

VILNIAUS UNIVERSITETAS
TEISĖS FAKULTETAS
TARPTAUTINĖS IR EUROPOS SĄJUNGOS TEISĖS KATEDRA

Teisės dieninės studijos
V kursas, TEST
Toma Milieškaitė (0310171)

Magistro darbas

**TEISĖS Į SVEIKATOS APSAUGĄ UŽTIKRINIMAS EUROPOS BENDRIJŲ
TEISINGUMO TEISMO PRAKTIKOJE**

**SAFEGUARDING OF THE RIGHT TO HEALTH PROTECTION IN THE
COURT OF JUSTICE OF THE EUROPEAN COMMUNITIES PRACTICE**

Darbo vadovas:
lekt. dr. A. Veršelytė

Darbo recenzentas:
Doc. dr. D. Foigt

Vilnius
2008

TURINYS:

ĮVADAS.....	3
1. SVEIKATA, KAIP ŽMOGAUS TEISIŲ OBJEKTAS, TARPTAUTINĖJE TEISĖJE.....	5
2. EUROPOS SAJUNGOS KOMPETENCIJA SVEIKATOS APSAUGOS SRITYJE.....	8
2.1. Teisė į sveikatos apsaugą Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijoje.....	8
2.2. Steigiamosiomis Sutartimis nustatyta Europos Sąjungos kompetencija sveikatos apsaugos srityje.....	10
2.2.1. Europos Bendrijų Teisingumo Teismo vaidmuo.....	13
2.2.1.1. Netiesioginė Europos Sąjungos kompetencija sveikatos priežiūros srityje....	15
3. VIDAUS RINKA IR SVEIKATOS APSAUGA.....	16
3.1. Sveikatos paslauga rinkos dėsnių kontekste.....	16
3.2. Sveikatos apsauga – laisvo paslaugų judėjimo kontekste.....	17
3.2.1. Paslaugos požymiai.....	18
3.2.2. Sveikatos priežiūros paslaugų laisvės ribojimas arba išankstinis leidimas gydytis.....	22
3.2.3. Išlaidų, patirtų gydantis kitoje valstybėje narėje, apmokėjimas.....	30
3.2.4. Laisvo paslaugų judėjimo principo taikymo stacionarinio ir ambulatorinio gydymo atžvilgiu palyginimas.....	33
3.2.5. Atribojimas nuo sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų pagal antrinę Europos Sąjungos teisę.....	34
3.3. Sveikatos apsauga – laisvo prekių judėjimo kontekste.....	37
4. PACIENTŲ MOBILUMO POREIKIS IR ATEITIES PERSPEKTYVOS.....	40
5. EUROPOS BENDRIJŲ TEISINGUMO TEISMO SPRENDIMŲ ĮGYVENDINIMAS LIETUVOJE.....	46
IŠVADOS.....	50
Santrauka.....	52
Summary.....	53
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	54

ĮVADAS

Tradiciškai sveikatos apsauga organizuojama laikantis teritorinio principo, todėl gyventojams iš esmės paliekama ribota galimybė naudotis nemokamomis sveikatos priežiūros paslaugomis tik gyvenamosios vietos valstybės teritorijoje. Nepaisant to, teisė į sveikatos apsaugą užtikrinama tiek tarptautinės, tiek ir Europos Sąjungos (toliau vadinama – ES arba Europos Sąjunga) teisės aktais.

Žmogaus teisė į sveikatos apsaugą, kaip viena iš socialinių teisių, visų pirma, suformuoja valstybės pareigą užtikrinti, kad asmuo galėtų lygiais pagrindais su kitais dalyvauti paskirstant socialines vertybes, t. y. prieinamą ir kokybišką sveikatos priežiūrą. Nors tokios pareigos įgyvendinimas Europos Sąjungoje ilgą laiką buvo paliktas išskirtinai valstybių nacionalinei kompetencijai, šiandien tampa akivaizdu, jog vidaus rinkos, paremtos laisvu prekių, asmenų, paslaugų ir kapitalo judėjimu, sukūrimas padarė nemažą įtaką nacionalinių sveikatos priežiūros sistemų organizavimui ir funkcionavimui. 1998 m. Europos Bendrijų Teisingumo Teismas (toliau vadinama – ETT, Teismas arba Teisingumo Teismas) savo sprendimais įpareigojo valstybes nares atsižvelgti į Europos Bendrijų Steigiamosiose sutartyse įtvirtintus laisvo prekių ir paslaugų judėjimo principus, taip pripažindamas, kad galimybė nemokamai gauti sveikatos priežiūros paslaugas ar įsigyti prekes bet kurioje ES valstybėje narėje yra ne tik asmens teisė, bet ir viena iš vidaus rinkai paklūstančių sričių. Tokiu būdu Teisingumo Teismas sukėlė neaiškumą ES ir valstybių narių kompetencijos atribojime, daugelio valstybių narių diskusijas ir nerimą dėl neigiamo vidaus rinkos poveikio nacionalinėms sveikatos apsaugos sistemoms, todėl svarbu įsitikinti, ar minėti principai gali tinkamai užtikrinti ES gyventojų sveikatos apsaugą.

Šiuo darbu siekiama atskleisti, kaip evoliucionavo Teisingumo Teismo praktika, nagrinėjant asmens teisių sveikatos apsaugos srityje klausimus ir kartu išplečiant ES pagrindinių laisvių sampratą; aptarti Teisingumo Teismo sprendimuose nurodytus argumentus; įrodyti, jog Teisingumo Teismas, išsamiai ir nuodugniai aiškindamas pagrindinių laisvių veikimo principus, tiesiogiai ir reikšmingai prisidėjo prie teisės į sveikatos apsaugą užtikrinimo Europos Sąjungoje.

Siekiant minėtų tikslų, keliami tokie šio darbo uždaviniai:

- 1) atlikti teisės į sveikatos apsaugą sampratos bei turinio analizę, išskirti pagrindinius jos elementus;
- 2) nustatyti ES ir valstybių narių kompetencijos sveikatos apsaugos srityje santykį bei ribas, jas įtakojančius principus;
- 3) atskleisti prekių ir paslaugų laisvės sampratą, požymius bei jų santykį su minėta teise;
- 4) atskleisti nagrinėjamų laisvių ribojimų pateisinimo pagal Europos Bendrijos steigimo sutartį (toliau vadinama – EB sutartis) ir Teisingumo Teismo praktiką galimybes minėtos teisės kontekste;

- 5) nustatyti, kaip Teisingumo Teismas, remdamasis pagrindinių laisvių veikimo principais, suteikė asmenims platesnes galimybes pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis Europos Sąjungoje.

Darbo nagrinėjimo objektas - pagrindinių laisvių veikimo ribos sveikatos apsaugos srityje. Darbe lyginamos sąlygos ir galimybės kitoje ES valstybėje narėje gauti gydymo ne ligoninėje (ambulatorinio) ir ligoninėje (stacionarinio) paslaugas, taip pat įsigyti medicininius gaminius bei kompensaciją už juos. Taip pat aptariamos pacientų mobilumo priežastys, skatinančios ieškoti sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse, galimos tokio judėjimo pasekmės bei tolesnė šių klausimų bei problemų sprendimo raida. Darbas taip pat apima Lietuvos teisės aktų analizę, siekiant išsiaiškinti, kaip užtikrinamas Teisingumo Teismo išvystytų principų įgyvendinimas Lietuvoje.

Siekiant išsamiai aptarti apibrėžtą objektą naudojami įvairūs mokslinio tyrimo metodai: a) dokumentų analizės (tarptautinių, Europos Sąjungos ir Lietuvos Respublikos teisės aktų ar jų projektų tarpusavio santykio, Teisingumo Teismo jurisprudencijos, teisės ekspertų nuomonių ir koncepcijų vertinimas ir tyrimas); b) istorinis-lyginamasis (Europos Bendrijų steigiamosiomis sutartimis įtvirtintos valstybių narių ir Europos Sąjungos kompetencijos sveikatos apsaugos srityje raidos, reikšmingiausių pokyčių ir vystimosi tendencijų aptarimas); c) teleologinis-lingvistinis (teisės aktų nuostatų turinio, siekiamo tikslo ir rezultato nustatymas).

Nors Europos Sąjungoje veikiančios pagrindinės laisvės yra dažnai ir išsamiai analizuojamos tiek užsienio, tiek ir lietuvių autorių darbuose, šių laisvių santykis su sveikatos apsaugos užtikrinimu yra labai retas tokių darbų tyrimo objektas. Ypatingai tai pasakytina apie lietuvių autorius, kadangi iki šiol minėta tema praktiškai nebuvo nagrinėta. Akivaizdu, kad asmens sveikatos apsaugos užtikrinimas yra vienas iš svarbiausių valstybės įsipareigojimų, o Teisingumo Teismo sprendimuose išvystytų principų taikymas praktikoje sukelia nemažai problemų. Taigi probleminių klausimų sprendimas turėtų būti itin aktualus ir savalaikis, atsižvelgiant į naujausias Europos Bendrijų Komisijos (toliau vadinama – Komisija) ir Europos Parlamento iniciatyvas šioje srityje.

Siekiant apibrėžtų tikslų, darbe didžiausias dėmesys skiriamas Teisingumo Teismo praktikai, jos analizei, pagrindinių tarptautinės ir ES teisės aktų, užtikrinančių asmenims teisę į sveikatos apsaugą, apžvalgai. Pristatomos pagrindinės užsienio autorių, nagrinėjusių minėtos praktikos problematiką, darbuose pateiktos išvados (*C. Bernard, U. Bernitz, V. Hatzopoulos, M. Kyprianou, K. Sieveking, T. Hervey, E. Mossialos, M. McKee*). Taip pat remtasi lietuvių autorių darbais (*V. Vadapalo, S. Žaltauskaitės-Žalimienės, G. Kostkevičiaus*), nacionaliniais teisės aktais, internetiniuose tinklalapiuose pateikiama mokslinio ar praktinio pobūdžio informacija.

1. SVEIKATA, KAIP ŽMOGAUS TEISIŲ OBJEKTAS, TARPTAUTINĖJE TEISĖJE

Pasaulio sveikatos organizacija,- specializuota Jungtinių tautų institucija, savo 1948 m. Konstitucijoje apibrėžė sveikatą kaip “visiškos fizinės, protinės ir socialinės gerovės būklę, o ne tik ligos ar negalios nebuvimą”¹. „Šis apibrėžimas turi svarbią konceptualią ir praktinę reikšmę ir iliustruoja teisių tarpusavio priklausomybę ir nedalomumą, kadangi jos susijusios su sveikata.“² Galimybė asmeniui sveikai gyventi yra būtina sąlyga naudojimuisi daugeliu pagrindinių žmogaus teisių bei viena iš oraus gyvenimo sąlygų. Teisė į sveikatos apsaugą yra glaudžiai susijusi su daugeliu kitų teisių, tokių kaip teisė į sveiką aplinką, sveikas darbo sąlygas ar teisė gauti informaciją, susijusią su sveikata.

