AMBULATORINIŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMAS IR SAUGA EKSTREMALIOS SITUACIJOS METU DĖL COVID-19

Jelena Kutkauskienė

Mykolo Romerio universiteto Teisės mokyklos Viešosios teisės institutas

Raktažodžiai: COVID-19 pandemija, sveikatos priežiūros įstaigos, paslaugos COVID-19 sergantiesiems.

Santrauka

Ekstremalios situacijos metu poreikis efektyviai valdyti situaciją nulėmė poreikį keisti ir iš esmės vykdyti teisinį reguliavimą. Šiame straipsnyje aptariami svarbiausi sprendimai, kuriais buvo siekiama perorganizuoti ir plėtoti ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ekstremalios situacijos metu, įvertintos teisinės priemonės, užtikrinusios šių paslaugų prieinamumą ir saugą.

Įvadas

LR Konstitucinis Teismas 2013 m. gegužės 16 d. nutarime pažymėjo, kad vykdydama konstitucinę funkciją rūpintis žmonių sveikata valstybė „turi: <...> sudaryti sąlygas, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų visiems realiai prieinamos, taigi kad būtų sukurta reikiama infrastruktūra ir veiktų tiek ir taip paskirstytų įvairias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų (tarp jų valstybinių) ir vaistinių, kad veiksmingą medicinos pagalbą bei kitas sveikatos priežiūros paslaugas būtų galima gauti laiku; <...> sukurti tokią sveikatos priežiūros finansavimo sistemą, kuri užtikrintų reikiamų sveikatos priežiūros paslaugų ir būtinų vaistų finansinį prieinamumą (įperkumą)“ [1].

2020 m. sausio 30 d. Pasaulio sveikatos organizacija (toliau – PSO) paskelbė visuomenės sveikatos grėsmės situaciją dėl sparčiai plintančio naujojo koronaviruso - šeimos COVID-19 viruso (toliau – COVID-19). Šios grėsmės akivaizdoje ypatingą aktualumą įgijo 2005 m. PSO pateiktos tarptautinės rekomendacijos [2] visuomenės sveikatos saugos srityje, kurios numatė šias penkias pagrindines kryptis: prevenciją, nustatymą, atsaką, įgalinimą ir funkcinį pasirengimą. 182 šalių ataskaitų per 2018 metus studija atskleidė skirtingą šalių pasirengimo visuomenės sveikatos grėsmei atremti

lygį ir, nors Europos regiono šalių funkcinis pasirengimas yra aukšto lygio (4 ar 5 balai iš galimų 5 balų) [3], retrospektyviai tikslinga įvertinti, ar Lietuvoje priimti specialieji teisiniai sprendimai po valstybės lygio ekstremaliosios situacijos paskelbimo visoje šalyje dėl COVID-19 plitimo grėsmės [4] užtikrino paslaugų organizacinį ir finansinį prieinamumą. Šios temos aktualumą suponuoja ir mokslininkų įžvalga: jei įprastai sveikatos priežiūros sprendimai priimami remiantis medicinos mokslo įrodymais, COVID-19 pandemijos metu vykdomajai valdžiai teko atsakomybė priimti skubius sprendimus, dar nesant mokslinių įrodymų bei įgyvendinti tarptautines rekomendacijas, pritaikant jas specifinėms lokalioms sąlygoms [5].

2020 m. laikotarpis po valstybės lygio ekstremaliosios situacijos paskelbimo visoje šalyje dėl COVID-19 plitimo grėsmės pasižymėjo ypač gausiomis teisėkūros naujienomis sveikatos teisės srityje. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2020 m. kovo 14 d. nutarimu Nr. 207 [6] reikšmingai apribotas planinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų (toliau – ASPP) teikimas. O operacijų vadovo – sveikatos apsaugos ministro – įsakymais iš esmės buvo keičiamas ambulatorinių ASPP (toliau – AASPP) teikimo organizavimas, diegiant naujas jų teikimo pacientams organizacines struktūras – karščiavimo klinikas, mobiliuosius punktus, karštąją liniją 1808 bei teisinėmis priemonėmis įtvirtintas epidemiologiškai saugių ASPP teikimo reikalavimas. Teisės aktai [7,8], įpareigojantys savivaldybes steigti šiuos padalinius, atsirado praėjus vos dešimčiai dienų po karantino paskelbimo ir neabejotinai prisidėjo prie sėkmingo pirmosios COVID-19 bangos suvaldymo Lietuvoje.

Epidemiologinės situacijos valdymas susijęs su konkrečiais grėsmę keliančiais virusais - COVID-19. Siekimas užtikrinti ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir saugą reikalavo operatyvaus teisinio reguliavimo, kurį santykinai galima suskirstyti į šias pagrindines kryptis: reguliavimas, nustatantis ypatingą epidemiologinį režimą asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – ASPĮ), asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reguliavimo

pokyčiai ekstremalios situacijos metu.

