublikos draudimo priežiūros komisijos išduotą licenciją)).*

### ***3.1. Kurios sveikatos priežiūros įstaigos privalo drausti savo civilinę atsakomybę už pacientams padarytą žalą, kaip reglamentuojama ir įgyvendinama šių įstaigų privalomojo draudimo kontrolė***

Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 16 str. nustatė, kad **sveikatos priežiūros įstaigos** privalo drausti savo civilinę atsakomybę už pacientams padarytą žalą.

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo (1996-06-06 Nr. I-1367), 3 str. nurodyta, kad sveikatos priežiūros įstaigos pagal sveikatos priežiūros paslaugų rūšis yra:

1) asmens sveikatos priežiūros;<sup>18</sup>

2) visuomenės sveikatos priežiūros;<sup>19</sup>

3) mišrios.<sup>20</sup> Atsižvelgdami į tai, kad mišrios įstaigos veikia pagal licencijas asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrai, taigi įstaigos priskirtinos vienai iš tų grupių, ataskaitoje nagrinėjame tik asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigas.

Atsižvelgdami į tai, kad dalis asmens sveikatos priežiūros įstaigų – odontologinės priežiūros (pagalbos) sveikatos priežiūros įstaigos ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos turi skirtingą licencijavimo, veiklos priežiūros ir kontrolės tvarką, toliau nagrinėsime civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo aspektus kiekvienoje šių įstaigų grupių.

Analizuodami šių įstaigų privalomojo civilinės atsakomybės draudimo kontrolės mechanizmą mes išskyrėme įstaigų draudimo kontrolę pačioje pradinėje stadijoje – t.y. jas licencijuojant. Mūsų nuomone, būtent šioje stadijoje draudimo kontrolė atliekama nepakankamai, todėl kitose ataskaitos dalyse ją įvertinome.

#### ***3.1.1. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos***

Sveikatos priežiūros paslaugas ir patarnavimus gali teikti įstaigos ir įmonės gavusios licenciją, kurią išduoda Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – Akreditavimo tarnyba).

Akreditavimo tarnyba užtikrina, kad būtų sudarytos sąlygos teikti saugias ir kokybiškas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Tuo tikslu Akreditavimo tarnyba įvertina, kaip paraiškas

<sup>18</sup> Asmens sveikatos priežiūros įstaigų rūšys pagal jų teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas yra: 1) medicinos pagalbos; 2) slaugos ir palaikomojo gydymo (slaugos); 3) medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo; 4) medicininės-socialinės ekspertizės; 5) specializuotos medicininės ekspertizės; 6) mišrios.

<sup>19</sup> Visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų rūšys pagal visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų asortimentą yra: 1) visuomenės sveikatos monitoringo ir visuomenės sveikatos ekspertizės; 2) visuomenės sveikatos saugos (maisto ir ne maisto produktų saugos, radiacinės saugos, aplinkos higienos, darbo medicinos); 3) neinfekcinių ligų profilaktikos ir kontrolės; 4) užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės; 5) visuomenės sveikatos ugdymo; 6) mišrios.

<sup>20</sup> Mišrios sveikatos priežiūros įstaigos yra įstaigos, teikiančios visuomenės sveikatos priežiūros ir asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Mišrios sveikatos priežiūros įstaigos yra: Lietuvos AIDS centras (šio centro visuomenės sveikatos priežiūros veikla nelicencijuojama, o licenciją teikti asmens ambulatorines ir slaugos paslaugas išdavė Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos); ir Nacionalinis visuomenės sveikatos tyrimų centras, teikiantis laboratorinės diagnostikos paslaugas (licencijas yra išdavusios Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos).



pateikusios sveikatos priežiūros įstaigos atitinka reikalavimus, ir išduoda joms asmens sveikatos priežiūros licencijas. Šie dokumentai suteikia teisę sveikatos priežiūros įstaigai teikti konkrečias licencijoje nurodytas paslaugas.

Tyrimo metu Akreditavimo tarnyba nurodė, kad licencijas teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir patarnavimus yra išdavusi 1294 įstaigoms ir įmonėms: 17 iš jų yra įsteigusi Sveikatos apsaugos ministerija, 65 – Vyriausybė, kitos ministerijos ir įstaigos, 89 – apskričių viršininčių administracijos, 269 – savivaldybių tarybos, 848 – privatūs asmenys ir 6 – kitos institucijos. Šios sveikatos priežiūros įstaigos ir įmonės pagal Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 16 str. privalo drausti savo civilinę atsakomybę už pacientams padarytą žalą privalomuoju draudimu nuo 2005 m. sausio 1 d. Siekiant nustatyti kaip tai įgyvendinama praktikoje, Sveikatos apsaugos ministerijos pavedimu Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos 2006 metais atliko dalies (49 %) licencijuotų asmens sveikatos priežiūros įstaigų, sudariusių sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, draudimo monitoringą. Iš teritorinių ligonių kasų buvo surinkti duomenys apie tai, kaip 638 asmens sveikatos priežiūros įstaigos šį draudimą įgyvendino 2005 metais.

Pagal gautus duomenis nustatyta (žr. 1 pav.):

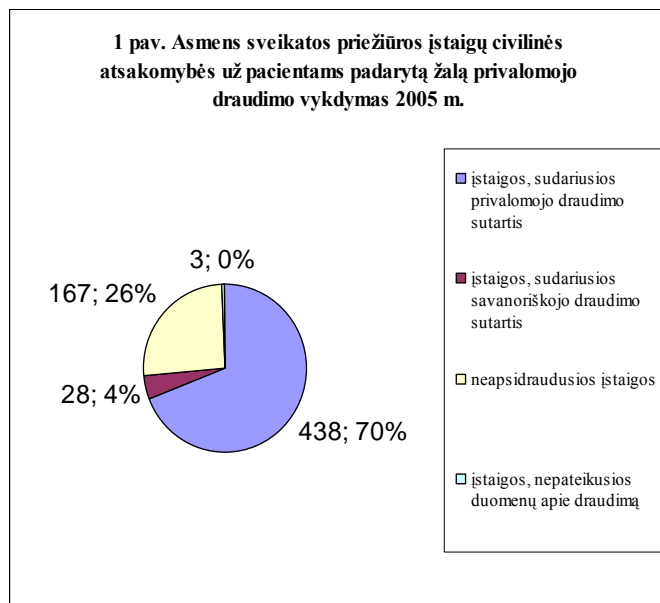
- 438 įstaigos buvo sudariusios privalomojo draudimo sutartis;

- 28 įstaigos buvo sudariusios savanoriškojo draudimo sutartis<sup>21</sup>. Pažymime, kad savanoriškojo draudimo sutartis neatitinka Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymo Nr. IX-2361 16 str. reikalavimų;

- 167 įstaigos (26 % apklaustųjų) savo civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomuoju draudimu nebuvo apdraudusios;

- 3 įstaigos duomenų apie šį draudimą nepateikė.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, sudariusių privalomojo draudimo sutartis, draudimo liudijimuose nurodyta, kad bendra jų draudiminių įmokų suma už 2005 metų draudimo sutartis sudarė 7,48 mln. Lt.



<sup>21</sup> Privalomuoju draudimu neapsidraudę tokios sveikatos priežiūros įstaigos kaip VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, VŠĮ Kauno medicinos universiteto klinikos, VŠĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė, VŠĮ Klaipėdos psichiatrijos ligoninė ir kt.