Taigi nekelia nuostabos tai, kad sveikata, kaip žmogaus teisių objektas, minima daugelyje tarptautinių dokumentų, o kova už sveikatos apsaugą yra viena iš svarbiausių žmogaus teisių gynimo organizacijų veiklos sričių – asmuo dažnai negali naudotis savo teisėmis ir laisvėmis, jei serga sunkia liga³. Nors kai kurie tarptautiniai žmogaus teisių dokumentai yra neutralūs su sveikata susijusių santykių klausimų atžvilgiu, pvz.: Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija⁴, kiti dokumentai aiškiai gina konkrečias teises sveikatos apsaugos kontekste.

1948 m. Visuotinės žmogaus teisių deklaracijos 25 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad "Kiekvienas turi teisę į savo ir savo šeimos sveikatą ir gerovei pakankamą gyvenimo lygį, įskaitant maistą, drabužius, būstą ir sveikatos priežiūrą bei būtinas socialines paslaugas"⁵. 1966 m. Tarptautinis ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių paktas, pripažindamas „kiekvieno žmogaus teisę turėti kuo geriausią fizinę ir psichinę sveikatą“⁶, kartu pateikia sąrašą priemonių, kurių valstybės, minėto Pakto šalys, imasi šiai teisei įgyvendinti. Sveikata, kaip žmogaus teisių objektas, yra minima, be kita ko, 1965 m. Tarptautinės konvencijos dėl visų formų rasinės diskriminacijos panaikinimo⁷ 5 straipsnio e dalies iv punkte, 1979 m. Konvencijos dėl visų formų diskriminacijos panaikinimo moterims⁸ 11 straipsnio 1 dalies (f) punkte ir 12 straipsnyje bei 1989 m. Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencijos⁹ 24 straipsnyje. Be to, Pasaulio sveikatos organizacijos Konstitucija numato, kad „Naudojimasis aukščiausiu pasiekiamu sveikatos lygiu yra viena iš pagrindinių

¹ Pasaulio sveikatos organizacijos svetainė [interaktyvus]. [Žiūrėta 2008-01-25]. Prieiga per internetą: www.who.int.

² Building on the Synergy between Health and Human Rights: A Global Perspective. Daniel Tarantola, 2000. // [Žiūrėta 2008-01-29]. Prieiga per internetą: www.hsph.harvard.edu.

³ Viena svarbiausių tarptautinių organizacijų - Pasaulio sveikatos organizacija - savo veiklą paskyrusi išskirtinai vien visuomenės sveikatos lygio gerinimui.

⁴ Žin., 1995, Nr. 40-987.

⁵ Žin., 2006, Nr. 68-2497.

⁶ Žin., 2002, Nr. 77-3290.

⁷ Žin., 1998, Nr. 108-2957.

⁸ Žin., 1996, Nr. 21.

⁹ Žin., 1995, Nr. 60-1501.

kiekvieno žmogaus teisių, nepaisant rasės, religinių, politinių įsitikinimų, ekonominių ar socialinių sąlygų.“¹⁰.

Kai kurie regioniniai žmogaus teisių instrumentai taip pat reguliuoja teises, susijusias su sveikatos apsauga, pvz.: 1961 m. Europos socialinė chartija (pataisyta)¹¹ (11 straipsnis), 1997 m. Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija)¹² (3 straipsnis), 1981 m. Afrikos chartija dėl žmogaus ir tautų teisių (16 straipsnis), 1988 m. Amerikos konvencijos dėl žmogaus teisių ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių srityje papildomas protokolas (10 straipsnis), bei kt. tarptautiniai dokumentai.

Nors daugelyje tarptautinės teisės dokumentų yra įtvirtintos nuostatos, susijusios su sveikata, vartojami terminai juose skiriasi. Apibendrintai galima išskirti tris pagrindinius terminus, naudojamus minėtuose tarptautiniuose dokumentuose: teisę į sveikatą¹³, teisę į sveikatos priežiūrą¹⁴ bei teisę į sveikatos apsaugą¹⁵. Teisių turinys bei susijusios tarptautinių sutarčių nuostatos aiškinamos atitinkamų jas įgyvendinančių institucijų, pvz.: 2000 m. gegužės mėn. Jungtinių Tautų socialinių ir ekonominių teisių komitetas paskelbė Bendrąjį komentarą Nr. 14 dėl teisės į kuo geriausią sveikatos lygį¹⁶.

Pažymėtina, kad šios teisės samprata gali būti klaidinanti, ypač kai naudojamas terminas „teisė į sveikatą“, kuris dažnai pasirenkamas, nes yra trumpiausias ir dėl to patogiausias naudoti. Šiuo atveju nekalbama apie teisę būti sveikam ar teisę reikalauti išlaikyti ar pasiekti idealią sveikatą, kadangi šios teisės įgyvendinimas priklauso ir nuo valstybės ekonominių sąlygų bei medicinos galimybių. Tai socialinė teisė, kurios atžvilgiu, remiantis Tarptautiniu ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių paktu, „nustatomi vadinamieji „rezultato įsipareigojimai“, kai valstybė privalo imtis priemonių, kad pasiektų tarptautinėje sutartyje numatomą rezultatą. Savaime suprantama, kad skirtingų valstybių skirtingas išsivystymo lygis ir ekonominis potencialas. Todėl čia nenustatomas tiesioginis įsipareigojimas garantuoti <...> socialines <...> teises“¹⁷.

Kita vertus, terminas „teisė į sveikatos priežiūrą“ pernelyg siauras ir nepabrėžtų tokių sveikatą sąlygojančių veiksnių įtakos, kaip „maistas ir mityba, gyvenimo sąlygos, sveikas ir tinkamas gerti vanduo bei sanitarinės sąlygos, saugios ir sveikos darbo sąlygos bei sveika aplinka“¹⁸, minimų Jungtinių Tautų socialinių ir ekonominių teisių komiteto Bendrajame komentare.

¹⁰ Cit. op. 1.

¹¹ Žin., 2001, Nr. 49-1704.

¹² Žin., 2002, Nr. 97-4258.

¹³ Pvz.: 1966 m. Tarptautinis ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių paktas. Žin., 2002, Nr. 77-3290.

¹⁴ Pvz.: 1948 m. Visuotinės žmogaus teisių deklaracija. Žin., 2006, Nr. 68-2497.

¹⁵ Pvz.: 1961 m. Europos socialinė chartija (pataisyta). Žin., 2001, Nr. 49-1704.

¹⁶ Jungtinių tautų vyriausiojo žmogaus teisių komisaro institucijos svetainė [interaktyvus]. [Žiūrėta 2008-01-25]. Prieiga per internetą: www.ohchr.org.

¹⁷ Vadapalas V., Tarptautinė teisė.- Vilnius, 2006, p. 270.

¹⁸ Cit. op. 16.

Siekiant aiškumo ir racionalumo, daugelis autorių¹⁹ siūlo naudoti terminą „teisė į sveikatos apsaugą“, kuri apimtų teisę į sveikatos priežiūrą ir teisę gyventi sveikomis sąlygomis.

Trumpai apžvelgus pagrindines tarptautines sutartis, numatančias teisę į sveikatos apsaugą, svarbu pažymėti, kad šios teisės aiškinimas ir taikymas Europos Bendrijos rėmuose negali būti atskirtas nuo minėtose tarptautinėse sutartyse įtvirtintų susijusių nuostatų. Juk dabartinės ES valstybės narės tapo daugelio šių tarptautinių sutarčių dalyvėmis dar prieš įstodamos į Europos Sąjungą. Beje, ETT byloje *Jungtinė Karalystė v. Europos Sąjungos taryba*²⁰, nesutikdamas su Jungtinės Karalystės argumentais, pareiškė, kad sąvoka „sveikata“ turėtų būti interpretuojama plačiai, kaip apimanti visus faktorius, fiziškai ar kitaip galinčius paveikti asmens sveikatą ir saugumą darbo aplinkoje. Kaip pažymėjo Teismas, tokia šios sąvokos interpretacija, visų pirma, kyla iš Pasaulio sveikatos organizacijos, kuriai priklauso visos valstybės narės, konstitucijos preambulės.

Svarbu atkreipti dėmesį ir tai, kad steigiant Europos Bendrijas nebuvo įtvirtinta nei pagrindinių teisių sąvoka, nei jų katalogas. Pradžioje manyta, kad pagrindinių teisių klausimų nebūtina įtraukti į steigiamąsias Europos Bendrijų sutartis, kadangi valstybių narių konstitucijos užtikrino žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugą, tačiau ETT pakeitė šį požiūrį. „Kadangi Europos Sąjunga neturėjo savo dokumento apie pagrindines teises, Teismo praktikoje jų principai susiformavo taikant aiškinimo metodą ir remiantis įvairiais teisės šaltiniais“²¹. 1993 m. Europos Sąjungos (Mastrichto) sutarties F straipsnio 2 dalyje, lyg apibendrinant Europos Bendrijų Teisingumo Teismo praktiką pagrindinių teisių srityje, įtvirtinta svarbi nuostata, jog „Sąjunga gerbia pagrindines teises, kurias užtikrina 1950 m. lapkričio 4 d. Romoje pasirašyta Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija ir kurios kyla iš valstybėms narėms bendrų konstitucinių tradicijų kaip bendri Bendrijos teisės principai.“²².

Be to, 2000 m. Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartija (toliau vadinama – Chartija), patikslinta 2007 m., preambulėje „dar kartą patvirtina teises, kurios pirmiausia kyla iš konstitucinių tradicijų ir bendrų tarptautinių valstybių narių įsipareigojimų, Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos, Sąjungos ir Europos Tarybos priimtų socialinių chartijų ir Europos Sąjungos Teisingumo Teismo ir Europos žmogaus teisių teismo teisminės praktikos.“²³. Europos Sąjungos Taryba taip pat pateikė Chartijos paaiškinimą²⁴, kuriame nurodė, kad Chartijos 35 straipsnis, įtvirtinantis teisę į sveikatos apsaugą, yra paremtas Europos socialinės chartijos,

¹⁹ Pvz.: V. A. Leary, JD, *The Right to Health in International Human Rights Law*. // *Health and Human Rights: An International Journal* Vol. 1, No. 1, 1994. [Žiūrėta 2008-01-29]. Prieiga per internetą: www.hsph.harvard.edu.

²⁰ 1996-11-12 ETT sprendimas byloje C-84/94 *Jungtinė Karalystė v. Europos Sąjungos taryba* [1996] ECR I-5755.