Šiuo metu nėra daug socialinių mokslų krypties straipsnių, nagrinėjančių įvairių šalių patirtį, suvaldant pandemiją. Daugelis jų skirti suvaldymo priemonių, e.sveikatos paslaugų diegimo galimam poveikiui [9-11] ar asmens apsaugos priemonių (toliau – AAP) [12] reglamentavimo problemoms nagrinėti, keliamas klausimas dėl pandemijos metu priimtų sprendimų legitimumo ir skaidrumo [13].

Tyrimo tikslas – atlikti svarbiausių teisės aktų pakeitimų, kuriais buvo siekiama užtikrinti ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir saugą ekstremaliosios situacijos metu, analizę bei įvertinti jų teisinį pagrįstumą.

Tyrimo metodai – sisteminės analizės, loginis, dokumentų analizės metodai.

Tyrimo rezultatai

Reguliavimai, nustatantys ypatingą epidemiologinį režimą asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Lietuvos Respublikos žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymo [14] (toliau – LR ŽULPKĮ) 8 str. 2 d. nustato, kad sveikatos apsaugos ministras (toliau – SAM) tvirtina pavojingų ir ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų, dėl kurių asmenys, užsikrėtę šia liga, turi būti hospitalizuojami, izoliuojami, tiriami ir (ar) gydomi privalomai, sąrašą. 2020 m. kovo 17 d. COVID-19 buvo priskirta prie ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų [15]. COVID-19 įtraukimas į ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų sąrašą sukelia daugelį teisinių pasekmių.

Pirma, ligoniams, asmenims, įtariamiems, kad serga ar turėję sąlytį, taikomi visuomenės sveikatos imperatyvų pateisinami jų laisvių suvaržymai – jie turi būti atitinkamai hospitalizuojami ir (ar) izoliuojami, o nesutinkantiems asmenims taikomi būtiną hospitalizavimo ir (ar) izoliavimo reikalavimai [14, 8 ir 9 str.].

Antra, ligoniams, asmenims, įtariamiems, kad serga ar turėjo sąlytį su COVID-19 sergančiais, dėl ypatingo epidemiologinio režimo taikomos papildomos socialinės garantijos [16].

Trečia, draudžiamieji asmenys, susirgę COVID-19, įgyja apdraustųjų valstybės lėšomis statusą [17], t.y. jiems teikiamos ASPP apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto (toliau – PSDF) lėšų. O tai reiškia, kad valstybė pagal LR Konstitucijos 53 str. [18] įtvirtintą pareigą rūpintis žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą susirgus. Visiems Lietuvos Respublikos teritorijoje teisėtai esantiems asmenims buvo suteikta finansinio prieinamumo garantija. Toks draudžiamųjų asmenų kategorijos išplėtimas leido išvengti situacijos, susiklosčiusios Jungtinėje Amerikos Valstijose (toliau – JAV), kur dažnas COVID-19 pacientas

neturėjo sveikatos draudimo [5].

2020 m. kovo 14 d. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu Nr. 207 [6] paskelbus visoje Lietuvos Respublikos teritorijoje karantiną, nustatytas ASPI darbo organizavimo režimas palietė visų rūšių asmens sveikatos paslaugų teikimą. Teikiant ambulatorines ASPP (toliau – AASPP) buvo pereita prie nuotolinių paslaugų teikimo; atidėtos planinės operacijos ir hospitalizacijos dėl diagnostinių ir gydomųjų paslaugų, išskyrus pagalbą ir ASPP, kurių nesuteikus pacientui atsirastų būtinosios medicinos pagalbos poreikis arba labai pablogėtų jo būklė; uždraustas pacientų lankymas, išskyrus terminalinės būklės pacientų ir vaikų iki 14 metų lankymą gydančio gydytojo leidimu; apribotas medicininės reabilitacijos paslaugų teikimas, išskyrus tuos atvejus, kurių nesuteikimas lemtų paciento neįgalumą; pacientų namuose teikiamos tik ambulatorinės slaugos ir paliatyvios pagalbos paslaugos; atidėtos ambulatorinės medicininės reabilitacijos, odontologijos, išskyrus būtinosios medicinos pagalbos, profilaktinių patikrinimų ir prevencinių programų paslaugų teikimas; planiniai skiepėjimai vykdomi įgyvendinus pacientų srautų valdymo reikalavimus [6]. Minėtas nutarimas įpareigojo ASPI perorganizuoti veiklą, siekiant užtikrinti pacientų srautų, infrastruktūros ir materialijų bei žmoniškųjų išteklių valdymą, atitinkantį pandemijos valdymo priemones. Kontaktinių ASPP teikimo epidemiologinį režimą (infekcijos kontrolės reikalavimus) nustatė SAM 2012 m. spalio 19 d. įsakymu Nr. V-946 patvirtinta Lietuvos higienos norma HN 47-1:2012 – „Sveikatos priežiūros įstaigos. Infekcijų kontrolės reikalavimai“ [20]. Šiame teisės akte nustatytos visiems pacientams taikomos standartinės izoliavimo priemonės: rankų higiena, AAP dėvėjimas, per kraują ir (ar) kitus kūno skysčius plintančių infekcijų profilaktika, medicinos prietaisų ir gaminių apdorojimas, aplinkos paviršių valymas ir dezinfekcija [21], skalbinių ir atliekų tvarkymas [22] bei papildomos su perdavimo būdu (COVID-19 atveju – sąlyčio metu, per orą su lašeliais) susijusios izoliavimo priemonės [20, 1 ir 2 priedai]. Paminėtina, kad pagrindiniai infekcijos kontrolės reikalavimai nebuvo keičiami paskelbus COVID-19 pandemiją, tačiau epidemiologinis režimas teikiant ASPP skirtingų kategorijų pacientams keitėsi, atsižvelgiant į tarptautinių organizacijų – PSO ir Europos ligų prevencijos ir kontrolės centro (toliau – ELPKC) rekomendacijas [23,24], teikiamas atskirų kategorijų pacientams (COVID-19 ligoniai, ne COVID-19 pacientai, įtariamieji COVID-19 pacientai), rekomendacijas dėl AAP lygių [25] bei jų dėvėjimo [26]. Pacientų kategorijos nustatymui lemiamą reikšmę turėjo COVID-19 apibrėžtis [27], kuri keitėsi (Pastaba. Iki straipsnio pateikimo dienos COVID-19 apibrėžtis keitėsi 6 kartus) priklausomai nuo epidemiologinės situacijos (iš