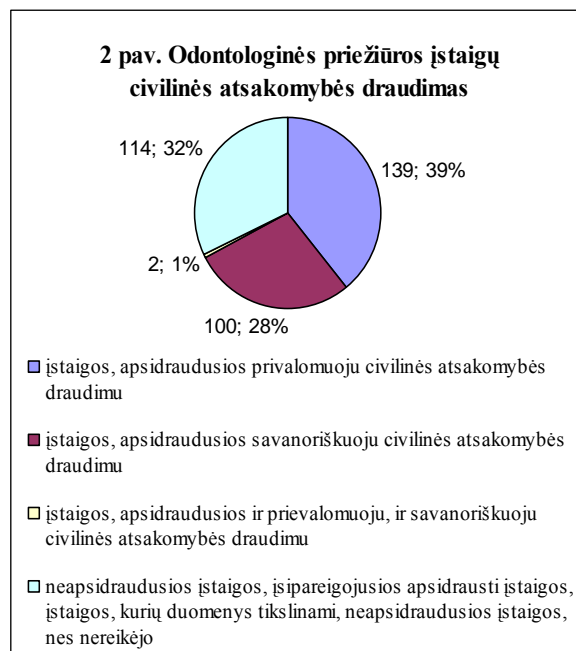
Pateikti asmens sveikatos priežiūros įstaigų duomenys rodo, kad savo civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą daugiausiai yra neapsidraudusios privačios sveikatos priežiūros įstaigos. Pagal teritorinės veiklos zonas daugiausiai neapsidraudusių sveikatos priežiūros įstaigų yra Kauno ir Klaipėdos teritorinių ligonių kasų zonose.

Pažymime, kad efektyviausias sveikatos priežiūros įstaigų draudimo kontrolės mechanizmas yra kontrolė įstaigą licencijuojant, tačiau galiojančiose sveikatos apsaugos ministro 1999 m. kovo 1 d. įsakymu Nr. 97 patvirtintose Sveikatos priežiūros licencijavimo taisyklėse tokia kontrolė nenustatyta. Teisės aktuose nesant tokių nuostatų, nesudaromos prielaidos pirminiame etape kontroliuoti įstaigas, ar jos apdraudė savo civilinę atsakomybę už pacientams padarytą žalą privalomuoju draudimu.

Mūsų nuomone, tai, kad galiojančiuose asmens sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimą reglamentuojančiuose teisės aktuose nenustatytas mechanizmas įstaigos civilinės atsakomybės draudimui kontroliuoti, yra viena iš svarbių priežasčių, lemiančių, kad šiuo draudimu vis dar neapsidraudęs sąlyginai didelis skaičius asmens sveikatos priežiūros įstaigų.

### 3.1.1.1. *Odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigos*

Licencijas teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir patarnavimus odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigoms iki 2004 m. rugsėjo 1 d. išduodavo Akreditavimo tarnyba, o nuo šios datos licencijavimo funkciją perėmė Odontologų rūmai. Pažymime, kad tikslių duomenų apie Akreditavimo tarnybos licencijuotų sveikatos priežiūros įstaigų draudimą neturi nei Odontologų rūmai, nei Akreditavimo tarnyba<sup>22</sup>. Odontologų rūmai nuo 2004 m. rugsėjo 1 d. iki 2006 m. sausio 30 d., išdavė licencijas teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir patarnavimus 355 odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigoms.<sup>23</sup> Odontologų rūmų duomenimis,<sup>24</sup> 2006 m. sausio 30 d. iš šių įstaigų privalomuoju civilinės atsakomybės draudimu buvo apsidraudusios 139 įstaigos (113 privatūs ir 26 viešieji juridiniai asmenys), savanoriškuoju civilinės atsakomybės draudimu buvo apsidraudę 100 įstaigų



<sup>22</sup> Odontologų rūmai nurodė, kad negali atsakyti, ar šios odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigos yra apsidraudusios civilinės atsakomybės privalomuoju draudimu, nes Valstybinė akreditavimo tarnyba jiems nėra perdavusi šiuo aspektu išsamios informacijos. Pažymėtina, kad šių duomenų neturi ir Akreditavimo tarnyba, nes iki 2004 m. rugsėjo 1 d. galioję teisės aktai išduodant licencijas nereikalavo įstaigų drausti savo atsakomybę.

<sup>23</sup> Iš jų 311 yra privatūs ir 44 viešieji juridiniai asmenys.

<sup>24</sup> Odontologų rūmų 2006-01-30 raštas Valstybės kontrolei Nr. 06/01-19.

(89 privatūs ir 11 viešųjų juridinių asmenų), 2 įstaigos buvo apsidraudusios ir privalomuoju ir savanoriškuoju civilinės atsakomybės draudimu. Dėl kitų 114 odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų Odontologų rūmai nurodė, kad duomenys yra tikslinami<sup>25</sup> (56 įstaigos, iš jų 53 privatūs ir 3 viešieji juridiniai asmenys), kad įstaigos neapsidraudė, nes nereikėjo<sup>26</sup> (54 įstaigos, iš jų 50 privatūs ir 4 viešieji juridiniai asmenys), ir kad 4 įstaigos yra įsipareigojusios apsidrausti. Kitu raštu<sup>27</sup> Odontologų rūmai patikslino, kad, „rūmų duomenimis, veikia trys rūmų licencijuotos odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigos, neapsidraudusios nei privalomuoju, nei savanorišku civilinės atsakomybės draudimu, arba minėtojo draudimo poliso kopijos nepateikusios rūmams. Šios įstaigos buvo pakartotinai perspėtos, jog privalo apsidrausti civilinę atsakomybę privalomuoju draudimu, nes priešingu atveju, remiantis Odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų licencijavimo taisyklių 40.1 punktu, joms bus stabdomas licencijos galiojimas“.

Audito metu Lietuvoje veikė 1878 licencijuotos odontologinės priežiūros (pagalbos) paslaugas teikiančios įstaigos. Jos savo civilinę atsakomybę už pacientams padarytą žalą privalomuoju draudimu privalėjo apdrausti nuo 2005 m. sausio 1 d., tačiau Odontologų rūmai turi duomenis tik apie 141 įstaigos (7 %) apsidraudimą civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomuoju draudimu. Dar 100 įstaigų yra sudariusios savanoriškojo civilinės atsakomybės draudimo sutartis, kurios neatitinka Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 16 str. nuostatų.

Nors Odontologų rūmai atsitiktinės atrankos būdu tikrina, ar odontologinės priežiūros (pagalbos) paslaugas įmonės teikia turėdamos galiojantį civilinės atsakomybės privalomojo draudimo polisą, mūsų nuomone, efektyviausias odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų draudimo kontrolės mechanizmas yra kontrolė įstaigas licencijuojant. Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 30 d. įsakymu Nr. V-694 patvirtintų Odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų licencijavimo taisyklių 13 punktas, nustato, kad įstaiga, norinti gauti licenciją verstis asmens sveikatos priežiūros veikla ir teikti odontologinės priežiūros (pagalbos) ir/ar burnos priežiūros paslaugas, Odontologų rūmų Odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų licencijavimo komisijai be kitų dokumentų turi pateikti ir civilinės atsakomybės draudimo už pacientams padarytą žalą liudijimo (poliso) kopiją. Į tai dėmesį atkreipia ir Sveikatos apsaugos ministerija. Pažymime, kad Odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų licencijavimo taisyklių nuostatos, reikalaujamos pateikti draudimą įrodantį dokumentą, nenustato pareigos pateikti **privalomojo** draudimo liudijimo

<sup>25</sup> Odontologų rūmų nuomone, žyma „duomenų tikslinimas“ žymi tokią situaciją, kai licencijos buvo pateiktos duomenų patikslinimui į Odontologų rūmus, tačiau paraiškoje ir licencijavimo taisyklėse nebuvo reikalavimo, tikslinant licencijos duomenis, pateikti ir civilinės atsakomybės draudimo polisą.