²¹ Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijos integravimo į sutartis sąlygos ir pasekmės bei Bendrijos / Sąjungos prisijungimas prie EŽTK. CONV 116/02. 2002 m. birželio 18 d.

²² Europos Sąjungos oficialusis leidinys C 191, CELEX numeris: 11992M; 1992.

²³ Europos Sąjungos oficialusis leidinys C 303, 14/12/2007, p. 0001 – 0016.

²⁴ Su pagrindinių teisių chartija susiję išaiškinimai. Europos Sąjungos oficialusis leidinys C 303, 2007, p. 17 – 35.

veikiančios Europos Tarybos rėmuose, 11 ir 13 straipsniais, atitinkamai numatančiais teisę į sveikatos apsaugą bei teisę į socialinę paramą ir medicinos pagalbą.

2. EUROPOS SAJUNGOS KOMPETENCIJA SVEIKATOS APSAUGOS SRITYJE

2.1. Teisė į sveikatos apsaugą Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijoje

Europos Sąjungos kompetencija sveikatos apsaugos srityje paremta Maastrichto sutartimi iš dalies pakeistos EEB sutarties ir 1999 m. Amsterdamo sutarties²⁵ atitinkamai - 129 ir 152 straipsniais, priklausančiais X ir XIII numeriais atitinkamai pažymėti antraštinei daliai „Visuomenės sveikata“ (angl. *public health*). Vis dėlto visuomenės sveikatos apsauga turėtų būti atskirta nuo individualios žmogaus teisės į sveikatos apsaugą. Pastaroji Steigiamosiose Sutartyse neminima, bet pripažinta Chartijoje, į skyrių „Solidarumas“ įtraukus 35 straipsnį - „Teisė į sveikatos apsaugą“.

Nepaisant to, kad Chartija taps teisiškai privaloma daugelyje ES valstybių narių po Lisabonos sutarties ratifikavimo, įgydama tokią pat galią, kaip ir Steigiamosios Sutartys, ji jau dabar yra svarbus teisės pažinimo šaltinis, kurio pripažintas teisės savo veikloje gerbia Europos Sąjungos institucijos, o nuorodas į Chartiją pateikia ne tik generaliniai advokatai savo išvadose²⁶, bet ir ETT²⁷ bei Europos žmogaus teisių teismas²⁸, priimdami sprendimus. Šios Chartijos nuostatos skirtos Sąjungos institucijoms, įstaigoms ir organams, tinkamai atsižvelgiant į subsidiarumo principą²⁹, bei valstybėms narėms tais atvejais, kai šios įgyvendina Sąjungos teisę.

Chartijos 35 straipsnis numato, jog „Kiekvienas turi teisę į profilaktinę sveikatos priežiūrą ir teisę į gydymą nacionalinių teisės aktų ir praktikos nustatyta tvarka. Apibrėžiant ir vykdant visą Sąjungos politiką ir veiklą, užtikrinamas aukštas žmonių sveikatos apsaugos lygis.“³⁰. Ši formulė sukuria standartą, kuriuo turėtų vadovautis valstybės narės, ir ypačingai jų aukščiausios institucijos, kurios reguliuodamos nacionalines sveikatos apsaugos sistemas neturėtų apsiriboti minimaliu garantuojamu apsaugos lygiu, bet siekti aukščiausios kokybės sveikatos priežiūros paslaugų užtikrinimo. Chartijos 35 straipsnyje numatyti principai grindžiami remiantis Europos Bendrijos

²⁵ Europos Sąjungos oficialusis leidinys C 340, CELEX numeris: 11997D; 1997.

²⁶ Pvz.: 2001 m. vasario 8 d. generalinės advokatės Tizzano išvada byloje Nr. C-173/99.

²⁷ Pvz.: 2007-12-18 ETT sprendimas byloje C-341/05, Europos Sąjungos oficialusis leidinys C 281, 2005; 2008-02-14 ETT sprendimas byloje C-450/06 (dar nepaskelbta); 2005-02-22 ETT sprendimas byloje Nr. 141/02 P [2005] ECR I-1283 ir kt.

²⁸ Pvz.: Europos žmogaus teisių teismo 2002 m. liepos 11 d. sprendimas byloje *I. prieš Jungtinę Karalystę* (pareiškimo Nr. 25680/94).

²⁹ Žr. 48 nuorodą.

³⁰ Cit. op. 24.

steigimo sutarties³¹ 152 straipsniu, o Chartijos 35 straipsnio antrasis sakiny s perteikia minėtos Sutarties 152 straipsnio 1 dalį³². Be to, kai kurios kitos į Chartiją įtrauktos teisės taip pat susijusios su sveikatos apsauga, pvz.: žmogaus teisė į gyvybę (2 straipsnis), teisė į asmens neliečiamybę (3 straipsnis), asmens duomenų apsauga (8 straipsnis), diskriminacijos draudimas (21 straipsnis), tinkamos ir teisingos darbo sąlygos (31 straipsnis) bei kt.

Chartija įtvirtino teisę į sveikatos apsaugą, kurią sudaro dvi dalys, t.y. teisė į profilaktinę sveikatos priežiūrą (angl. *right of access to preventive health care*) ir teisė į gydymą (angl. *right to benefit from medical treatment*). Chartija iš esmės numato galimybę asmeniui pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis, o valstybėms narėms – pozityvų įsipareigojimą užtikrinti savo gyventojų sveikatos apsaugą, pvz.: teisės aktais įtvirtinant visiems asmenims vienodas galimybes gauti sveikatos priežiūros paslaugas ir apsaugant nuo trečiųjų asmenų įsikišimo naudojantis šia teise, sukuriant nacionalinę sveikatos politiką ir skiriant pakankamą valstybės biudžeto pajamų dalį sveikatos problemoms spręsti.

Siekiant pagrįsti teisės į sveikatos apsaugą svarbą, galima paminėti ir Europos Sąjungos Tarybos 2006 m. išvadą dėl Europos Sąjungos sveikatos sistemų bendrų vertybių ir principų³³, kurioje pažymėta, kad universalumas, galimybė naudotis geros kokybės priežiūra, teisingumas ir solidarumas yra svarbiausios vertybės, plačiai pripažįstamos skirtingų ES institucijų veikloje ir visoje Europoje. „Universalumas reiškia, kad visi turi galimybę naudotis sveikatos priežiūra; solidarumas yra glaudžiai susijęs su mūsų nacionalinių sveikatos sistemų finansinėmis nuostatomis bei su poreikiu užtikrinti visų galimybes naudotis sveikatos priežiūra; teisingumas yra susijęs su vienodomis galimybėmis, atsižvelgiant į poreikius, nepaisant etninės priklausomybės, lyties, amžiaus, socialinio statuso ar galimybės sumokėti.“³⁴

Šiame darbe, atsižvelgiant į pirmame skyriuje pateiktą terminų paaiškinimą, ir toliau bus laikomasi pateikto teisės į sveikatos apsaugą skirstymo, pagrįsto Chartijos 35 straipsniu, tačiau atkreiptinas dėmesys, kad literatūroje galima rasti ir kitokią klasifikaciją. Pavyzdžiui, *Herman Nys*³⁵ pacientų teises skirsto į dvi kategorijas, o būtent į socialines ir individualias paciento teises. Svarbiausia socialinė teisė yra teisė į sveikatos priežiūrą. Ji apima teisę į sveikatos apsaugą ir teisę į sveikatos lygio kėlimą (prevencinė sveikatos priežiūra) bei teisę į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą (gydomoji sveikatos priežiūra). Autoriaus teigimu, Europos Sąjungos gyventojų teisė į sveikatos apsaugą gali būti kildinama iš Amsterdamo sutarties 152 straipsnio 1 dalies.

³¹ Konsoliduota Europos Bendrijos steigimo sutartis, CELEX numeris: 12002E, 2004.

³² Ibid. „152 straipsnis. 1. Žmonių sveikatos aukšto lygio apsauga užtikrinama nustatant ir įgyvendinant visas Bendrijos politikos ir veiklos kryptis.<...>“.

³³ Europos Sąjungos oficialusis leidinys C 146/1, 2006.

³⁴ Ibid.

³⁵ Nys H., Patients Rights in a European Health Care Market (paper prepared for delivery at the 7-8 December 2001 conference on European Integration and Health Care Systems: A Challenge for Social Policy) // [Žiūrėta 2008-01-29]. Prieiga per internetą: www.ose.be.

Kaip teisingai pastebi autorius, teisė į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, nėra aiškiai paminėta Amsterdamo sutartyje, bet pastarojoje sutartyje taip pat nėra minima ir ją apimanti teisė gauti sveikatos priežiūros paslaugas, kurią pripažįsta Chartija. Visgi, „Chartijos nuostatos niekaip neišplečia Sutartyse apibrėžtos Sąjungos kompetencijos“³⁶, o Europos Bendrijų Teisingumo Teismas iki šiol nesirėmė Chartija, siekdamas užtikrinti asmens teisę į sveikatos apsaugą, o kartu ir ją apimančią teisę į sveikatos priežiūrą.

Nepaisant to, Europos Bendrijų Teisingumo Teismas, remdamasis steigiamųjų ES sutarčių nuostatomis, reikšmingai prisidėjo prie teisės į sveikatos apsaugą užtikrinimo, suteikdamas gyventojams teisę laisvai judėti į kitas valstybes nares, siekiant gauti medicinos prekes ir paslaugas. Tad toliau darbe bus nagrinėjama steigiamosiomis ES sutartimis įtvirtinta Europos Bendrijų kompetencija sveikatos apsaugos srityje.

2.2. Steigiamosiomis Sutartimis nustatyta Europos Sąjungos kompetencija sveikatos apsaugos srityje

Nagrinėjant istoriniu aspektu, svarbu pažymėti, kad sveikatos apsaugos klausimai šiuo metu užima daug pastebimesnę poziciją Europos darbotvarkėje nei pradžioje. Pagal 1958 m. Europos ekonominės bendrijos steigimo sutartį³⁷, 1952 m. Europos anglių ir plieno bendrijos steigimo sutartį³⁸ ir 1958 m. Europos atominės energijos bendrijos steigimo sutartį³⁹ sveikatos apsauga, jos stiprinimas bei priežiūra nebuvo įtraukti kaip aiškūs, bendri tikslai. Pagrindinis EB rūpestis sveikatos apsaugos srityje buvo darbuotojų migrantų ir jų šeimos narių socialinė apsauga. Sveikatos apsauga kartu tapo viena iš priemonių, pateisinančių asmenų, prekių ir kapitalo laisvės ribojimą.