pradžių buvo siejama su grįžimu iš paveiktosios šalies, bet, prasidėjus vidiniam COVID-19 plitimui Lietuvos teritorijoje, buvo atsisakyta šio kriterijaus); turimų mokslo įrodymų – keitėsi įtarimui COVID-19 reikšmingi klinikiniai simptomai (Pastaba. Į COVID-19 ligai būdingų požymių sąrašą buvo įtraukti kiti simptomai – uoslės ir skonio praradimas ar susilpnėjimas, nustatyti papildomi mažiau specifiški simptomai gali būti: galvos ir raumenų skausmas, šaltkrėtis, nuovargis, vėmimas ir (ar) viduriavimas), atvejų klasifikavimas į įtariamą ir patvirtintą, buvo pakeistas į galimą, tikėtiną ir patvirtintą, atsižvelgiant į klinikinių, laboratorinių ir epidemiologinių kriterijų derinį [28]. Todėl galima teigti, kad teisės aktuose iki pandemijos nustatyti bendrieji infekcijos kontrolės reikalavimai buvo pakankami, tačiau specialieji, susiję su COVID-19 valdymu, tiek teisės aktų reikalavimų, tiek *soft law* rekomendacijų šaltiniai buvo gausūs ir keitėsi labai dinamiškai ir tai koreliavo su besikeičiančia epidemiologine situacija.

Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teisinio reguliavimo pokyčiai ekstremalios epidemiologinės situacijos metu. COVID-19 priskyrimas prie ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų suteikė finansinio prieinamumo garantijas sergantiems COVID-19, tačiau vykdomajai valdžiai teko iššūkis užtikrinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį prieinamumą [29, 2 str. 31 p.]. Ekspertai pabrėžia, kad prieinamumo sąlygų gerinimas sergantiems infekcinėmis ligomis yra kritiškai svarbus užtikrinant visuomenės sveikatos saugą [30]. Toliau straipsnyje nagrinėjami teisės aktai, kurių operatyvus priėmimas ir įgyvendinimas leido greitą ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų (toliau – AASPP) formų plėtrą ir paslaugų struktūros pasikeitimą. O tai tapo reikšmingu indėliu suvaldant pirmąją COVID-19 plitimo bangą Lietuvoje.

Naujos AASPP teikimo struktūros

Karščiavimo klinikos. COVID-19 liga pasireiškia ne specifiniais viršutinių kvėpavimo takų infekcijos klinikiniais simptomais. Pacientai, turintys šiuos klinikinius požymius, laikomi įtariamais sergant [27]. Savivaldybės buvo įpareigos organizuoti šio susirgimo diferencinę diagnostiką naujai steigiamuosiuose struktūriniuose-funkciniuose padaliniuose – karščiavimo klinikose [7].

Paslaugos karščiuojantiems pacientams gali būti teikiamos pirminės ASPP teikiančioje ASPĮ arba stacionarinės ASPĮ priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje, arba bet kurioje kitoje ASPĮ, kuri savivaldybės sprendimu paskirta karščiavimo klinika. Teisinis reglamentavimas aiškiai deleguoja paslaugų teikimo organizavimą savivaldybei, kaip institu-

cijai, atsakingai už pirminės asmens sveikatos priežiūros ir už nustatyto masto antrinės asmens sveikatos priežiūros organizavimą [31], atsižvelgiant į teikiamų besikreipiantiems pacientams paslaugų apimtį [33]. Reguliavimo nuostatuose galime įžvelgti šiam laikotarpiui būdingą lankstumą: galimybę savivaldybėms pasitelkti sutartiniais pagrindais kitų savivaldybių įsteigtas karščiavimo klinikas arba, gavus SAM rašytinį pritarimą, jai pavaldžioje ASPĮ teikti karščiavimo klinikos paslaugas. Paslaugų teikimas karščiuojantiems pacientams organizuojamas teritoriniu principu, kuris gali nesutapti su įtvirtintais pirminių ASPP teikimo organizavimo principais [32] ir paciento išreikšta valia dėl paslaugos teikėjo pasirinkimo.