<sup>26</sup> Odontologų rūmų nuomone, grafoje „Draudimo rūšis“ žodis „nereikėjo“ žymi tokią situaciją, kuomet, nors licencijos ir buvo išduodamos Rūmuose bei galiojo Pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymo nuostatos, reikalaujančios privalomojo sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės draudimo, iki 2005 m. balandžio 16 d. privalomojo draudimo polisų iš licencijuojamų įstaigų nebuvo reikalaujama, nes nebuvo nė vieno draudiko, teikusio šią paslaugą.

<sup>27</sup> Odontologų rūmų 2006-01-30 raštas Valstybės kontrolei Nr. 06/01-19.

(poliso) kopiją, nors būtent tokio draudimo reikalauja Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 16 str.

Papildomai atsižvelgtina į aplinkybę, kad 182 iš 1878 audito metu Lietuvoje veikusių licencijuotų odontologinės priežiūros (pagalbos) paslaugas teikiančių įstaigų buvo dantų technikų laboratorijos, kurios pagal 2004 m. rugsėjo 30 d. įsakymu Nr. V-694 patvirtintas Odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų licencijavimo taisyklės yra licencijuojamos taip pat kaip ir kitos Odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigos, todėl jos privalo drausti savo civilinę atsakomybę už pacientams padarytą žalą privalomuoju draudimu. Atkreipiame dėmesį, kad šios įstaigos savo veikloje su pacientu tiesiogiai nesąveikauja, o, kaip nurodė Odontologų rūmai, „vadovaujantis žodiniu Sveikatos apsaugos ministerijos išaiškinimu iš šių įstaigų nėra reikalaujama draustis privalomuoju civilinės atsakomybės draudimu už pacientams padarytą žalą. Šie klausimai nėra išspręsti ir reglamentuoti“. Todėl, mūsų nuomone, reikalinga svarstyti klausimą dėl tikslingumo nustatyti pareigą drausti civilinę atsakomybę Odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigoms – dantų technikų laboratorijoms.

### ***3.1.2. Visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos ir jų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą draudimo ypatybės***

Kaip minėjome, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 16 str. pareiga drausti savo civilinę atsakomybę už pacientams padarytą žalą privalomuoju draudimu numatyta **sveikatos priežiūros įstaigoms** (kurios pagal teikiamų paslaugų rūšis skirstomos į asmens ir visuomenės), tačiau 16 str. 2 d. nustatyta, kad civilinės atsakomybės privalomojo draudimo minimali suma (50 000 Lt) privaloma vienai **asmens** sveikatos priežiūros įstaigai kiekvienam draudimui įvykiui.

Įstatymo nuostatas detalizuojančio teisės akto – sveikatos apsaugos ministro 2005 m. sausio 6 d. įsakymu Nr. V-6 patvirtintų Sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo taisyklių 5 p. taip pat nustatyta, kad „Draudėjas yra **asmens** sveikatos priežiūros įstaiga, turinti teisę teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas sudariusi su draudiku draudimo sutartį pagal sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo taisyklės“.

Sveikatos apsaugos ministerija audito metu nurodė, kad, jų nuomone, visuomenės sveikatos priežiūros įstaigoms pareiga drausti savo civilinę atsakomybę už pacientams padarytą žalą privalomuoju draudimu įstatymiškai taip pat galioja.

Darytina išvada, kad visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų pareiga drausti savo civilinę atsakomybę už pacientams padarytą žalą privalomuoju draudimu yra nustatyta įstatyme, tačiau nedetalizuojama nei tame pačiame įstatyme, nei jokiuose kituose teisės aktuose, nors kai kurios visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos sąveikauja su pacientu lygiai taip pat kaip ir asmens

sveikatos priežiūros įstaigos, pvz., visuomenės sveikatos priežiūros centrų atliekama imunoprofilaktika, kuri dėl savo pobūdžio yra veikla, susijusi tiek su asmens sveikatos priežiūra, kaip asmenims teikiama paslauga, tiek su visuomenės sveikatos priežiūra, kaip valstybės vykdoma veikla, kuria siekiama sumažinti sergamumą užkrečiamosiomis ligomis. Atsižvelgdami į tai, kas išdėstyta, galime teigti, kad imunoprofilaktikai, kaip paslaugai, kuomet yra tiesioginiai santykiai su pacientu, turėtų būti taikomi reikalavimai, kurie keliami asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimui, įskaitant ir civilinės atsakomybės privalomąjį draudimą. Mūsų nuomone, kitoms visuomenės sveikatos priežiūros įstaigoms, kurios savo veikloje su pacientu tiesiogiai nesąveikauja (pvz. įstaigos, vykdančios tik privalomąjį sveikatos mokymą), netikslinga drausti savo civilinę atsakomybę už pacientams padarytą žalą privalomuoju draudimu.

Pagal 2006 m. sausio 25 d. duomenis, Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau tekste – Tarnyba) yra išdavusi visuomenės sveikatos priežiūros veiklos licencijas 127 įstaigoms ir įmonėms visuomenės sveikatos priežiūros veiklai vykdyti<sup>28</sup> (iš jų 19 įstaigų licencijuotos ir imunoprofilaktikai), o 59 veikia pagal licencijas, suteikiančias teisę vykdyti tik privalomąjį sveikatos mokymą, pvz., Vilniaus prekybos, pramonės ir amatų rūmų Ukmergės filialas. Šiuo metu Tarnyba nedisponuoja informacija, ar jos licencijuoti juridiniai asmenys savo civilinę atsakomybę yra apdraudę. Tarnyba pažymėjo, kad tokių draudimą įrodančių dokumentų nereikalaujama atsižvelgiant į Licencijavimo visuomenės sveikatos priežiūros veiklai tvarkos nuostatas, patvirtintas sveikatos apsaugos ministro 2003 m. sausio 29 d. įsakymu Nr. V-43. Be to, Tarnybos nuomone, esamas teisinis civilinės atsakomybės privalomojo draudimo reglamentavimas galiojančiuose teisės aktuose yra neaiškus ir taisytinus, tačiau pagal šiuo metu galiojančius teisės aktus yra būtinas tik asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, turinčioms santykių su pacientais. Pažymime, kad Tarnyba pareikštoje atskiroje nuomonėje dėl imunoprofilaktikos paslaugas teikiančių įstaigų nurodė, kad imunoprofilaktikai, kaip paslaugai, kuomet yra tiesioginiai santykiai su pacientu, turėtų būti taikomi reikalavimai, kurie keliami asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimui, taigi ir privalomojo civilinės atsakomybės draudimo.

Atlikta analizė parodė, kad šiuo metu galiojančių teisės aktų nuostatos nepakankamai aiškiai nustato įpareigojimą visuomenės sveikatos priežiūros įstaigoms drausti savo civilinę atsakomybę už pacientams padarytą žalą privalomuoju draudimu ir nediferencijuoja šių įstaigų draudimo būtinybės, atsižvelgiant į įstaigų teikiamų paslaugų pobūdį. Taip sudaromos prielaidos nereikalauti draudimo ir iš imunoprofilaktikos paslaugas teikiančių įstaigų, kurios tiesiogiai sąveikauja su

---

<sup>28</sup> Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo (2002-05-16 Nr. IX-886) 44 str. nustato, kad juridinių asmenų licencijavimą, atestavimą, akreditavimą visuomenės sveikatos priežiūros veiklai vykdo Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba Vyriausybės ar jos įgaliotos institucijos nustatyta tvarka. Juridinių asmenų licencijavimo visuomenės sveikatos priežiūros veiklai tvarka buvo patvirtinta Sveikatos apsaugos ministro 2003-01-29 įsakymu Nr. V-43.

pacientu ir gali jam padaryti žalą. Sveikatos apsaugos ministerijos nuomone, „įstaiga, norėdama teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas, net jei jos pagrindinė veikla nėra asmens sveikatos priežiūros teikimas, privalo turėti licenciją šiai veiklai, taigi ir civilinės atsakomybės draudimą. Todėl pildyti galiojančius teisės aktus, išskiriant įstaigų veiklos sritis, yra netikslinga“. Šiai Sveikatos apsaugos ministerijos nuomonei nepritariame, nes visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos imunoprofilaktikos paslaugas gali teikti ir neturėdamos licencijos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms teikti.