1987 m. priimtas Suvestinis Europos aktas⁴⁰ buvo pirmasis dokumentas, įvedęs tam tikrus sutarčių pasikeitimus ir žymintis naują Europos Bendrijos etapą sveikatos sektoriuje. Minėto Akto 100a straipsnis bendrais bruožais nubrėžė teisinio harmonizavimo priemones, siekiant, kad vidaus rinkos įkūrimas ir veikla garantuotų sustiprintą apsaugos lygmenį sveikatos reikaluose. Taip pat tam tikros nuostatos buvo numatytos darbuotojų sveikatos ir saugos (118a straipsnis) bei aplinkos apsaugos (130 straipsnis) atžvilgiu.

Europos Sąjungos (Mastrichto) sutartis suteikė naują impulsą bendriems veiksams visuomenės sveikatos srityje. Visų pirma, buvo pakeistas Europos ekonominės bendrijos steigimo sutarties 3 straipsnis, nurodant, kad viena iš Bendrijos veiklos sričių yra įnašas siekiant aukšto lygio

³⁶ Lisabonos sutartis, iš dalies keičianti Europos Sąjungos sutartį ir Europos bendrijos steigimo sutartį. Europos Sąjungos oficialusis leidinys C 306/83, 2007.

³⁷ CELEX numeris: 11957E; 1957.

³⁸ CELEX numeris: 11951Kr; 1951.

³⁹ Europos Sąjungos portalas. Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu>.

⁴⁰ CELEX numeris: 11986U; 1986.

sveikatos apsaugos. Be to, minėta Sutartis buvo papildyta X antraštinės dalies “Visuomenės sveikata” 129 (dabartiniu 152) straipsniu, numatant, kad “Bendrija prisideda prie žmonių sveikatos aukšto lygio apsaugos užtikrinimo skatindama valstybių narių bendradarbiavimą ir prireikus remdama jų veiksmus. Bendrija savo veikla siekia užkirsti kelią ligoms, ypač labiausiai pakertančioms žmonių sveikatą, įskaitant priklausomybę nuo narkotikų, skatindama jų priežasčių ir plitimo mokslinius tyrimus, taip pat skleidama informaciją ir plėtodama švietimą sveikatos klausimais. Sveikatos apsaugos reikalavimai yra kitų Bendrijos politikos sričių sudedamoji dalis.”⁴¹. Šiuo klausimu ETT sprendime *Jungtinė Karalystė v. Komisija* priminė, kad „remiantis Europos Bendrijų steigimo sutarties 129 straipsnio 1 dalies 3 pastraipa, sveikatos apsaugos reikalavimai yra kitų Bendrijos politikos sričių sudedamoji dalis ir, kaip Teismas jau ne kartą pažymėjo, siekiant bendros žemės ūkio politikos tikslų, tos pastangos negali nepaisyti reikalavimų, susijusių su viešu interesu, tokiu kaip vartotojų apsauga ar gyvūnų ir žmonių sveikatos ir gyvybės apsauga, reikalavimų, į kuriuos visos Bendrijos institucijos turi atsižvelgti naudodamosi savo galiomis.“⁴².

Amsterdamo sutartis galutinai pripažino visuomenės sveikatos svarbą, pakeisdama 129 straipsnį ir numatydama, kad „Žmonių sveikatos aukšto lygio apsauga užtikrinama nustatant ir įgyvendinant visas Bendrijos politikos ir veiklos kryptis.“⁴³. G. Kostkevičiaus nuomone, Sutartis atkreipė dėmesį į tai, kad „žmonių sveikatos apsaugos interesai turi būti tinkamai įvertinti, kai priimami sprendimai kitose Bendrijos kompetencijos srityse savo turiniu gali konkuruoti su žmonių sveikatos apsaugos tikslais. Tai buvo tarsi atsakas į Jungtinės Karalystės argumentus ETT nagrinėtoje byloje *C-180/96 Jungtinė Karalystė v. Europos Komisija* dėl Komisijos priimtų neatidėliotinių priemonių, skirtų užkirsti kelią karvių kempinligės plitimui.“⁴⁴.

Pirmą kartą aiškiai buvo nustatyta, kad „Bendrija savo veikloje visuomenės sveikatos srityje visiškai pripažįsta valstybių narių atsakomybę už sveikatos paslaugų ir sveikatos priežiūros organizavimą bei teikimą“⁴⁵, kartu suteikiant Bendrijai kompetenciją tam tikrose sveikatos apsaugos srityse savo veikla papildyti valstybių narių politiką, remti jų veiksmus, skatinti valstybių narių tarpusavio bendradarbiavimą bei bendradarbiavimą su trečiosiomis šalimis ir kompetentingomis tarptautinėmis organizacijomis. Taip pat nustatytos priemonės bei procedūra, kuria vadovaudamasi Taryba gali veikti sveikatos srityje.

Kitos priemonės, susijusios su sveikata, buvo paremtos bendrąja teisės aktų derinimo kompetencija sveikatos ir saugos darbe klausimams reguliuoti, remiantis 94, 95, 137, 138

⁴¹ Cit. op. 23.

⁴² 1996-07-12 ETT sprendimas byloje *C-180/96 Jungtinė Karalystė v. Komisija* [1996], ECR I-3903.

⁴³ Cit. op. 26.

⁴⁴ G. Kostkevičius. Subsidiarumo principas teisiškai reglamentuojant sveikatos priežiūrą: ES ir valstybių narių kompetencijos atribojimas. Teisės problemos Nr. 3 (53), 2006, p. 91.

⁴⁵ Cit. op. 26.

straipsniais. Be to, visuomenės sveikatos klausimai iškilo kai kuriose savarankiškose srityse, kuriose EB turi teisę priimti teisės aktus, pvz.: vartotojų, aplinkos ar socialinės apsaugos srityse.

Bendrijos galių sveikatos apsaugos srityje sustiprėjimas iš dalies buvo išsiliejimo efekto iš kitų sričių (angl. *spill-over effect*) bei įvairių interesų grupių, siekiančių išplėsti Bendrijos įtaką sveikatos paslaugoms, veiklos padarinys. Vis dėlto, visą apžvelgtą etapą valstybės narės, užuot pakėlusios sveikatos apsaugos klausimus į tarpvyriausybinių lygį, didžiąja dalimi išlaikė savo autonomiją šioje srityje, *Mossialos ir McKee*⁴⁶ nuomone,- dėl savų interesų (savanaudiškumo) bei dėl to, kad sveikatos apsaugos klausimai paprastai priskiriami prie taip vadinamos „žemosios politikos“ (angl. *low politics*).

Nustatant santykį tarp Bendrijos teisės ir valstybių narių teisės sveikatos apsaugos srityje, svarbu tiksliai nubrėžti jų įgaliojimų skiriamąją liniją. Europos Bendrijų kompetencija sveikatos apsaugos srityje remiasi ir yra ribojama subsidiarumo principu, apibrėžtu Europos Bendrijų sutarties 5 straipsnyje⁴⁷. Subsidiarumo principas, visų pirma skirtas užtikrinti, kad sprendimai būtų priimami kiek įmanoma arčiau Sąjungos piliečių. Vadovaujantis juo, atskirų sveikatos apsaugos sistemų teikiamos paslaugos ir jų organizavimas yra valstybių narių atsakomybė, o Europos Bendrijos šioje srityje gali veikti tik tokiais atvejais, kai nacionaliniu ar regioniniu (kelių valstybių) lygiu tam tikras klausimas negali būti išspręstas taip pat veiksmingai ar dar veiksmingiau. Be to, turėtų būti atsižvelgta ir į proporcingumo principą, nustatantį, kad priemonės, kurių imasi Bendrija tam tikram tikslui pasiekti, turi būti tinkamos, būtinos ir proporcingos.

Kaip pastebi G Kostkevičius, Amsterdamo sutarties protokole pateiktos gairės dėl subsidiarumo principo taikymo „grindžiamos ekonominėmis masto ir specializacijos teorijomis. Vienoje jų teigiama, kad ekonomija tiesiogiai priklauso nuo gamybos apimtys. Kitoje efektyvumo didėjimas siejamas su žmonių pastangomis koncentruotis toje veikloje, kurioje jie yra labiausiai įgudę, kad būtų išvengta bereikalingo dubliavimosi. Masto ir specializacijos ekonominiai veiksniai gali turėti teigiamos įtakos vykdant sveikatos apsaugos programas. O tai gali sudaryti teisinį pagrindą išplėsti Bendrijos kompetenciją už ES sutarties 152 straipsnio nustatytų ribų.“⁴⁸.

Įdomu pažymėti, kad Lisabonos sutartis, iš naujo apibrėždama, kurios sritys priklauso Europos Sąjungos kompetencijai, o kurios - valstybių narių, akivaizdžiai parodo, kad sveikatos apsaugos klausimai per pastaruosius metus tapo itin svarbūs ir aktualūs Europos Sąjungoje. Sutartyje dar kartą pripažįstama valstybių narių atsakomybė už jų sveikatos politikos apibrėžimą ir

⁴⁶ Hämäläinen R., Koivusalo M., Ollila E., EU Policies and Health // [Žiūrėta 2008-01-29]. Prieiga per internetą: <http://gaspp.stakes.fi/EN/index.htm>.

⁴⁷ Cit. op. 32. „5 straipsnis. <...>Pagal subsidiarumo principą Bendrija imasi veiksmų srityse, kurios nepriklauso jos išimtinėi kompetencijai, tik tada ir tokia apimtimi, kai siūlomo veiksmo tikslų valstybės narės negali deramai pasiekti, o Bendrija dėl siūlomo veiksmo masto arba poveikio gali juos pasiekti geriau.“

⁴⁸ Cit. op. 45.

už sveikatos paslaugų ir sveikatos priežiūros organizavimą bei teikimą, įskaitant sveikatos paslaugų ir sveikatos priežiūros valdymą bei tam paskirtų išteklių paskirstymą.

Vis dėlto svarbiausia tai, kad Sutartis įneša aiškumo ir tikslumo, išskirdama pasidalijamąją ir papildančiąją kompetenciją sveikatos apsaugos srityje. Pasidalijamajai Europos Sąjungos ir valstybių narių kompetencijai priskiriami Sutartyje apibrėžti bendrų visuomenės sveikatos saugos problemų aspektai, o žmogaus sveikatos apsaugos ir gerinimo srityje numatoma papildančioji kompetencija, reiškianti, kad Europos Sąjunga gali tik paremti, papildyti ar koordinuoti valstybių narių veiksmus. Be to, Sutarties 5a straipsnis įtvirtina, kad nustatydamą ir įgyvendindama savo politikos kryptis ir veiksmus, Sąjunga atsižvelgia į reikalavimus, susijusius su žmonių sveikatos apsauga.