Vertinant santykį su šeimos gydytojo institucija, pastebėtina, kad karščiavimo klinikos atlieka kontaktinio paciento ištyrimo funkcijas; šeimos gydytojas, gavęs informaciją apie paciento ištyrimo rezultatus, apie juos informuoja karščiuojantį pacientą, prireikus skiria arba tęsia gydymą. Organizaciniu požiūriu karščiavimo klinikos teikia paslaugas visiems karščiuojantiems pacientams tiek dėl COVID-19, tiek dėl kitų priežasčių. Jų teikiamų paslaugų priskyrimas prie būtinosios pagalbos paslaugų [7, 6 p.], garantuoja jų apmokėjimą PSDF biudžeto lėšomis ir taip visiems karščiuojantiems pacientams suteikiama finansinio įperkamumo garantija.

Paminėtina, kad be įprastų infekcijų kontrolės reikalavimų laikymosi, kaip antai karščiuojančių ir nekarščiuojančių pacientų srautų atskyrimas ir valdymas, maksimaliai sumažinta pacientų tarpusavio kontakto galimybė ir kt. Numatyti ir specifiniai karščiavimo klinikos parinkimo kriterijai, siekiant užtikrinti epidemiologine prasme saugų komunikacinį prieinamumą, pvz., šiam tikslui parenkama įstaiga turi turėti patogų privažiavimą tiek lengvajam, tiek specialiajam transportui, kad, nesutrikdant automobilių eismo, galėtų privažiuoti ir laukti eilėje ne mažiau kaip 10 automobilių [7].

Numatyta nemaža priemonių, leidžiančių užtikrinti darbuotojų saugą: nustatytas aukštas – ketvirtas iš galimų penkių – AAP dėvėjimo lygis [25]; vadovų įpareigojimas apmokėti darbuotojus tinkamai užsidėti ir nusiimti AAP [26]; numatomos organizacinės priemonės, minimalizuojančios tiesioginio kontakto su pacientu trukmę – išankstinė registracija, paciento pranešimas koordinatoriui apie atvykimą, bendravimo formą (raštu teikiami asmens duomenys atvykus) ir kt. Taip pat ir techninės ryšio priemonės (pacientas turi naudotis mobiliuoju telefonu, pranešdamas apie savo atvykimą). Pastebėtina, kad AAP dėvėjimo taisyklės derinamos su jų racionalaus naudojimo principu – vienkartinės apsaugos pirštinės keičiamos teikiant paslaugas kiekvienam pacientui, o kitos AAP nekeičiamos, jei nebuvo užterštos paciento sekretais.

Naujos AASPP teikimo struktūros – karščiavimo klini-

kos įsteigimas leido užtikrinti ypač saugų epidemiologinių reikalavimų laikymąsi teikiant AASPP ir tradicinių kontaktinių paslaugų prieinamumą karščiuojantiems pacientams bei suteikė finansinio įperkamumo garantiją.

Mobilieji punktai paimti tepinėlius laboratoriniams tyrimams dėl COVID-19 ligos. Kita unikali struktūrinė-funkcinė paslaugų teikimo naujovė – mobilusis punktas paimti tepinėlius iš asmens nosiaryklės ir ryklės laboratoriniams tyrimams dėl COVID-19. Kadangi teikiama AASPP priskirtina bendrosios praktikos slaugytojo kompetencijai [33], už šių paslaugų, kaip ir karščiavimo klinikų, organizavimą atsakingomis paskirtos kai kurių savivaldybių administracijos. Apskrities centro savivaldybės administracijos, pasitelkdamos jiems pavaldžias ASPĮ, privalo, o kitų savivaldybių administracijos – gali organizuoti mobiliųjų punktų veiklą paskirtoje vietoje (aikštėje, automobilių stovėjimo aikštelėje, kurioje privažiuoti ir laukti eilėje gali ne mažiau kaip 30 automobilių). Čia įrengiama palapinė ir (ar) specialiosios paskirties transporto priemonė su patogiu privažiuoimu ir išvažiuoimu. Teisės aktas nustatė darbuotojams aukščiausią (penktąjį) AAP dėvėjimo lygį, minimalų mobiliojo punkto darbo laiką, registravimosi paslaugai gauti indikacijas ir būdą (pasitelkiant Karštąją liniją), paslaugų teikimo tvarką minimizuojant tiesioginio kontakto su pacientu trukmę, panaudojant organizacines priemones, analogiškas taikomas karščiavimo klinikoms [34]. Šios naujos AASPP teikimo struktūros leido laiku užtikrinti diferencinę diagnostiką atliekant specifinius laboratorinius tyrimus. Beveik trečdalis ištirtų diagnostinių laboratorinių mėginių dėl COVID-19 ligos buvo paimti mobiliuosiuose punktuose (Pastaba. 2020 m. lapkričio 16 d. iš 1187 tūkst. COVID-19 mėginių mobiliuosiuose punktuose ištirta 340 tūkst., arba 28,6 procento). Be to, verta pažymėti, kad Lietuvos praktikoje unikali struktūros mobiliųjų punktų steigimas – funkcinė alternatyva įgyvendinti PSO ekspertų rekomendaciją dėl investicijų į ASPĮ pastatus, pritaikant juos prie infekcinių ligų paslaugų teikimo epidemiologinių reikalavimų [2,30].