#### **IV. Kokie probleminiai civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo sistemos veikimo aspektai nustatyti audito metu**

Audito metu surinkę informaciją apie tai, kad civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomuoju draudimu po šią pareigą nustatančio įstatymo įsigaliojimo praėjus vieneriems metams yra neapsidraudusi santykinai didelė dalis sveikatos priežiūros įstaigų, 59 sveikatos priežiūros įstaigoms<sup>29</sup> išsiuntėme klausimynus apie šio draudimo įgyvendinimą, siekdami nustatyti, kodėl įstaigos savo atsakomybės nedraudžia. Iš 47 įstaigų gavome atsakymus, kurių analizę toliau pateikiame.

##### ***4.1. Civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo rinkoje dalyvauja nepakankamas draudikų skaičius, nes galiojantys teisės aktai nesudaro prielaidų apibrėžti draudiminę riziką***

Pagrindinės priežastys, kurias sveikatos priežiūros įstaigos nurodė, kodėl neapsidraudė savo civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomuoju draudimu, yra dideli draudimo kaštai (draudimo įmokos dydis žymiai didesnis, negu draudžiantis savanoriškuoju draudimu), kuriuos lemia nepakankama draudikų konkurencija. Net 42 iš 47 (89 %) sveikatos priežiūros įstaigų nurodė, kad civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo rinkoje Lietuvoje veikia nepakankamas draudikų skaičius ir kad jie nesukuria pakankamos konkurencijos. Kai kurios įstaigos nurodė, kad vykdant privalomojo draudimo paslaugų pirkimą iš viso negauta pasiūlymų pirkti šias paslaugas. Pavyzdžiui, Odontologų rūmai 2006-01-30 raštu Nr. 06/01-19 Valstybės kontrolę informavo: „Norime pastebėti, jog pagrindinė priežastis, kodėl odontologinės

<sup>29</sup> Siekiant tinkamai reprezentuoti visumą, apklausai parinktos sveikatos priežiūros įstaigos pagal skirtingus steigėjus, išskiriant penkias grupes:

- Sveikatos apsaugos ministerijos įsteigtos sveikatos priežiūros įstaigos ir įmonės – 4;
- Vyriausybė, kitos ministerijos ir įstaigos – 4;
- Apskričių viršinių administracijų – 7;
- Savivaldybių tarybos – 22;
- Privatūs asmenys – 22.

Pareikant sveikatos priežiūros įstaigas apklausai buvo atsižvelgta ir į įstaigų teikiamų paslaugų pobūdį, t.y. apklausai pasirinkome įstaigas, teikiančias skirtingas paslaugas – ambulatorines, stacionarines, reabilitacijos (ambulatorinės ir stacionarinės) bei greitosios medicinos pagalbos įstaigas. Daugiausiai apklausėme įstaigų, teikiančių ambulatorines ir stacionarines paslaugas.

priežiūros (pagalbos) įstaigos nenoriai draudžiasi, yra ne paties draudimo rūšis (privalomasis ar savanoriškasis), o siūlomos skirtingos draudimo sąlygos. Šiuo metu Lietuvoje yra tik dvi privalomuoju sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės draudimu draudžiančios bendrovės ir tik viena jų yra laikoma patikima. Draudimo rinkoje yra susidariusi nepageidautina padėtis, kuomet sveikatos priežiūros įstaigoms draudimo paslaugas siūlanti bendrovė monopolistė nustato nepagrįstai aukštus draudimo įmokų tarifus, nors minimali draudimo suma yra tik 50 000 litų kiekvienam draudimui įvykiui. Ši suma nėra didesnė nei daugumos savo profesinę riziką privalomai draudžiančių profesijų atstovų draudimo suma, nors įmokas, tarkime, advokatai, notarai, antstoliai moka kur kas mažesnes. Savanorišku civilinės atsakomybės draudimu apsidrausti siūlo kur kas daugiau bendrovių, todėl odontologijos priežiūros įstaigos gali apsidrausti savo civilinę atsakomybę mokėdamos kur kas mažesnes draudimo įmokas“.

Pažymime, kad šiuo metu draudimo rinkoje veikia dvi ne gyvybės draudimo bendrovės,<sup>30</sup> teikiančios sveikatos priežiūros įstaigoms civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo paslaugas. Lietuvos Respublikos draudimo priežiūros komisija 2005 m. sausio 12 d. licenciją, suteikiančią teisę vykdyti sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomąjį draudimą, išdavė ADB „Reso Europa“, o 2006 m. kovo 7 d. – UADB „BTA draudimas“. Audito metu nustatėme, kad kitos draudimo bendrovės į Draudimo priežiūros komisiją dėl licencijos vykdyti šį draudimą nesikreipė.

Atsižvelgdami į surinktą informaciją ir audito metu siekdami nustatyti, ar civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo rinkoje veikia pakankamas draudikų skaičius, papildomai apklausėme 12 asmens sveikatos priežiūros įstaigų, kurios 2005 metais skelbė viešuosius konkursus sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo paslaugoms pirkti. Atsakydamos į klausimus 9 įstaigos nurodė, kad konkurso metu gavo 2 draudimo bendrovių pasiūlymus privalomojo draudimo paslaugoms pirkti, o kitos – vienos draudimo bendrovės pasiūlymą.

92 % apklaustų įstaigų nurodė, kad civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo rinkoje dalyvauja mažai draudikų ir konkurencija tarp jų nepakankama.

---

<sup>30</sup> Be šių draudimo įmonių teisę pradėti teikti minėtas paslaugas turi ir kitų Europos Sąjungos valstybių narių draudimo įmonės, kurios turi teisę vykdyti bendrosios civilinės atsakomybės draudimo grupės rizikų draudimą (123 draudikai<sup>30</sup>), bet tik po to, kai įvykdo Draudimo įstatymo (2003 m. rugsėjo 18 d. Nr. IX-1737) 57 straipsnyje numatytas sąlygas. Galimybė kitų Europos Sąjungos valstybių narių draudimo įmonėms teikti paslaugas Lietuvos Respublikoje nesuteikia teisės paskirti pavaldų šios atstovaujamos įmonės nurodymams ir kontrolei bei nuolat ar ilgą laiką Lietuvos Respublikoje reziduosiantį asmenį, kuriam suteikti įgaliojimai sukurti kitos Europos Sąjungos valstybės narės draudimo įmonei teises ir pareigas trečiųjų asmenų atžvilgiu. Pažymėtina, kad tokių draudimo įmonių veiklos priežiūrą vykdo Europos Sąjungos valstybės narės, kurioje draudimo įmonė gavo licenciją, kompetentinga institucija. Europos Sąjungos valstybių narių draudimo įmonių sąrašas pateiktas Draudimo priežiūros komisijos interneto tinklapyje, adresu [http://www.dpk.lt/es\\_draudikai.phtml](http://www.dpk.lt/es_draudikai.phtml).

Siekdami nustatyti draudikų nedalyvavimo šioje rinkoje priežastis, audito metu išsiaiškinome draudikų poziciją:

- didžiausia Lietuvos ne gyvybės draudimo bendrovė „Lietuvos draudimas“ nusprendė neteikti sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo paslaugų. Bendrovės atstovų teigimu<sup>31</sup>, nė viena iš šešių Europos perdraudimo bendrovių nesutiko perdrausti sutarčių pagal šiuo metu Lietuvoje patvirtintą sveikatos priežiūros įstaigų privalomojo draudimo tvarką. „Perdraudimo bendrovėms užkliuvo atsinaujinanti draudimo suma. Pagal esamą tvarką neaišku, kiek kartų draudikui gali tekti mokėti už tą pačią medikų klaidą. Be perdraudimo teikti šią paslaugą yra per didelė rizika“.