Apibendrinant, reiktų dar kartą pabrėžti, kad Steigiamosios sutartys pripažįsta valstybių narių atsakomybę už sveikatos paslaugų ir sveikatos priežiūros organizavimą bei teikimą, taip apribodamos Europos Bendrijų kompetenciją šioje srityje. Tai ne kartą patvirtino ir ETT, pabrėždamas, kad „Bendrijos teisė neriboja valstybių narių kompetencijos tvarkyti savo socialinės apsaugos sistemas (byla Nr. 238/82 *Duphar ir kt. v. Nyderlandai* [1984] ECR 523, 16 punktas, ir byla C-70/95 *Sodemare ar kt. v. Regione Lombardia* [1997] ECR I-3395, 27 punktas). Nesant suderinimo Bendrijos lygmeniu, kiekviena valstybė narė turi teisę nustatyti: pirmiausia, sąlygas, kuriomis asmuo gali ar privalo būti apdraustas socialiniu draudimu (byla Nr. 110/79 *Coonan v. Insurance Officer* [1980] ECR 1445, 12 punktas, ir byla Nr. C-349/87 *Paraschi v. Landesversicherungsanstalt Württemberg Lan* [1991] ECR I-4501, 15 punktas) ir antra, sąlygas, kurioms esant suteikiamos išmokos (sujungtos bylos C-4/95 ir C-5/95 *Stöber and Piosa Pereira v Bundesanstalt für Arbeit* [1997] ECR I-511, 36 punktas)⁴⁹.

2.2.1. Europos Bendrijų Teisingumo Teismo vaidmuo

Šiandien dažnai pripažįstama, kad valstybės, išlaikydamos sveikatos paslaugų ir priežiūros organizavimą bei teikimą savo išskirtinės kompetencijos sritimi, ne visuomet užtikrina asmenims galimybę pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis tinkamai ir laiku. Visgi, praktikoje kompetentingos valstybių narių institucijos taip pat nenoriai suteikia leidimus nemokamai gydytis kitose valstybėse narėse. Tuo tarpu Europos Bendrijų Teisingumo Teismas savo sprendimais⁵⁰ suteikė didesnes galimybes asmenims pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis kitose valstybėse narėse, taip pakeisdamas iki tol vyravusią nuomonę, kad EB teisė negali įtakoti nacionalinių sveikatos sistemų.

⁴⁹ 1998-04-28 ETT sprendimas byloje C-120/95 *Decker* [1998] ECR I-1831.

⁵⁰ Pvz.: 1998-04-28 ETT sprendimas byloje C-158/96 *Kohll* [1998] ECR I-1931; 1998-04-28 ETT sprendimas byloje C-120/95 *Decker* [1998] ECR I-1831 ir kt. Jie toliau bus nagrinėjami šiame darbe.

Nepaisant to, kad Amsterdamo sutarties 152 straipsnis iš pirmo žvilgsnio „apsaugo“ nacionalinės sveikatos priežiūros sistemas nuo Europos Sąjungos teisės įsikišimo, ETT sprendimai akivaizdžiai parodė, kad Europos Sąjungos veikla vidaus rinkos srityje daro poveikį sveikatos priežiūrai, o kartu ir teisei į sveikatos apsaugą. ETT pripažino, kad valstybės narės, naudodamosi kompetencija tvarkyti savo socialinės apsaugos sistemas, turi laikytis ES teisės, ypač jos nuostatų, draudžiančių valstybėms narėms įvesti arba palikti galioti nepagrįstus naudojimosi pagrindinėmis laisvėmis ribojimus sveikatos priežiūros srityje. Remiantis ETT praktika, „nors Bendrijos teisė neriboja valstybių narių kompetencijos tvarkyti savo socialinės apsaugos sistemas ir priimti sprendimus dėl šių sistemų veikimui skirtinų lėšų, vis dėlto Sutartimi garantuojamų pagrindinių laisvių įgyvendinimas neišvengiamai įpareigoja valstybes nares nustatyti jų įgyvendinimo taisykles, todėl šios aplinkybės negalima vertinti kaip jų suverenios kompetencijos atitinkamoje srityje pažeidimo“⁵¹.

Šiame sprendime Europos Bendrijų Teisingumo Teismas nuėjo dar toliau, pripažindamas galimybę Europos Sąjungos antrinės teisės aktais įtakoti nacionalinę politiką sveikatos apsaugos srityje. Teismas nustatė, kad „EB sutarties 152 straipsnio 5 dalis nereiškia, kad kitos Sutarties nuostatos, pavyzdžiui, 49 straipsnis, arba remiantis kitomis Sutarties nuostatomis priimtos Bendrijos priemonės, pavyzdžiui, Reglamento Nr. 1408/71 22 straipsnis, negali įpareigoti valstybių narių pakeisti savo nacionalinę socialinės apsaugos sistemą, ir to negalima vertinti kaip jų suverenios kompetencijos atitinkamoje srityje pažeidimo.“⁵².

G. Kostkevičius, apibendrindamas šiuos klausimus, skirsto ES kompetenciją sveikatos priežiūros teisinio reglamentavimo srityje į:

- 1) tiesioginę/siaurąją, apimančią „kompetenciją, kurią Bendrijai suteikia ES steigimo sutartis ir kiti teisės aktai, privalomi vykdyti visoms valstybėms narėms“⁵³, ir
- 2) plačiąją arba netiesioginę/antrinę, kuri „papildomai apima bendrųjų ES sutartimi nustatytų Bendrijos teisės principų, tokių kaip laisvas prekių ir paslaugų judėjimas, laisvas asmenų judėjimas ir įsikūrimo laisvė, taip pat konkurencijos, viešųjų pirkimų ir valstybės pagalbos teisinio reglamentavimo normų taikymas nacionalinėje sveikatos priežiūros teisėje.“⁵⁴.

Netiesioginę arba antrinę ES kompetenciją išplėtė ETT, 1998 m. paskelbdamas *Kohll* ir *Decker* sprendimus, kuriuose nustatė naujus principus tiesioginiam EB steigimo sutarties nuostatų dėl laisvo judėjimo taikymui, siekiant gauti paslaugas kitoje valstybėje narėje bei patirtų išlaidų apmokėjimą.

⁵¹ 2006-03-06 ETT sprendimas byloje C-372/04 *Watts* [2006] ECR I-4325.

⁵² *Ibid.*, p. 147.

⁵³ *Cit. op.* 45.

⁵⁴ *Ibid.*

Vadovaujantis pateiktu skirstymu, reikėtų paminėti, kad tiesioginė arba siauroji ES kompetencija buvo aptarta antrame šio skyriaus poskyryje, o netiesioginė arba antrinė ES kompetencija bus toliau nagrinėjama šiame darbe, siekiant parodyti ETT praktikos svarbą teisės į sveikatos apsaugą užtikrinimo atžvilgiu.

2.2.1.1. Netiesioginė Europos Sąjungos kompetencija sveikatos apsaugos srityje

Europos Bendrijos kelia sau uždavinį skatinti darnią ekonominės veiklos plėtotę, nuolatinę ir subalansuotą plėtrą, vis didesnę stabilumą, greitesnį gyvenimo lygio gerėjimą, glaudesnius valstybių narių santykius⁵⁵. Viena iš svarbiausių priemonių šiam tikslui pasiekti buvo vidaus rinkos sukūrimas. Vidaus rinką sudaro vidaus sienų neturinti erdvė, kurioje pagal Steigiamųjų Sutarčių nuostatas užtikrinamas laisvas prekių, asmenų, paslaugų ir kapitalo judėjimas (keturios laisvės). Laisvas prekių, paslaugų, asmenų ir kapitalo judėjimas atspindi laisvosios rinkos ekonomikos principus ir yra vienas pagrindinių Bendrijos principų.

Siekiant sveikatos priežiūros srityje taikyti šiuos principus, taip pat ir antrinius sveikatos priežiūros teisės atžvilgiu institutus, tokius kaip konkurencija, viešieji pirkimai ar valstybės pagalba, pirmiausia reikėjo pripažinti, kad sveikatos priežiūros paslaugos yra laikomos paslaugomis pagal EB steigimo sutarties 49 ir 50 straipsnius⁵⁶. Tokį pripažinimą ETT suteikė, priimdamas sprendimą *Kohll* byloje, o vėliau pakartojo ir kituose savo sprendimuose, pvz.: *Vanbraekel*⁵⁷, *Garaets-Smits ir Peerbooms*⁵⁸, *Watts*. Minėti Teismo sprendimai buvo susiję su apdraustų socialiniu draudimu asmenų reikalavimais gauti kompensaciją iš savo šalių socialinės sveikatos priežiūros draudimo institucijų už neskubios (planinės) sveikatos priežiūros paslaugas, suteiktas kitose nei jų nuolatinės gyvenamosios vietos ES valstybėse narėse (angl. *cross-border medical treatment*). Šie teismo sprendimai, kuriuose Teismas kartu pasisakė dėl sveikatos priežiūros paslaugų pobūdžio, sudaro

⁵⁵ Cit. op. 31, 2 straipsnis.

⁵⁶ „49 straipsnis. Pagal toliau išdėstytas nuostatas Bendrijoje uždraudžiami laisvės teikti paslaugas apribojimai, taikomi valstybių narių nacionaliniams subjektams, kurie yra įsisteigę kitoje Bendrijos valstybėje negu valstybė, kurios subjektu yra asmuo, kuriam tos paslaugos teikiamos. Taryba, remdamasi Komisijos pasiūlymu ir spręsdama kvalifikuota balsų dauguma, šio skyriaus nuostatas gali taikyti ir paslaugas teikiantiems trečiosios šalies piliečiams, įsisteigusiems Bendrijoje.

50 straipsnis. Pagal šią Sutartį „paslaugos“ – tai tokios paslaugos, kurios paprastai yra teikiamos už užmokestį ir kurių nereglamentuoja nuostatos dėl prekių, kapitalo ir asmenų judėjimo laisvės.

„Paslaugas“ sudaro:

- a) pramoninio pobūdžio veikla;
- b) komercinio pobūdžio veikla;
- c) amatininkų veikla;
- d) laisvųjų profesijų veikla.

Nepažeidžiant įsteigimo teisei skirtų skyriaus nuostatų, paslaugą teikiantis asmuo, kad galėtų ją teikti, gali laikinai savo veikla verstis toje šalyje, kur paslauga teikiama, tomis pačiomis sąlygomis, kurias toji šalis taiko savo nacionaliniams subjektams.“

⁵⁷ 2001-07-12 ETT sprendimas byloje C-368/98 *Vanbraekel* [2001] ECR I-5363.

⁵⁸ 2001-07-12 ETT sprendimas byloje C-157/99 *Garaets-Smits ir Peerbooms* [2001] ECR I-5473.

precedentinės sveikatos priežiūros teisės pagrindą. Tokį procesą kai kurie autoriai vadina sveikatos apsaugos teisės „europizavimu“⁵⁹.