Karštoji linija 1808. Vienas iš didžiausių pandemijos valdymo iššūkių yra tinkama komunikacija individualaus paciento lygmeniu. Šiam uždaviniui įgyvendinti VšĮ Kauno miesto greitosios medicinos pagalbos stotyje buvo įsteigta Karštoji linija 1808 [35], kurios funkcijos – pacientų konsultavimas, registravimas į karščiavimo klinikas, mobiliuosius punktus. Karštosios linijos 1808 darbuotojai ir savanoriai, nesantys sveikatos priežiūros specialistais, renka ir tvarko paciento asmens duomenis, o tai reiškia, kad šiems savanoriams nei specialiaisiais įstatymais [29, 59 str.][36], nei poįstatyminiais teisės aktais [37] nesuteikta teisė be rašytinio paciento leidimo rinkti ir tvarkyti jo asmens duomenis.

Siekiant užtikrinti paciento duomenų apsaugą, teisės aktas [35] pateikė baigtinį sąrašą informacijos, kuri gali būti renkama, unifikavo informacijos rinkimo procesą pagal specialų struktūrizuotą skaitmeninį algoritmą, pritaikytą priimti ir apdoroti iškvietus, nustatyti reikiamą pagalbos lygį ir rekomendacijas, nustatė privalomą techninės apsaugos priemonę – pokalbių įrašymą, kuris šiuo atveju skirtas ne tik kontroliuoti renkamos informacijos apimtį, paslaugos kokybę, bet ir naudojamas siekiant fiksuoti paciento įsipareigojimą laikytis saviizoliacijos režimo nuo kreipimosi į Karštąją liniją dienos iki laboratorinio tyrimo rezultato gavimo. Vertinant reguliavimą pagal Bendrojo duomenų apsaugos reglamento taikomus reikalavimus, toks informacijos rinkimas yra galimas [38, 9 str. 2 d. i)], kadangi jį reglamentuoja nacionaliniai teisės aktai. Tačiau šios informacijos valdymas ir saugojimas nėra reglamentuotas teisės aktu, ir atsakomybė už tai tenka VšĮ Kauno miesto greitosios medicinos pagalbos stočiai [38, 9 str. 2 d. 3 p.]. Pastebėtas ir pacientų, nesutinkančių, kad pokalbis būtų įrašytas, teisių suvaržymas, kadangi į mobiliuosius punktus registraciją vykdo tik Karštoji linija 1808.

Nuotolinių AASPP teikimo reglamentavimo pokyčiai.

Mokslininkai pastebi, kad COVID-19 pandemijos metu nuotolinių AASPP daugelyje šalių (pvz., Prancūzijoje, JAV) buvo diegiamos be aprobuotų standartų, sisteminio monitoringo ar įvertinimo, nesant aiškių etinių šių paslaugų teikimo metmenų, t.y. nesant sisteminio požiūrio dėl problemų, susijusių su nuotolinių paslaugų teikimu, sprendimo [5]. Štai Prancūzijoje pandemijos metu buvo leista pradėti teikti nuotolines ASPP pacientams su COVID-19 simptomatika ar patvirtinta liga, nereikalaujant, kad paslaugas teikiantis sveikatos priežiūros specialistas asmeniškai pažintų pacientą. Tačiau pastebima, kad Italijos, kuri patyrė ypač sunkias COVID-19 pandemijos pasekmes, vykdomoji valdžia nesirijo sureguliuoti nuotolinių ASPP ir integruoti į valstybės kompensuojamų paslaugų nomenklatūrą [9]. Šiame kontekste yra svarbi Lietuvos patirtis, reglamentuojant tokias paslaugas.