- „If draudimas“ nurodė, kad per metus galimų draudimo įvykių skaičius yra sunkiai prognozuojamas, todėl draudimo bendrovės prisiimama rizika yra sunkiai vertinama. Nepamatuotos rizikos nei „If draudimas“, nei bet kuri kita atsakomybę prieš savo klientus jaučianti draudimo kompanija neprisiima, nes tai gali sukelti neprognozuojamų neigiamų padarinių ir bendrovei, ir jos klientams.

Atsižvelgiant į pakankamos konkurencijos tarp draudimo bendrovių nebuvimą (kaip minėta, iki 2006 m. kovo 7 d. sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo rinka buvo monopolinė), audito metu apklausėme 8 stambiausias Lietuvoje veikiančias ne gyvybės draudimo bendroves. Klausėme, ar jos svarstė galimybę teikti sveikatos priežiūros įstaigoms civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo paslaugas ir, jeigu svarstė, dėl kokių priežasčių nusprendė šių draudimo paslaugų neteikti.

Dauguma draudimo bendrovių (7 iš 8) nurodė, kad svarstė galimybę teikti civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo paslaugas sveikatos priežiūros įstaigoms, bet teikti šias paslaugas atsisakė. Kaip pagrindines atsisakymo priežastis draudimo bendrovės nurodė:

1. Atsistatančią civilinės atsakomybės privalomojo draudimo sumą<sup>32</sup>, kai, draudikui dėl draudiminio įvykio išmokėjus draudimo išmoką, draudimo prievolė lieka galioti visai draudimo sumai, neišskaičiuojant iš jos sumokėtų draudimo išmokų. Tai draudikams neleidžia tiksliai įvertinti prisiimamos rizikos (šią priežastį nurodė 7 draudimo bendrovės);

2. Nenustatytą maksimalų draudiminių įvykių skaičių, o tai draudikams neleidžia tiksliai įvertinti prisiimamos rizikos (šią priežastį nurodė 7 draudimo bendrovės);

<sup>31</sup> Naujienu agentūra ELTA. Internetinis tinklapis <http://www.elta.lt>. Puslapis aplankytas 2005 m. sausio 27 d.

<sup>32</sup> Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 16 straipsnis nustato, kad civilinės atsakomybės privalomojo draudimo minimali draudimo suma yra 50 000 Lt vienai asmens sveikatos priežiūros įstaigai kiekvienam draudiminių įvykiui, o draudikui dėl draudiminio įvykio išmokėjus draudimo išmoką, draudimo prievolė lieka galioti visai draudimo sumai, neišskaičiuojant iš jos sumokėtų draudimo išmokų.



3. Su perdraudimu susijusias problemas, nes šias neapibrėžtas rizikas atsisakė perdrausti perdraudimo bendrovės, o be perdraudimo šias paslaugas teikti per daug rizikinga (šią priežastį nurodė 4 draudimo bendrovės).

Sveikatos apsaugos ministerija nurodo, kad įstatymo nuostatos „draudikui dėl draudiminio įvykio išmokėjus draudimo išmoką, draudimo prievolė lieka galioti visai draudimo sumai, neišskaičiuojant iš jos sumokėtų draudimo išmokų“ atsisakyti negali. Ministerijos nuomone, šių nuostatų atsisakymas žymiai pablogintų sveikatos priežiūros įstaigų padėtį, kadangi jos būtų priverstos mokėti žymiai didesnes draudimo įmokas, o po draudiminio įvykio turėtų sudaryti naują draudimo sutartį.

Mūsų nuomone, neatsisakius šių įstatyminių nuostatų, apsunkinamas nagrinėjamos draudimo sistemos įgyvendinimas. Atliktų apklausų rezultatai ir surinkti duomenys rodo, kad, galiojant Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 16 str. nustatytoms draudimo sąlygoms (įstatyme nustatyta atsistatanti draudimo suma ir nenustatytas maksimalus draudiminių įvykių skaičius), draudikai negali įvertinti draudimo metu prisiimamos rizikos, todėl šioje draudimo rinkoje jų dalyvauja nepakankamai. Tai yra viena iš pagrindinių priežasčių dėl ko privalomojo civilinės atsakomybės draudimo sistema veikia neefektyviai. Be to, dėl draudiminės rizikos neapibrėžtumo ją atsisako perdrausti perdraudimo bendrovės, o tai gali sukelti draudikų veiklos stabilumo ir tęstinumo problemų. Dėl įvardytų priežasčių civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo sistema veikia neefektyviai, todėl ji keistina, atsisakant draudiminės rizikos įvertinti neleidžiančių įstatymo nuostatų.

#### ***4.2. Veiksmų, kurių metu padaryta neturtinė žala, pripažinimas nedraudiminiu įvykiu***

Sveikatos apsaugos ministras 2005 m. sausio 6 d. įsakymu Nr. V-6 patvirtino Sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo tvarkos nuostatas. Sveikatos priežiūros įstaigoms su draudikais sudarant draudimo sutartį, šioje tvarkoje įtvirtintos nuostatos tampa draudimo sutarties dalimi. Pagal šios tvarkos 14 p. draudėjo veiksmai, kuriais padaryta tik neturtinė žala (jeigu draudimo sutartyje nenustatyta kitaip) yra laikomi nedraudiminiu įvykiu, t.y. jeigu apsidraudusi privalomuoju draudimu sveikatos priežiūros įstaiga padaro tik neturtinę žalą, draudikas jos neatlygina. Todėl sveikatos priežiūros įstaigos, norėdamos užtikrinti savo finansinių interesų apsaugą ir veiklos tęstinumą, derybose su draudiku turi derėtis dėl sutarties sąlygų pakeitimo. Šių sąlygų nepakeitus veiksmai, kurių metu padaryta tik neturtinė žala (dėl jų sveikatos priežiūros įstaigoms reiškiamos didžiausios turtinės pretenzijos), gali likti neapdrausti. Dėl to apklausos metu sveikatos priežiūros įstaigos nurodė, kad šios taisyklės jų interesų netenkina. Jos pareiškė nuomonę, kad nepriimtinas nedraudiminių įvykių apibrėžimas ir kad neturtinė žala turėtų būti pripažinta draudiminiu įvykiu (apklausos metu tai nurodė 11 įstaigų).

Sveikatos apsaugos ministerijos nuomone, atsisakymas nuostatos, kad nedraudiminiu įvykiu laikomi draudėjo veiksmai, kuriais padaryta tik neturtinė žala, žymiai padidintų sveikatos priežiūros įstaigų mokamas įmokas už draudimą.

Mūsų nuomone, draudėjo veiksmus, kuriais padaryta tik neturtinė žala, būtina pripažinti draudiminiu įvykiu, nes ataskaitoje atlikta analizė parodė, kad didžiausią grėsmę sveikatos priežiūros įstaigų finansiniams interesams ir jų veiklos tęstinumui būtent ir kelia pretenzijos dėl neturtinės žalos atlyginimo. Neapdraudus tokių veiksmų gali būti nepasiekti tie tikslai, kurių siekia privalomojo draudimo sistema. Taisyklėse draudėjo veiksmus, kuriais padaryta tik neturtinė žala, pripažinus draudiminiu įvykiu, sveikatos priežiūros įstaigos savo interesus potencialiai apsaugos labiau negu tuo atveju, kai tokia galimybė paliekama atskirai kiekvienos sveikatos priežiūros įstaigos derybų objektu su draudiku. Be to, galimą įmokų už šį draudimą didėjimą turėtų kompensuoti aktyvesnis draudikų dalyvavimas šioje rinkoje, lemiantis didesnę konkurenciją tarp jų.