3. VIDAUS RINKA IR SVEIKATOS APSAUGA

3.1. Sveikatos paslauga rinkos dėsnių kontekste

Europos socialinis modelis paremtas prielaida, kad sveikatos priežiūra paprastai nelaikoma parduodama preke, o sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra pagrindinė žmogaus teisė. Atsižvelgiant į tai, šis modelis remiasi kryžminių subsidijų kompleksine sistema: iš turtingų – vargšams, iš sveikų – sergantiems, iš jaunų – senyvo amžiaus asmenims, iš darbuotojų – ekonomiškai neaktyviems. Toks modelis pritraukia daugumos paramą, atspindėdamas jį sukūrusias istorines jėgas ir Europoje giliai įsišaknijusias solidarumo vertybes.

Viena vertus, remiantis šiuo modeliu, galima teigti, kad sveikatos apsaugos srityje rinkos santykių negali būti. Sveikatos apsaugos svarba individui bei reikalavimas užtikrinti vienodas galimybes asmenims gauti sveikatos priežiūros paslaugas įtakojo sveikatos sistemų kūrimą, kurios ne taip lengvai paklūsta konkurencijos taisyklėms, pvz.: daugumoje sveikatos sistemų priežiūros išlaidos telkiasi ties tam tikra asmenų grupe, t.y. sergančiais asmenimis, ir reikalauja rizikos planavimo.

Tradiciškai sveikatos apsauga organizuojama laikantis teritorinio principo, kuomet pacientai moka socialinio draudimo mokesčius arba įmokas, o už tai iš vietinio paslaugos teikėjo gauna sveikatos priežiūros paslaugas. Kadangi valstybė dalyvauja žmonių sveikatos apsaugos finansavime, jos užtikrinama „nemokama“ sveikatos apsauga sukuria nenatūraliai didelę paklausą.

Ši pozicija dažnai grindžiama ir vertybiniais nusistatymais, pvz.: teigiant, kad medicinos paslaugos yra ypatingos, išsiskiria iš kitų žmogui reikalingų paslaugų, todėl jų finansavimas turi remtis kitokiais principais nei, tarkime, statybos ar bankų. Medicinos paslaugos dažnai išskiriamos dar ir dėl to, kad mediko atsakomybė už paciento gyvybę yra betarpiška ir akivaizdi, tad čia būtini ypatingai skaidrūs ir apibrėžti jo ir kliento santykiai. Kitose srityse atsakomybė su kliento sveikata nesiejama arba siejama netiesiogiai.

Kita vertus, nemaža dalis sveikatos priežiūros elementų, gana pagrįstai, paklūsta rinkos principams. Juk vyriausybės paprastai negamina ir neplatina farmacinių produktų; tuo tarpu sveikatos priežiūros įstaigos perka įrangą laisvoje rinkoje. Medicinos įranga ir technologijos taip pat yra laisvai platinamos tarptautinėje rinkoje. Medikai profesionalai privačiai įsidarbina, sudarydami

⁵⁹ Pvz.: Bernitz U., Everyone's Right to Health Care in Europe: The Way Forward. // Europos Parlamento svetainė [interaktyvus]. [Žiūrėta 2007-11-25]. Prieiga per internetą: www.europarl.europa.eu.

sutartis su sveikatos priežiūros institucijomis ar fondais. Pagaliau, pacientai gali gauti sveikatos priežiūros paslaugas privačiose įstaigose, nepriklausomai nuo to, ar jos veikia asmens gyvenamosios vietos valstybėje, ar užsienio valstybėje.

Be to, galima teigti, kad paplitęs sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo principas „pinigai paskui pacientą“ lemia ekonominę sveikatos priežiūros įstaigų veiklos pobūdį. Įvairios įstaigos (pvz.: ligoninės, reabilitacijos centrai, kiti medicinos paslaugų teikėjai) veikia rinkoje konkuruodamos dėl pacientų, kadangi už suteiktas paslaugas konkretiems socialiniu draudimu apdraustiems asmenims gauna atlygį. Vien aplinkybė, kad tam tikros institucijos veikla tarnauja socialiniams ar kitokiems bendriesiems interesams, dar nereiškia, kad ji veikia už rinkos ribų.

ETT laikėsi antrosios pozicijos, pripažindamas sveikatos paslaugų teikimą ekonomine veikla, nepaisant daugelio valstybių narių būgštavimų, kad Bendrijos teisė sukels rimtą pavojų sveikatos paslaugų organizavimui nacionaliniu lygmeniu. ETT taip pat nustatė, kad konkurencijos teisė yra taikytina institucijų, teikiančių sveikatos priežiūros paslaugas ar jas finansuojančių, atžvilgiu.

3.2. Sveikatos apsauga – laisvo paslaugų judėjimo kontekste

EB sutartis numato vienoje valstybėje narėje įsisteigusio asmens laisvę ribotą laiką teikti paslaugas asmenims, įsikūrusiems kitoje valstybėje narėje. Paslaugų teikimo laisvei būdingas požymis – savarankiško pobūdžio veikla, vykdoma, kertant valstybės sieną. „Būdingiausias paslaugų teikimo variantas – kai paslaugų vartotojas ir paslaugų teikėjas yra nuolat apsistoję skirtingose valstybėse. Remiantis šiuo metu susiklosčiusia nuostata, gali būti kelios paslaugų teikimo laisvės formos: 1) paslaugos teikėjas vyksta pas paslaugos gavėją (pagal EB sutarties 50 (buv. 60) straipsnio 3 dalį) – vadinamoji aktyvioji paslaugų teikimo laisvė; 2) paslaugos gavėjas vyksta pas paslaugų teikėją – vadinamoji pasyvioji, arba negatyvioji, paslaugų teikimo laisvė; 3) tik paslauga kerta kitos valstybės sieną – vadinamasis korespondencinis paslaugų teikimas. ETT keliuose savo sprendimuose šį suskirstymą papildė ketvirtąją paslaugų teikimo laisvės kategorija: paslaugos teikėjas suteikia paslaugą toje pačioje, kaip ir jis, valstybėje nuolat gyvenančiam paslaugos gavėjui, bet paslauga teikiama užsienyje.“⁶⁰.

Ilgą laiką buvo manoma, kad sutartis iš esmės apsiriboja teisių suteikimu paslaugų teikėjams, tačiau Teismas patvirtino, kad paslaugų gavėjai taip pat gali keliauti į kitą valstybę narę, norėdami gauti tam tikras paslaugas. *Luisi & Carbone*⁶¹ byloje Teismas pasakė, kad laisvė gauti kitoje valstybėje narėje įsisteigusio teikėjo paslaugas yra laisvės teikti paslaugas neatskiriama dalis, todėl turistams, medicinos paslaugas gaunantiems bei keliaujantiems studijų ar verslo tikslais asmenims

⁶⁰ Žaltauskaitė-Žalimienė S., Laisvas asmenų judėjimas pagal Europos Bendrijos teisę: įsisteigimo teisė. Vilnius, 2002, p. 10.

⁶¹ 1984-01-31 ETT sprendimas byloje C-286/82 ir C-26/83 *Luisi ir Carbone* [1984] ECR I-377.

turi būti suteikta teisė laisvai judėti. Šioje, o vėliau ir *SPUC v. Grogan*⁶² byloje Teismas pripažino, kad sveikatos paslaugos patenka į EB pagrindinių ekonominių laisvių ribas. Vis dėlto šių išvadų pasekmės nebuvo akivaizdžios ir galutinai nepripažintos, ypač socialinės apsaugos srityje.

Tikras perversmas įvyko 1998 m. priėmus sprendimą *Kohll* byloje. Liuksemburgo pilietis ponas *Kohll*, neturėdamas išankstinio nacionalinės sveikatos priežiūros institucijos leidimo, siekė, kad būtų atlygintos išlaidos už stomatologo paslaugas suteiktas jo dukrai Vokietijoje. Liuksemburge galiojusios draudimo taisyklės ledo gydytis kitose valstybėse narėse, bet reikalavo, kad būtų gautas išankstinis išlaidas apmokančio sveikatos draudimo fondo leidimas. Norint gydytis savoje šalyje tokio leidimo nereikėjo. Teismas aiškiai pasakė, kad EB sutarties 49 ir 50 str. taikomi sveikatos paslaugoms, net jei jos suteikiamos socialinės apsaugos schemos kontekste: „ypatinga kai kurių paslaugų prigimtis nepašalina jų iš pagrindinio judėjimo laisvės principo ribų“⁶³. Todėl reikalavimas gauti išankstinį leidimą pripažintas EB 49 straipsnio pažeidimu.

Šiame ir kituose panašiuose sprendimuose valstybių narių vyriausybės, pateikusios savo pastabas, prieštaravo sveikatos priežiūros veiklos priskyrimui paslaugoms, teigdamos, kad tokia veikla neatitinka paslaugos požymių pagal EB sutartį. Teismas atmetė jų argumentus ir pateikė savo motyvus, kuriuos reikėtų aptarti plačiau, kartu atskleidžiant paslaugos Europos Bendrijų steigimo sutarties prasme požymius.

3.2.1. Paslaugos požymiai

Teisingumo Teismas savo praktikoje išplėtojo keletą kriterijų, kuriais remiantis vieną ar kitą veiklą galima priskirti paslaugoms pagal EB steigimo sutartį. Vis dėlto, priimant sprendimą, atitikimas „paslaugos“ apibrėžimui privalo būti nagrinėjamas kiekvienu konkrečiu atveju atskirai, atsižvelgiant į visas aplinkybes, ypač į tai, kaip paslauga yra teikiama, kaip organizuotas jos teikimas bei apmokėjimas konkrečioje valstybėje narėje.

Teisingumo Teismas savo praktikoje jau iki tol gerokai išplėtė paslaugos sampratą, priskirdamas joms, be kita ko, finansines⁶⁴, televizijos signalo perdavimo⁶⁵, turizmo⁶⁶ paslaugas, loterijos⁶⁷, draudimo⁶⁸ ar net sportinę veiklą⁶⁹. Kaip pažymi *V. Hatzopolous*, „Jei EB sutarties 49 straipsnio taikymas transportui, viešųjų pirkimų ar koncesijos sutartims gali būti laikoma įdomia

⁶² 1991-10-04 ETT sprendimas byloje C-159/90 *Society for the Protection of Unborn Children Ireland (SPUC) v. Grogan* [1991] ECR I-4685.

⁶³ Cit. op. 51.

⁶⁴ ETT sprendimas byloje C-384/93 *Alpine Investments BV* [1995] ECR I-1141.

⁶⁵ ETT sprendimas byloje C-155/73 *Sacchi* [1974] ECR I-409.

⁶⁶ ETT sprendimas byloje C-398/89 *Commission v. Greece* [1991] ECR I-727.

⁶⁷ ETT sprendimas byloje C-275/92 *Schindler* [1994] ECR I-1039.

⁶⁸ ETT sprendimas byloje C-484/93 *Svensson v. Ministre du Logement et d'Urbanisme* [1995] ECR I-3955.