2018 m. SAM įsakymas [39] numatė naujos pirminės PAASPP formos – nuotolinės paslaugos (toliau – NP) atsiradimą. Ši paslauga teikiama šeimos gydytojo komandos nario, naudojantis informacinėmis ir elektroninių ryšių technologijomis, kuriomis yra galimybė identifikuoti asmenį. Nepaisant šios paslaugos teikimo formos inovatyvumo ir priimtumo, daugeliui visuomenės narių, reguliuojant NP teikimo indikacijas, buvo paisoma atsargumo principo ir nustatytos itin siauros jos teikimo indikacijos: teikiant NP galima pacientui skirti pakartotinius tyrimus, tęsti vaistinių preparatų ar medicinos pagalbos priemonių skyrimą [39, 24.1 p.], todėl šių paslaugų apimtys buvo mažos. Vis dėlto sukaupta patirtis reguliuojant NP ir jas teikiant, tapo labai ak-

tuali, paskelbus karantiną dėl COVID-19. Teisinis reguliavimas plėtėsi ir buvo implikuotas teikiant kitas paslaugas [40] – specializuotas AASPP, bendri NP teikimo principai nebuvo keisti (naudojamos informacinės technologijos, galimybė indentifikuoti pacientą, paslaugos registravimas medicininėje dokumentacijoje ir kt.). Šių NP plėtrą ir svarbą lėmė šie reglamentavimo ypatumai: pirma, išplėstos paslaugų teikimo indikacijos – NP teikiamos ne tik „gydytojas – pacientui“, bet ir „gydytojas – gydytojui“; antra, teisės aktai nenumatė NP teikimo apribojimų; trečia, siekiant minimizuoti tiesioginio kontakto būtinybę buvo nustatytas NP teikimo prioritetas, o tiesioginio kontakto paslaugos teikiamos tik tuomet, jei NP teikimui trūko duomenų apie paciento sveikatos būklę. Toks NP teikimo sąlygų suregulavimas užtikrina, kad karantino laikotarpiu NP tapo pagrindine ambulatorinių paslaugų teikimo forma ir buvo sudarytos teisinės prielaidos nuotolinių konsultacijų plėtrai.

Išvados

1. Teisės aktuose iki pandemijos nustatyti bendrieji infekcijos kontrolės reikalavimai buvo pakankami, tačiau specialieji – susiję su COVID-19 valdymu, tiek teisės aktų reikalavimų, tiek *soft law* rekomendacijų šaltiniai buvo gausūs ir keitėsi labai dinamiškai ir tai koreliuoja su besikeičiančia epidemiologine situacija.

2. AASPP finansinis įperkamas COVID-19 sergančiesiems ir karščiuojantiems pacientams buvo įgyvendintas dviem teisinėmis priemonėmis: pirma, COVID-19 infekcija buvo priskirta prie ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų; antra, AASPP karščiuojantiems pacientams buvo prilygintos būtinajai pagalbai.

3. Praėjus vos dešimčiai dienų po karantino paskelbimo, SAM priimti sprendimai iš esmės pakeitė AASPP teikimo organizavimą, diegiant naujas jų teikimo pacientams organizacines struktūras – karščiavimo klinikas, mobiliuosius punktus, Karštąją liniją 1808; teisinėmis priemonėmis įtvirtinta epidemiologiškai saugi ASPP teikimo forma – nuotolinių konsultacijų prioritetas. Šie sprendimai – sėkmingi tarptautinių rekomendacijų įgyvendinimo lokaliu lygmeniu pavyzdžiai.

Literatūra

1. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas „Dėl pareigos mokėti valstybinio socialinio draudimo ir privalomojo sveikatos draudimo įmokas, taip pat dėl motinystės (tėvystės) pašalpų sumažinimo“.
2. World Health Assembly, 58. Revision of the International Health Regulations. World Health Organization, (2005).
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/20353>