Lietuvos draudikų asociacija nepitaria mūsų nuomonei, kad sveikatos priežiūros įstaigų veiksmai, kuriais padaroma tik neturtinė žala, turėtų būti laikomi draudiminiais įvykiais. Draudikų asociacija nurodo, kad neturtinės žalos rizika negali būti vertinama ar kitaip pamatuojama techninėmis priemonėmis. Pažymime, kad tai buvo vienas iš veiksnių, dėl kurio ataskaitoje pateikėme rekomendaciją, leidžiančią konkrečiau apibrėžti draudiminę riziką – nustatyti maksimalų neturtinės žalos, atlygintinos pacientui, dydį. Be to, neturtinės žalos draudimas funkcionuoja ir sėkmingai veikia transporto priemonių savininkų ir valdytojų civilinės atsakomybės privalomojo draudimo srityje. Pažymime, kad Lietuvos Respublikos transporto priemonių savininkų ir valdytojų civilinės atsakomybės privalomojo draudimo įstatymo pakeitimo įstatymo (2004 m. kovo 5 d. IX-2041) 11 straipsnis nustato ir neturtinės žalos draudimo sumą: „Transporto priemonių valdytojų civilinės atsakomybės privalomojo draudimo suma dėl vieno eismo įvykio, nepaisant to, kiek yra nukentėjusių trečiųjų asmenų, yra 500 000 eurų dėl žalos asmeniui (tarp jų 500 eurų dėl neturtinės žalos padarymo) bei 100 000 eurų dėl žalos turtui“.

### ***4.3. Pacientams atlygintinos neturtinės žalos ribojimas***

Draudiminiu įvykiu pripažinus atvejus, kai pacientui padaroma tik neturtinė žala, mūsų nuomone (kuri sutampa su apklaustųjų sveikatos priežiūros įstaigų nuomone), svarstyti klausimas dėl neturtinės žalos, padarytos pacientams, ribojimo. Rekomenduojame atsižvelgti į audito metu nustatytas aplinkybes:

Sveikatos priežiūros įstaigoms uždavėme klausimą, ar Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme nustatyta civilinės atsakomybės privalomojo draudimo minimali draudimo suma (50 000 Lt) tenkina sveikatos priežiūros įstaigas ir ar yra pakankama siekiant apsaugoti jų finansinius interesus žalos pacientui padarymo atveju. Daugumos apklaustųjų

įstaigų (31 iš 47, arba 66 %) nuomone, ši draudimo suma neapsaugo įstaigos finansinių interesų, nes yra per maža, ypač neturtinės žalos atlyginimo atveju, nes galiojantys teisės aktai nenustato aiškių kriterijų, kaip neturtinė žala turi būti įvertinta pinigais, ir šios sumos neriboja. Teismų praktika taip pat rodo, kad turtinių pretenzijų skaičius dėl neturtinės žalos atlyginimo ir šių pretenzijų sumos auga. Todėl, siekiant apsaugoti sveikatos priežiūros įstaigų finansinius interesus ir šių įstaigų veiklos tęstinumą, mūsų nuomone, būtina svarstyti klausimą dėl maksimalios neturtinės žalos atlyginimo sumos ribojimo.

Pagal Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 91 straipsnį (galiojo iki 2004 m. liepos 24 d.) maksimalus neturtinės žalos atlyginimo dydis buvo 500 minimalių mėnesinių atlyginimų<sup>33</sup>.

Ši neturtinės žalos ribojimą reglamentuojanti nuostata buvo panaikinta 2004 m. liepos 13 d., priėmus Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 22 straipsnio pakeitimo ir VI dalies pripažinimo netekusia galios įstatymą (2004-07-13 Nr. IX-2360).

Analizuodami galiojančius teisės aktus ir teismų praktiką pastebime, kad aiškūs kriterijai, kaip neturtinė žala turi būti įvertinta pinigais, nenustatyti, o ši suma neribojama. Todėl labai dažnai žalą patyrę asmenys prašo iš sveikatos priežiūros įstaigų priteisti itin dideles sumas neturtinei žalai atlyginti, pvz.:

- iš Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2003 m. gruodžio 8 d. nutarties civilinėje byloje Nr. 3K-3-1180/2003 matyti, kad žalą patyrę asmenys savo ieškiniais iš VšĮ Kauno 2-osios klinikinės ligoninės, VšĮ Kauno klinikinės infekcinės ligoninės ir iš Sveikatos apsaugos ministerijos prašė priteisti 1,43 mln. Lt už skausmą, dvasinį pergyvenimą ir moralinę žalą atlyginti,

- iš Lietuvos Aukščiausiojo teismo 2005 m. balandžio 18 d. nutarties civilinėje byloje Nr. 3K-7-255/2005 matyti, kad žalą patyrę asmenys savo ieškiniais iš VŠĮ Marijampolės ligoninės prašė priteisti 1 mln. Lt neturtinei žalai atlyginti;

- Kauno apygardos administraciniame teisme nagrinėjama nelaisvėje neįgaliu tapusio 31 metų V. M. byla. Jis Alytaus pataisos namams pateikė ieškinį prašydamas priteisti 392 tūkst. Lt turtinei ir 5,7 mln. Lt neturtinei žalai atlyginti. Ieškovas kaip ieškinio pagrindą nurodė gydytojų neveiklumą, todėl kad, pasak nuteistojo, patyręs traumą jis nesulaukė reikiamos medikų pagalbos, dėl to išsivystė labai rimtos komplikacijos<sup>34</sup>.

<sup>33</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo (1994-07-19 Nr. I-552) 91 straipsnis – Moralinės žalos atlyginimas:  
1. Asmenys, pažeidę sveikatos priežiūros priimtino reikalavimus, asmens sveikatos informacijos konfidencialumą (asmens medicininę paslaptį), privalo atlyginti asmeniui padarytą moralinę žalą.

2. Teismas, nustatydamas moralinės (neturtinės) žalos, išreikštos pinigais, dydį, atsižvelgia į žalą padariusio asmens turtinę padėtį, teisės pažeidimo sunkumo laipsnį, teisės pažeidimo pasekmes ir kitas aplinkybes, tačiau kiekvienu atveju šis dydis negali viršyti 500 minimalių mėnesinių atlyginimų.

<sup>34</sup> Šešių milijonų litų verti parodymai // Kauno diena. 2006 m. balandžio 20 d., Nr. 89 (17853).

Šie ir kiti ieškinių pavyzdžiai rodo, kad nesant taisyklių dėl neturtinės žalos nustatymo, ir taisyklių, kurios nustatytų galimą maksimalų atlygintinos neturtinės žalos dydį, sveikatos priežiūros įstaigų finansiniai interesai iš dalies tampa neapsaugoti.

***Mūsų nuomone, siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklos tęstinumą ir jų finansinių interesų apsaugą, galiojančiuose teisės aktuose turi būti nustatyta maksimali neturtinės žalos, atlygintinos pacientams, riba. Tokią ribą yra nustąčiusios ir valstybės, kurių teisinį reglamentavimą nagrinėjome audito metu:***

Švedijoje 1996 m. Pacientų žalos įstatymas (*The Patient Damages Act (1996:799)*) nustato maksimalią kompensacijos sumą pacientui už patirtą žalą teikiant sveikatos priežiūros paslaugas. Šio įstatymo 10 skyrius įtvirtina, kad kompensacija už vieną mirtiną atvejį yra ribojama iki 1000 kartų bazinio indekso sumos, o kiekvienam nukentėjusiam pacientui žalos kompensacija yra ribojama iki 200 kartų bazinio indekso sumos. Bazinio indekso sumą kiekvienais metais nustato valdžia (2001 m. bazinio indekso suma buvo 36 900 SEK (4 073 EUR)).