⁶⁹ ETT sprendimas sujungtose bylose C-51/96 ir C-191/97 *Deliege* [2000] ECR I-2549.

raida, tai tų pačių nuostatų išplėtimas socialinės apsaugos ir sveikatos paslaugoms neabejotinai turi būti laikoma revoliucija.”⁷⁰.

Laikinumas

Visų pirma, paslaugos turi būti teikiamos laikinai, t.y. veikla neturi būti tęstinio pobūdžio, nuolatinė. Tai nustatant turi būti atsižvelgiama į reguliarumo, periodiškumo bei nepertraukiamumo kriterijus⁷¹. Toks formulavimas leido kai kuriems autoriams⁷² padaryti išvadą, kad paslaugos teikimas turėtų būti epizodiškas ar nereguliarus. Vis dėlto Teismas savo praktikoje yra linkęs ši kriterijų pamiršti vardan svarbesnio ekonominio kriterijaus.

Ekonominis pobūdis

Antra, paslauga turi būti ekonominio pobūdžio. Remiantis Teismo praktika, siekiant nustatyti veiklos ekonominę prigimtį, reikia atsižvelgti į tai, kad ekonominė prigimtis nepriklauso nuo paslaugos gavėjo teisinio statuso nacionalinėje teisėje, pvz.: teismas pripažino, kad religinių grupių asmenų veikla gali būti laikoma ekonomine⁷³. Be to, ekonominės veiklos ir paslaugų samprata EB steigimo sutarties nuostatų prasme apibrėžia vienos iš pagrindinių laisvių taikymo ribas, todėl neturi būti interpretuojamos siaurai⁷⁴.

V. Hatzopoulos⁷⁵ išskiria 3 kriterijus, kuriuos paslauga, susijusi su bendruoju interesu, turėtų atitikti, kad būtų laikoma neekonominė:

- a) tokios paslaugos teikimo objektyvus poreikis;
- b) svarbios, nustatytos, bet nepastovios išlaidos, susijusios su daugeliu naudos iš tokios veiklos gavėjų ir
- c) (keletas) asmenų nelinkusių mokėti už tokią paslaugą, jei jiems jos prireiktų.

Atsižvelgiant į tai, policijos, kariuomenės, laidotuvių ar šiukšlių rinkimo paslaugos paprastai nepatenka į EB sutarties 49 straipsnio taikymo sritį. Šias paslaugas galima suskirstyti į dvi kategorijas:

- a) ‘socialinės’ paslaugos, kurios iš esmės yra netinkamos rinkai, nes neturi ekonominės vertės (pvz.: pirminių pensijų sistemų organizavimas) ir

⁷⁰ Hatzopoulos V., The Case Law of the ECJ Concerning the Free Provision of Services: 2000-2005 // [Žiūrėta 2008-02-20]. Prieiga per internetą: www.umich.edu.

⁷¹ ETT sprendimas byloje C-55/94 *Gebhard* [1995] ECR I-4165.

⁷² Hatzopoulos V., Legal Aspects in Establishing the Internal Market for services // [Žiūrėta 2008-02-20]. Prieiga per internetą: www.coleurop.be.

⁷³ ETT sprendimas byloje C-196/87 *Steymann* [1988] ECR 6159.

⁷⁴ ETT sprendimas sujungtose bylose C-51/96 *Deliège* ir C-191/97 *François Pacquéé* [2000] ECR I-2548.

⁷⁵ Cit. op. 72.

b) 'strateginės' paslaugos, kurių valstybė nepatikėtų vykdyti kitam subjektui (pvz.: oro eismo koordinavimo kontrolė).

*Humbel*⁷⁶ byloje Teismas nustatė, kad valstybinis švietimas nėra paslauga, nes valstybė nesiekia, kad veikla būtų pelninga, ji tik vykdo pareigą savo piliečiams socialinėje, kultūros ir švietimo srityse, o finansuoja šią veiklą visuomenė. *Garaets-Smits ir Peerbooms* byloje kai kurios valstybės bandė pasiremti analogija su švietimo veikla, teigdamos, kad sveikatos priežiūros paslaugos taip pat yra išskirtinės ir neatitinka ekonominės veiklos sąvokos. Remdamasis šiuo kriterijumi, Teismas galėjo paremti valstybių narių poziciją ir „apsaugoti“ nacionalines sveikatos paslaugų sistemas nuo vidaus rinkos poveikio. Vis dėlto, Teismas nepasidavė valstybių įtakai ir pareiškė, kad ypatingas tam tikros veiklos, tokios kaip sveikatos paslaugos, pobūdis netrukdo šią veiklą pripažinti ekonominio pobūdžio veikla pagal Sutartyje nustatytus kriterijus: „Tai, kad nacionaliniu lygmeniu tokio pobūdžio veikla priklauso socialinės apsaugos sferai, neišskiria šių paslaugų iš EB sutarties 50 bei 60 straipsnių taikymo sferos“⁷⁷. Remiantis minėtu V. *Hatzopoulos* skirstymu, veiklos sveikatos priežiūros srityje pripažinimą paslauga reikėtų laikyti išimtimi iš bendrų taisyklių.

Atlygis

Trečias ir šiuo atveju sukėlęs daugiausia diskusijų požymis – paslaugos atlygintinumas. EB sutarties 50 straipsnis nustato, kad veikla atitinka paslaugos apibrėžimą, nustatytą Sutartyje, kai ji atliekama už atlygį. Atsižvelgiant į Teismo suformuotą taisyklę - „pagrindinis atlygio bruožas yra tas, kad jis sudaro kompensaciją už atliktas paslaugas ir paprastai jis yra nustatomas bendru paslaugos teikėjo ir paslaugos gavėjo susitarimu“⁷⁸. Tokiu būdu siekiama neatlygintinas paslaugas pašalinti iš Sutarties veikimo sferos.

Tam tikrų problemų Bendrijos teisės sistemoje sukelia paslaugos, laikomos socialinės gerovės valstybės dalimi, kadangi dauguma jų yra finansuojamos iš valstybės lėšų, bet gavėjams šios paslaugos teikiamos nemokamai. Vadinas, tarp paslaugos teikėjo ir gavėjo nelieka tiesioginio atsiskaitymo ir tai būtų galima traktuoti kaip atlygio nebuvimą.

Garaets-Smits ir Peerbooms byloje kai kurios vyriausybės rėmėsi šiuo argumentu, teigdamos, kad už minėtas paslaugas asmuo pats nemoka arba, jei sumoka, dalis arba visa išlaidų suma yra vėliau kompensuojama, todėl negalima laikyti sveikatos priežiūros institucijų vykdomos veiklos paslaugomis EB sutarties prasme. Šiuo atveju Teismas, pagrįsdamas savo poziciją, rėmėsi *Bond van*

⁷⁶ ETT sprendimas C-263/86 *Belgian State v. Humbel* [1988] ECR I-5365.

⁷⁷ Cit. op. 57, p. 54.

⁷⁸ Cit. op. 72.

*Adverteerders*⁷⁹ byloje suformuluota taisyklė: EB sutarties 50 straipsnis nereikalauja, kad už paslaugą apmokėtų tie asmenys, kuriems ji suteikiama. Pagrindinė atlygio ypatybė yra ta, kad paslaugos privalo būti finansuojamos, o šis faktorius nepriklauso nuo to, kas ir kaip jas finansuoja. Teismas papildė: „Šioje byloje, mokėjimai, kuriuos išmokėjo ligos draudimo fondai, remdamiesi ZFV sudaryta sutartimi, tokiu būdu nustatant konkretų mokesčio dydį, yra teisinių lūkesčių gauti užmokestį už paslaugas pagrindas, todėl neginčijamai įrodo būtinybę atlyginti ligoninei už paslaugas, o tai reiškia, kad ligoninė, teikdama tokias paslaugas, atlieka ekonominę veiklą“⁸⁰.

Šioje vietoje reikėtų atkreipti dėmesį į tai, kad pirmasis panašias išvadas pateikęs sprendimas *Kohll* byloje buvo priimtas Liuksemburgo sveikatos apsaugos sistemos, kurioje apdraustieji, patys apmokėję gydymo įstaigai už suteiktas medicinos paslaugas, vėliau turi teisę gauti išlaidų atlyginimą, atžvilgiu. Sprendimas iškėlė abejonių dėl tokių pačių taisyklių taikymo sveikatos apsaugos sistemomis, veikiančiomis kitokiu principu.

Šie klausimai vėliau buvo nagrinėjami *Garaets-Smits ir Peerbooms* bei *Müller-Fauré ir van Riet*⁸¹ bylose, susijusiose su Nyderlandų sveikatos apsaugos sistema, funkcionuojančia tiesioginio apmokėjimo paslaugų teikėjams pagrindu. Pirmojoje byloje Teismas nusprendė, kad „Medicinos paslauga nenustoją būti paslauga vien todėl, kad už ją mokama iš nacionalinio sveikatos draudimo fondo ar kitos panašaus pobūdžio institucijos lėšų <...> atsižvelgiant į laisvę teikti paslaugas, nėra būtinybės skirtingai traktuoti paslaugas, už kurias pacientas moka pats ir vėliau gauna už tai kompensaciją, bei paslaugas, kurios tiesiogiai apmokamos iš ligos draudimo fondo lėšų ar iš nacionalinio biudžeto lėšų.“⁸²

Müller-Fauré ir van Riet byloje, nagrinėdamas situaciją, kai už užsienyje gautą gydymą sumokėjo pacientas, ETT žengė dar vieną žingsnį. Jis neminėjo nei paciento ir sveikatos draudimo fondo, nei sveikatos draudimo fondo ir gydymo įstaigos santykių. Tai leido daryti išvadą, kad sprendimas taikytinas ir nacionalinėse sveikatos apsaugos sistemose, pvz.: Didžiojoje Britanijoje, kurioje sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos pacientams tiesiogiai, sveikatos draudimo fondams netarpininkaujant, ir apmokamos iš bendrų mokesčių.

Tokia išvada buvo patvirtinta *Watts* byloje, kurioje Teismo buvo prašoma atsakyti į klausimą, ar atsižvelgiant į specifines NHS savybes, Jungtinėje Karalystėje nuolat gyvenantis asmuo, vadovaudamasis minėtu straipsniu, gali NHS sąskaita gydytis kitos nei Jungtinė Karalystė valstybės narės ligoninėje. Teismas nusprendė, kad EB sutarties 49 straipsnio taikymui šioje situacijoje neturi reikšmės tai, jog pagal nacionalinę sistemą, kuria remiantis asmuo yra apdraustas, suteiktos gydymo ligoninėje paslaugos yra paslaugos Sutarties nuostatų dėl laisvės teikti paslaugas prasme, todėl

⁷⁹ ETT sprendimas byloje C-352/85 *Bond van Adverteerders* [1988] ECR 2085.