3. Kandel N, Chungong S, Omaar A & Xing J. Health security capacities in the context of COVID-19 outbreak: an analysis of International Health Regulations annual report data from 182 countries. The Lancet 2020.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30553-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30553-5)
4. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2020 m. vasario 26 d. nutarimas Nr. 152 „Dėl valstybės lygio ekstremaliosios situacijos paskelbimo“ (TAR, 2020-02-26, Nr. 2020-04023; 2020-06-11, Nr. 2020-12822; 2020-11-04, Nr. 2020-22950).
5. Salvador-Carulla L, Rosenberg S, Mendoza J, Tabatabaei-Jafari H, & Network PMHI. Rapid response to crisis: Health system lessons from the active period of COVID-19. Health Policy and Technology. 2020.
<https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.011>
6. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2020 m. kovo 14 d. nutarimas Nr. 207 „Dėl karantino Lietuvos Respublikos teritorijoje paskelbimo“ (TAR, 2020-03-14, Nr. 2020-05466)
7. 2020 m. kovo 23 d. SAM įsakymas Nr. V-506 „Dėl Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų viršutinių kvėpavimo takų infekcijos simptomų turintiems pacientams teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (TAR, 2020-03-24, Nr. 2020-05926).
8. 2020 m. kovo 16 d. SAM įsakymas Nr. V-390 „Dėl Tepinėlių iš paciento nosiaryklės ir ryklės paėmimo mobiliuose punktuose COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) laboratoriniams tyrimams atlikti organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (TAR, 2020-03-18, Nr. 2020-05658; 2020-04-02, Nr. 2020-06873).
9. Ohannessian R, Duong TA & Odone A. Global telemedicine implementation and integration within health systems to fight the COVID-19 pandemic: a call to action. JMIR public health and surveillance 2020; 6(2): e18810.
<https://doi.org/10.2196/18810>
10. Keesara S, Jonas A & Schulman K. Covid-19 and health care's digital revolution. New England Journal of Medicine 2020; 382(23): e82.
<https://doi.org/10.1056/NEJMp2005835>
11. Salvador-Carulla L, Rosenberg S, Mendoza J, Tabatabaei-Jafari H & Network PMHI. Rapid response to crisis: Health system lessons from the active period of COVID-19. Health Policy and Technology 2020.
<https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.011>
12. Pecchia L, Piaggio D, Maccaro A, Formisano C & Iadanza E. The Inadequacy of Regulatory Frameworks in Time of Crisis and in Low-Resource Settings: Personal Protective Equipment and COVID-19. Health and Technology 2020; 1.
<https://doi.org/10.1007/s12553-020-00429-2>
13. Christensen T & Lægreid P. Balancing governance capacity and legitimacy-how the Norwegian government handled the COVID-19 crisis as a high performer. Public Administration Review; Knieps F. 2020;.
<https://doi.org/10.1111/puar.13241>
14. Lietuvos Respublikos žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymas (Žin., 1996, Nr. 104-2363; 2001, Nr.

- 112-4069).
15. 2020 m. kovo 17 d. SAM įsakymas Nr. V-389 „Dėl SAM 2002 m. birželio 13 d. įsakymo Nr. 278 „Dėl Pavojingų ir ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų, dėl kurių ligoniai, asmenys, įtariami, kad serga pavojingomis ar ypač pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis, asmenys, turėję sąlytį, ar šių ligų sukėlėjų nešiotojai turi būti hospitalizuojami, izoliuojami, tiriami ir (ar) gydomi privalomai, sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“ (TAR, 2020-03-18, Nr. 2020-05670).
 16. SAM ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2020 m. vasario 27 d. įsakyму Nr. V-238/A1-170 „Dėl Elektroninių nedarbingumo pažymėjimų bei elektroninių nėštumo ir gimdymo atostogų pažymėjimų išdavimo valstybės lygio ekstremaliosios situacijos ar karantino visos Lietuvos Respublikos mastu dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) plitimo grėsmės laikotarpiu laikinosios tvarkos aprašo patvirtinimo“ (TAR, 2020-02-28, Nr. 2020-04386; 2020-03-19, Nr. 2020-05779; 2020-06-16, Nr. 2020-13154).
 17. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 6 str. 4 d. 11 p. (Žin., 1996, Nr. 55-1287; 2002, Nr. 123-5512).
 18. Lietuvos Respublikos Konstitucija (Lietuvos Aidas, 1992; 220(33):1014).
 19. LRV 2020 m. kovo 14 d. nutarimas Nr. 207 „Dėl karantino Lietuvos Respublikos teritorijoje paskelbimo“ (TAR, 2020-03-14, Nr. 2020-05466).
 20. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. spalio 19 d. įsakymas Nr. V-946 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 47-1:2012 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Infekcijų kontrolės reikalavimai“ patvirtinimo“ (Žin., 2012, Nr. 124-6241)
 21. SAM 2011 m. balandžio 7 d. įsakymas Nr. V-327 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 90:2011 „Dezinfekcijos, dezinsekcijos ir deratizacijos bendrieji saugos reikalavimai“ patvirtinimo“
 22. Medicininių atliekų reikalavimai taip pat nustatyti SAM 2013 m. liepos 18 d. įsakymas Nr. V-706 „Dėl higienos normos HN 66:2013 „Medicininių atliekų tvarkymo saugos reikalavimai“ patvirtinimo“
 23. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>, žiūrėta 2020-11-07.
 24. <https://www.ecdc.europa.eu/en/all-topics-z/coronavirus/threats-and-outbreaks/covid-19/prevention-and-control-covid-19>, žiūrėta 2020-11-07.
 25. SAM 2020 m. balandžio 7 d. sprendimas Nr. V-754 „Dėl asmeninės apsaugos priemonių naudojimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose pagal saugumo lygius“ (TAR, 2020-04-08, Nr. 2020-07285).
 26. <https://SAM.lrv.lt/lt/koronavirusas/informacija-aspi-ir-sveikatos-prieziuros-specialistams-1/asmenines-apsaugos-priemones-ir-ju-lygiai>; <https://SAM.lrv.lt/uploads/SAM/documents/files/KORONA/rekomendacijos%20ASPI%20del%20AAP%20naudojimo.pdf>, žiūrėta 2020-11-07.
 27. 2020 m. kovo 10 d. SAM Nr. V-328 „Dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) atvejo apibrėžimo atnaujinimo“.
 28. 2020 m. birželio 15d. SAM - valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas V-1461 „Dėl SAM - valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2020 m. kovo 10 d. sprendimo Nr. V-328 „Dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) atvejo apibrėžimo atnaujinimo“ pakeitimo“.
 29. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (Žin., 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr. 112-3099).
 30. Kandel N., Chungong S, Omaar A&Xing J. Health security capacities in the context of COVID-19 outbreak: an analysis of International Health Regulations annual report data from 182 countries. The Lancet 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30553-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30553-5)
 31. Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatymo 6 str. 17 p. ir 7 str. 34 p. (Žin., 1994, Nr. 55-1049; 2000, Nr. 91-2832; 2008, Nr. 113-4290).
 32. SAM 2001 m. lapkričio 9 d. įsakymas Nr. 583 „Dėl Gyventojų prisirašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarkos“ (Žin., 2001, Nr. 96-3400).
 33. 2011 m. birželio 8 d. SAM įsakymo Nr. V-591 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2019 „Bendrosios praktikos slaugytojas“ patvirtinimo“ 14.9.14 p. (Žin., 2011, Nr. 72-3490; TAR, 2019-07-15, Nr. 2019-11623).
 34. 2020 m. kovo 16 d. SAM įsakymas Nr. V-390 „Dėl Tepinėlių iš paciento nosiaryklės ir ryklės paėmimo mobiliuose punktuose COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) laboratoriniams tyrimams atlikti organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (TAR, 2020-03-18, Nr. 2020-05658; 2020-04-02, Nr. 2020-06873).
 35. SAM 2020 m. balandžio 27 d. sprendimas Nr. V-997 „Dėl darbo organizavimo VšĮ Kauno miesto greitosios medicinos pagalbos stotyje įsteigtoje sveikatos vartų „Koronos karštojoje linijoje 1808“ (TAR, 2020-04-28, Nr. 2020-08850).
 36. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo įgyvendinimo įstatymo 8 ir 9 str. (Žin., 1996, Nr. 102-2318).
 37. SAM 2001 m. vasario 1 d. įsakymas Nr. 65 „Dėl Informacijos apie pacientą valstybės institucijoms ir kitoms įstaigoms teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo ir Asmens sveikatos paslapties kriterijų nustatymo“ (Žin., 2001, Nr. 13-405; TAR, 2018-11-26, Nr. 2018-18986).
 38. Europos Parlamento ir Tarybos Reglamentas (ES) 2016/679 2016 m. balandžio 27 d. dėl fizinių asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo ir kuriuo panaikinama Direktyva 95/46/EB (Bendrasis duomenų apsaugos reglamentas), Europos Sąjungos oficialusis leidinys OL 119/1.
 39. SAM 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ (Žin., 2005, Nr. 143-5205; TAR, 2018-02-06, Nr. 2018-01808).
 40. SAM 2020 m. kovo 16 d. sprendimas Nr. V-387 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo paskelbus karantiną Lietuvos Respublikos teritorijoje“ (TAR, 2020-03-17,