Danijoje kompensacijos suma patyrusiam žalą pacientui yra nustatyta Žalos atsakomybės įstatyme (*The Liability for Damages Act No. 463 of 7 June 2001*). Įstatymo 3 skyrius reglamentuoja, kad kompensacija pacientui už suteiktą skausmą ir kančias yra mokama iki 130 DKK (17 EUR) kiekvieną sirgimo laikotarpio dieną. Kompensacija neturtinę žalą patyrusiam asmeniui negali viršyti 50 000 DKK (€ 6 588). Ypatingais atvejais kompensacija už suteiktą skausmą ir kančią gali būti išmokėta ir nesergančiam žalą patyrusiam asmeniui. Įstatymo 4 skyrius įtvirtina, kad kompensacijos suma už nuolatinę žalą (negalią) turėtų būti 573 500 DKK (76 875 EUR), tačiau ji negali viršyti 687 500 DKK (92 175 EUR). Įstatymo 6 skyrius nustato maksimalią kompensaciją praradusiam gebėjimą dirbti asmeniui – 6 020 000 DKK (807 095 EUR).

Islandijoje Pacientų draudimo įstatymo (*Patient Insurance Act No. 111/2000*) 5 straipsnis nustato, kad maksimali vieno žalos įvykio kompensacijos suma turėtų būti 5 000 000 ISK (536 567 EUR). Ši suma koreguojama kiekvienų metų sausio 1 d., priklausomai nuo kreditavimo sąlygų.

Belgijoje kompensacijos sumą pacientui, patyrusiam žalą teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, nustato teisėjai. Dažniausiai ši suma yra nustatoma taikant indikatyvų tarifą. Jį nuodugniai parengia ir reguliariai atnaujina Pirmosios instancijos teismų nacionalinė teisėjų federacija ir Karališkoji taikos ir policijos teismų justicijos federacija (*National Federation of Magistrates in the Courts of First Instance and the Royal Federation of the Justices of the Peace and Police Courts*). Šis tarifas nėra oficialiai patvirtintas ir privalomas, tačiau dažnai teisėjai juo naudojami įvertindami kompensacijos sumą už nematerialią ar materialią žalą. Nematerialios žalos už skausmą ir kančią indikatyvus tarifas yra 30000 BF (744 EUR). Didžiausia kompensacijos suma yra numatyta pacientui, įgijusiam nuolatinę negalią – 3 000 000 BF (74 368 EUR). Nemateriali žala tėvams už kančią svyruoja nuo 100 000 BF (2 479 EUR) iki 500 000 BF (12 395 EUR)<sup>35</sup>.

<sup>35</sup> Michael G. Faure, Helmut Koziol (eds.), *Cases on medical malpractice in a comparative perspective*, Springer, Wien New York, 2001.

Sveikatos priežiūros įstaigų interesų saugą papildomai sumažina ir minėta aplinkybė, kad pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. sausio 6 d. įsakymu Nr. V-6 patvirtintos Sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo tvarkos 14 p. draudėjo veiksmai, kuriais padaryta tik neturtinė žala (jeigu draudimo sutartyje nenustatyta kitaip), yra laikomi nedraudiminiu įvykiu, t.y. tokios žalos draudikas neatlygina.

Dėl šių draudimo sąlygų apklausos metu pasisakė ir sveikatos priežiūros įstaigos, nurodydamos, kad:

- jų netenkina draudiminė suma esant neturtinės žalos atsiradimo faktui, nes ji neapsaugo įstaigos finansinių interesų, kai atsiranda neturtinė žala. Dėl šios priežasties daugelis įstaigų be privalomojo draudimo sudaro dar ir savanoriškojo civilinės atsakomybės draudimo sutartis<sup>36</sup> arba nesilaikydamos įstatymų nuostatų sudaro tik savanoriškojo draudimo sutartis (tai atsakymuose į klausimynus nurodė 24-os įstaigos);

- neturtinė žala turėtų būti pripažinta draudiminiu įvykiu (tai nurodė 11 įstaigų);

- būtina įstatymu reglamentuoti maksimalią neturtinės atlygintinos žalos ribą (tai nurodė 5 įstaigos). Maksimalią neturtinės atlygintinos žalos ribą yra nustačiusios valstybės, kurių teisės aktus nagrinėjome audito metu. Tą jos padarė norėdamos užtikrinti sveikatos priežiūros įstaigų finansinių interesų apsaugą, stabilumą ir jų veiklos tęstinumą.

---

<sup>36</sup> Pagal sveikatos apsaugos ministro 2005 m. sausio 6 d. įsakymu Nr. V-6 patvirtintos Sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo tvarkos 58 p.: „Įvykus draudiminiam įvykiui ir nustačius, kad dėl tos pačios rizikos sveikatos priežiūros įstaigų civilinė atsakomybė apdrausta kelių draudikų, kiekvieno draudiko mokama draudimo išmoka sumažinama proporcingai draudimo sumos sumažinimui pagal atitinkamą draudimo sutartį“. Taigi, mūsų nuomone, sveikatos priežiūros įstaigos dvigubas draudimas (be privalomojo, papildomai draudžiantis ir savanoriškuoju civilinės atsakomybės draudimu) finansinių interesų apsaugą gali lemti ne visada.

## IŠVADOS

1. Civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomasis draudimas yra aktualus ne tik pacientams, valstybei, bet ir visam sveikatos priežiūros sektoriui. Tinkamai reglamentuota ir praktiškai funkcionuojanti draudimo sistema užtikrina, kad žala, padaryta pacientų sveikatai, bus tinkamai kompensuota ir nesukels neigiamų padarinių sveikatos priežiūros įstaigų veiklos tęstinumui, pačias įstaigas ir valstybę apsaugos nuo didelių neplanuotų finansinių nuostolių.

2. Lietuvoje atliktų studijų rezultatai rodo, kad tik maža dalis Lietuvoje žalą patyrusių pacientų kreipiasi į žalą padariusias ar skundus nagrinėjančias įstaigas su turtinėmis pretenzijomis dėl pacientų sveikatai (teisėms) padarytos žalos atlyginimo. Šis skaičius Lietuvoje potencialiai turi galimybę augti, tačiau vis dar išlieka žemas, lyginant jį su kitomis valstybėmis.

3. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (1996-10-03 Nr. I-1562) nustatė civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo sistemą, kuri nebuvo įgyvendinta iki 2005 m. sausio 1 d. (ilgiau kaip 8 metus), nes:

3.1. nebuvo sukurtas Valstybinės ligonių kasos asmens sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už žalą padarytą pacientams draudimo fondas;

3.2. nebuvo parengta pacientų sveikatai padarytos žalos dydžio nustatymo ir kompensavimo tvarka;

3.3. nebuvo parengta asmens sveikatos priežiūros įstaigų privalomojo draudimo sąlygų ir lėšų tikslingo išmokėjimo pacientams tvarka;

3.4. nebuvo nustatytos kitos civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo įgyvendinimo priemonės, nepriimti reikalingi įstatymų lydintys teisės aktai.

4. Siekiant civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo sistemos veiksmingo įgyvendinimo ir efektyvaus funkcionavimo, 2004 m. liepos 13 d. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas buvo pakeistas, išdėstant jį nauja redakcija, kuri įsigaliojo nuo 2005 m. sausio 1 d. Pagal naująją įstatymo redakciją asmens sveikatos priežiūros įstaigos privalėjo apdrausti savo civilinę atsakomybę už pacientams padarytą žalą privalomuoju draudimu nuo 2005 m. sausio 1 d. Praėjus 1 metams po šios datos surinkti duomenys rodo, kad draudimo sistema nėra tinkamai įgyvendinama:

4.1. monitoringo metu apklausus dalį (638) licencijuotų asmens sveikatos priežiūros įstaigų nustatyta, kad 167 iš jų savo civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomuoju draudimu nebuvo apdraudusios. 28 įstaigos buvo sudariusios savanoriškojo draudimo sutartis, kurios neatitinka Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 16 str. reikalavimų.