Nr. 2020-05561; 2020-03-27, Nr. 2020-06151), pakeistas SAM 2020 m. birželio 17 d. įsakymas Nr. V-1504 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo esant Lietuvos Respublikos teritorijoje paskelbtai valstybės lygio ekstremaliajai situacijai organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (TAR, 2020-06-17, Nr. 2020-13262).

REGULATION ENSURING THE AVAILABILITY AND SAFETY OF OUTPATIENT HEALTH CARE SERVICES IN THE FACE OF COVID-19 SPREAD

J. Kutkauskienė

Keywords: COVID-19 outbreak, health care institutions, services for COVID-19 patients.

Summary

Decisions in health care are usually based on medical evidence. However, during the COVID-19 pandemic, the executive power had the responsibility to make urgent decisions in the absence of scientific evidence and to implement international recommendations tailored to specific local conditions. The pursuit of ensuring the availability and safety of health care services required timely legal regulation, which can be conditionally divided into these main categories: regulation establishing a special epidemiological regime in health care institutions and changes in the regulation of providing health care services. This research revealed that the general infection control requirements set out in the pre-pan-

demic legislation were sufficient, but the specific regulation, related to the management of COVID-19 spread (both, legal requirements and the soft law recommendations) were numerous and changed very dynamically due to the changing epidemiological situation. Legislative measures ensured the financial affordability of health care services for COVID-19 and febrile patients. Just ten days after the announcement of the quarantine, the decisions taken by the Ministry of Health fundamentally changed the organization of outpatient health care services by introducing new organizational structures for patients - fever clinics, mobile points, Hotline 1808, and legally regulated the provision of epidemiologically safe tele-medicine (i.e. remote) health care services. These solutions are successful examples of the implementation of international recommendations at the local level.

Correspondence to: jelena.kutkauskiene@gmail.com

Gauta 2020-11-19