4.2. audito metu Lietuvoje odontologinės priežiūros (pagalbos) paslaugoms teikti buvo licencijuotos 1878 įstaigos. Turimais duomenimis iš jų tik 141 įstaiga apsidraudusi civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomuoju draudimu, o 100 įstaigų yra sudariusios savanoriškojo civilinės atsakomybės draudimo sutartis, kurios neatitinka Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 16 str. nuostatų.

5. Audito metu nustatytos priežastys, dėl kurių draudimo sistema, mūsų nuomone, nėra tinkamai įgyvendinama:

5.1. asmens sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimą reglamentuojančiuose teisės aktuose nėra nustatytas mechanizmas įstaigos civilinės atsakomybės draudimui kontroliuoti:

5.1.1 asmens sveikatos priežiūros įstaigų. Sveikatos apsaugos ministro 1999 m. kovo 1 d. įsakymu Nr. 97 patvirtintose sveikatos priežiūros licencijavimo taisyklėse licencijos asmens sveikatos priežiūros įstaigai išdavimas nesiejamas su civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo liudijimo (poliso) kopijos pateikimu.

5.1.2. odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų. Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 30 d. įsakymu Nr. V-694 patvirtintos Odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų licencijavimo taisyklės nurodo, kad norėdama gauti licenciją įstaiga turi pateikti civilinės atsakomybės draudimo už pacientams padarytą žalą liudijimo (poliso) kopiją. Šios taisyklės nenustato pareigos atsakomybę drausti privalomuoju draudimu, nors to reikalauja Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 16 str. nuostatos.

5.2. Civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo rinkoje dalyvauja nepakankamas skaičius draudikų, nes Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme nustatytos draudimo sąlygos jiems neleidžia įvertinti draudimo metu prisiimamos rizikos:

5.2.1. civilinės atsakomybės privalomojo draudimo suma atsistato, todėl draudikui dėl draudiminio įvykio išmokėjus draudimo išmoką, draudimo prievolė lieka galioti visai draudimo sumai, neišskaičiuojant iš jos sumokėtų draudimo išmokų;

5.2.2. galiojant atsistatančiai privalomojo draudimo sumai nėra nustatytas maksimalus draudiminių įvykių skaičius;

5.2.3. neapibrėžtą draudiminę riziką atsisako perdrausti perdraudimo bendrovės, o be perdraudimo šias paslaugas teikti gali būti per daug rizikinga.

6. Sveikatos priežiūros įstaigos draudimo sutartis su draudikais sudaro pagal sveikatos apsaugos ministro 2005 m. sausio 6 d. įsakymu Nr. V-6 patvirtintas Sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo taisyklės. Taisyklių 14 p. nepakankamai užtikrina sveikatos priežiūros įstaigų finansinių interesų apsaugą ir jų veiklos tęstinumą, nes pagal šias nuostatas veiksmai, kurių metu padaryta tik neturtinė žala (dėl jų sveikatos priežiūros įstaigoms reiškiamos didžiausios turtinės pretenzijos), gali likti neapdrausti.

7. Teisės aktai nediferencijuoja sveikatos priežiūros įstaigų draudimo būtinybės, atsižvelgiant į įstaigų teikiamų paslaugų pobūdį:

7.1. visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų – šiuo metu civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo nereikalaujama iš imunoprofilaktikos paslaugas teikiančių įstaigų, kurios tiesiogiai sąveikauja su pacientu ir gali jam padaryti žalą.

7.2. odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų – šiuo metu civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo reikalaujama ir iš dantų technikų laboratorijų, kurios tiesiogiai su pacientu nesąveikauja.

8. Galiojantys Lietuvos Respublikos teisės aktai nenustato maksimalaus pacientams atlygintinos neturtinės žalos dydžio. Siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros įstaigų finansinių interesų apsaugą, stabilumą ir jų veiklos tęstinumą, apsaugoti jas nuo didelių materialinių nuostolių ir praradimų išmokant kompensacijas už pacientams padarytą nematerialinę žalą, kitos valstybės yra apribojusios jos dydį ir nustačiusios maksimalias neturtinės žalos, atlygintinos pacientams, ribas. Tokių ribų yra nustačiusios valstybės, kurių teisinį reglamentavimą nagrinėjome audito metu: Švedija, Danija, Islandija, Belgija.

**REKOMENDACIJOS****Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai:**

1. Svarstyti galimybę parengti Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 16 str. pakeitimą reglamentuojant apibrėžtą draudimo riziką: nustatyti minimalią draudimo sumą, panaikinti nuostatas, kad „civilinės atsakomybės privalomojo draudimo minimali draudimo suma yra kiekvienam draudimui įvykiui, o draudikui dėl draudiminio įvykio išmokėjus draudimo išmoką, draudimo prievolė lieka galioti visai draudimo sumai, neišskaičiuojant iš jos sumokėtų draudimo išmokų“.

2. Svarstyti galimybę nustatyti maksimalų neturtinės žalos, atlygintinos pacientui, dydį. Priėmus sprendimą svarstyti galimybę parengti galiojančių įstatymų pakeitimus.

3. Svarstyti galimybę pakeisti sveikatos apsaugos ministro 1999 m. kovo 1 d. įsakymu Nr. 97 patvirtintas sveikatos priežiūros licencijavimo taisyklės, nustatant, kad licencijos asmens sveikatos priežiūros įstaigai išdavimas būtų siejamas su civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo liudijimo (poliso) kopijos pateikimu Akreditavimo tarnybai.

4. Svarstyti galimybę pakeisti sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 30 d. įsakymu Nr. V-694 patvirtintas Odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų licencijavimo taisyklės, nustatant, kad licencijos verstis asmens sveikatos priežiūros veikla ir teikti odontologinės priežiūros (pagalbos) ir/ar burnos priežiūros paslaugas išdavimas būtų siejamas su civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo liudijimo (poliso) kopijos pateikimu odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų licencijavimo komisijai.

5. Svarstyti galimybę parengti sveikatos apsaugos ministro 2005 m. sausio 6 d. įsakymu Nr. V-6 patvirtintos Sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo tvarkos 14 p. pakeitimą, iš nedraudiminių įvykių sąrašo išbraukiant 14.1 p., pagal kurį nedraudiminiu įvykiu laikomi draudėjo veiksmai, kuriais padaryta tik neturtinė žala, jeigu draudimo sutartyje nenustatyta kitaip.

6. Svarstyti galimybę parengti Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 16 straipsnio ir 2005 m. sausio 6 d. sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-6 patvirtintų Sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo taisyklių pakeitimo projektus. Šie teisės aktai turi būti suderinti tarpusavyje ir aiškiai reglamentuoti pareigą visuomenės sveikatos priežiūros įstaigoms drausti savo civilinę atsakomybę privalomuoju draudimu, įstaigas diferencijuojant pagal jų teikiamų paslaugų pobūdį. Be to, siūlome nustatyti šių įstaigų pareigos drausti savo civilinę atsakomybę privalomuoju draudimu kontrolės mechanizmą.

7. Svarstyti klausimą dėl tikslingumo nustatyti pareigą drausti civilinę atsakomybę už pacientams padarytą žalą privalomuoju draudimu odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigoms – dantų technikų laboratorijoms. Priėmus sprendimą tai reglamentuoti galiojančiuose teisės aktuose.

Veiklos audito 3-ojo departamento direktorė

Romualda Masiulionienė

Vyriausiasis valstybinis auditorius

Gytis Andrulionis