⁸⁰ Cit. op. 57, 56 punktas.

⁸¹ 2003-03-13 ETT sprendimas sujungtose bylose C-385/99 *Müller-Fauré ir van Riet* [2003] ECR I-4509.

⁸² *Ibid.*, 103 punktas.

„EB 49 straipsnis taikomas paciento, kuriam, kaip ir *Y. Watts* atveju, kitos nei gyvenamosios valstybės narės ligoninėje už užmokestį suteikta medicinos paslaugų, situacijai, nesvarbu, koks nacionalinės sistemos, pagal kurią šis asmuo yra apdraustas ir pagal kurią vėliau yra prašoma sumokėti už šį gydymą, veikimo būdas.“⁸³.

Vadinasi, priešingai daugelio valstybių nuolat pateikiamiems argumentams, sveikatos priežiūros sistemos pobūdis ir specialūs bruožai (tiek kilmės valstybės, tiek ir priimančiosios valstybės) neturi tiesioginės įtakos EB sutarties nuostatų taikymui.

„Padaręs šią išvadą, Teismas atvėrė rinką, kuri anksčiau beveik išimtinai priklausė valstybėms narėms, ir tai gali persimesti į kitus sektorius, nes valstybės vis labiau linksta rinkos modelį taikyti socialinės gerovės paslaugų srityje.“⁸⁴.

Kita vertus, Teismas pripažįsta valstybių narių diskreciją nustatyti, kurie paslaugų teikėjai gali teikti sveikatos priežiūros paslaugas, kuriems asmenims paslaugos gali būti teikiamos ir kokia yra paslaugų teikimo apimtis. Nors, naudodamasi šia diskrecija, valstybės narės negali įvesti arba palikti galioti nepagrįstų naudojimosi laisve teikti paslaugas ribojimų sveikatos priežiūros srityje, išimtiniais atvejais jie gali būti pateisinti: „Yra žinoma, kad ligoninių skaičių, geografinį pasiskirstymą, įrengimą ir aprūpinimą įrengimais arba net jų pačių teikiamų medicinos paslaugų pobūdį turi būti galima planuoti, o jis paprastai atliekamas pagal įvairius kriterijus.“⁸⁵. Socialinių sveikatos apsaugos sistemų klausimas taip pat svarbus nagrinėjant atlyginimo už suteiktas paslaugas dydžio klausimą. Visa tai bus aptarta kitame skyriuje.

3.2.2. Sveikatos priežiūros paslaugų laisvės ribojimas arba išankstinis leidimas gydytis

EB sutarties 49 straipsnis įtvirtina bendrą paslaugų teikimo laisvės ribojimų draudimą Bendrijos viduje, kuris veikdamas tiesiogiai, tiek paslaugos gavėjui, tiek paslaugos teikėjui suteikia teises, kuriomis jie vėliau gali remtis nacionaliniame teisme. ETT pripažino, kad „ši nuostata apima ne tik apribojimus, kuriuos nustato priimančioji valstybė, bet ir apribojimus, kuriuos nustato kilmės valstybė“⁸⁶. Tokie apribojimai šio darbo kontekste gali būti išskirti į dvi kategorijas: pirma, priemonės, kuriomis siekiama atgrasinti kitų valstybių narių paslaugų teikėjus nuo naudojimosi savo teisėmis priimančiosios valstybės rinkoje, ir, antra, priemonės, kuriomis siekiama sumažinti potencialių šalies paslaugų gavėjų norą vykti į kitą valstybę narę ir ten gauti paslaugą.

Pirmoji kategorija reiškia, kad 49 straipsnis reikalauja „ne tik panaikinti bet kokią paslaugas teikiančio asmens diskriminaciją dėl nacionalinės priklausomybės, bet ir panaikinti bet kokius

⁸³ Cit. op. 51, 90 punktas.

⁸⁴ Barnard C., Europos Sąjungos materialinė teisė: keturios laisvės. 2. Laisvas asmenų, paslaugų ir kapitalo judėjimas. - Vilnius, 2006.

⁸⁵ Cit. op. 51, 108 punktas.

⁸⁶ Cit. op. 63, 30 punktas.

apribojimus, net ir tuos, kurie taikomi nedarant skirtumo tarp nacionalinių ir kitų valstybių narių paslaugų teikėjų, jei jais gali būti uždrausta ar kitaip apribota paslaugų teikėjo, įsisteigusio kitoje valstybėje narėje, kurioje jis teisėtai teikia panašias paslaugas, veikla.“⁸⁷. Su šia apribojimų grupe susijęs 2004 m. ETT sprendimas byloje *Komisija v. Prancūzija*⁸⁸, kurioje nagrinėtas Prancūzijos teisės aktais nustatytas reikalavimas bio-medicininių tyrimų laboratorijai įsisteigti Prancūzijoje, siekiant gauti būtiną darbo leidimą, bei draudimas, neįsisteigus Prancūzijoje, atlyginti bet kokias bio-medicininių tyrimų, atliktų kitoje valstybėje narėje įsisteigusios laboratorijos, išlaidas. Teismas pripažino, kad nustatydamas tokius reikalavimus Prancūzija neįgyvendino įsipareigojimų pagal EB sutarties 49 straipsnį, tačiau kartu pasiūlė galimybę reikalauti iš laboratorijų, norinčių veikti Prancūzijoje, gauti leidimą (jei tik sąlygos leidimui gauti neatkartos reikalavimų, keliamų įsisteigimo valstybėje, kur tokios sąlygos jau buvo įgyvendintos)⁸⁹.

Antra apribojimų grupė tiesiogiai susijusi su asmens teisės gauti sveikatos priežiūros paslaugas užtikrinimu, todėl bus aptarta plačiau. Nagrinėdamas bylas, susijusias su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, ETT pasinaudojo 1994 m. sprendime *Komisija v. Prancūzija*⁹⁰ suformuluota taisykle: „49 straipsnis draudžia bet kokias nacionalines taisykles, kurios paslaugų teikimą tarp valstybių narių padaro sudėtingesnę nei vienos valstybės narės viduje“⁹¹. Pirmą kartą ją pasinaudota *Kohll* byloje. Liuksemburge veikusios draudimo taisyklės leido gydytis kitose valstybėse narėse, bet reikalavo, kad būtų gautas išankstinis išlaidas apmokančio sveikatos draudimo fondo leidimas, siekiant, kad vėliau patirtos išlaidos būtų kompensuotos. Tuo tarpu, gydymuisi Liuksemburge tokio leidimo nereikėjo. Valstybės pateikusios pastabas teigė, kad tokiomis taisyklėmis nesiekama apriboti paslaugų laisvės, o tiesiog yra nustatomos sąlygos medicininių išlaidų kompensavimui. Teismo nuomone, nors tokios taisyklės nedraudžia apdraustiems asmenims pasinaudoti galimybe gydytis svetur, jos atima iš asmenų, negavusių tokio leidimo, galimybę atgauti patirtas išlaidas. Todėl nuspręsta, kad „tokios taisyklės sulaiko asmenis nuo naudojimosi kitose valstybėse narėse įsisteigusiu paslaugų teikėjų paslaugomis ir sudaro tiek jiems, tiek jų pacientams, laisvės teikti paslaugas ribojimą“⁹².

Kohll byla išsiskiria iš kitų, po jos sekusių, visų pirma tuo, kad ribojimas pripažintas paslaugų, suteiktų ne ligoninėje (ambulatorinio gydymo (angl. *non-hospital* arba *out-patient treatment*)) atžvilgiu. Teismas nagrinėjo galimas tokio ribojimo pateisinimo sąlygas tiek pagal EB sutartį (o

⁸⁷ ETT sprendimas byloje C-76/90 *Säger* [1991] ECR I-4221.

⁸⁸ ETT sprendimas byloje C-496/01 *Komisija v. Prancūzija* [2004] ECR I-2351.

⁸⁹ Hatzopoulos teigimu, tokia išvada aiškiai neatitiko Teismo sprendimo *Alpine Investments* byloje, kurioje Teismas laikėsi pozicijos, kad nacionalinės teisės apribojimai negali būti perkelti kitoms valstybėms narėms.

⁹⁰ ETT sprendimas byloje C-381/93 *Komisija v. Prancūzija* [1994] ECR I-5145.

⁹¹ *Ibid.*, 17 punktą.

⁹² *Cit. op.* 50, 35 punktą.

tiksliu,- su visuomenės sveikata susijusias išimtis pagal 46 straipsnį⁹³, t.y. siekiant tokiu būdu išlaikyti subalansuotą ir visiems prieinamą medicinos ir stacionarinio gydymo tarnybą bei gydymo pajėgumus ar medicininę kompetenciją nacionalinėje teritorijoje, kaip būtinas visuomenės sveikatai, galbūt ir jos gyventojų išgyvenimui), tiek, remiantis privalomuoju bendro intereso pagrindu (kaip galimas reikšmingas socialinės apsaugos sistemos finansinės pusiausvyros pažeidimo pavojus). Šioje byloje, remiantis faktais, jos buvo nepripažintos. Viena iš svarbesnių aplinkybių, į kurią Teismas atkreipė dėmesį, buvo tai, kad *Kohll* prašė atlyginti gydymo išlaidas, apskaičiuotas pagal Liuksemburge galiojusias kainas ir draudimo sistemoje nustatytą tarifą, todėl negalėjo būti jokio rimto poveikio sveikatos apsaugos finansavimui ar socialinės apsaugos sistemai.

Viena vertus, sprendimas nepateikė atsakymo į klausimą, ar tokios pat taisyklės būtų taikomos ir gydymo ligoninėje (stacionarinio gydymo (angl. *hospital* arba *in-patient treatment*)) atveju, t.y. ar leidimas gydytis kitos valstybės narės ligoninėje būtų pripažintas ribojančiu paslaugų teikimo laisvę ir, jeigu atsakymas į šį klausimą būtų teigiamas,- ar toks apribojimas galėtų būti pateisinamas.

Kita vertus, sprendimas vedė prie išvados, kad ambulatorinės priežiūros leidimo reikalavimo apskritai nebuvo galima pateisinti. Pastaroji išvada galutinai patvirtinta *Müller-Fauré* byloje. *V. G. Müller-Fauré* atostogų Vokietijoje metu gydėsi dantis. Kadangi nebuvo gavusi tam išankstinio leidimo, Nyderlandų sveikatos draudimo fondas atsisakė apmokėti jos išlaidas. Teismas, atsižvelgdamas į suformuotą praktiką, pripažino tai nepagrįstu laisvės teikti paslaugas ribojimu ir šį kartą padarė išvadą, kad Sutarties 49 ir 50 straipsniai „draudžia tokį valstybės narės teisės aktą tiek, kiek pagal jį, negavus išankstinio asmens sveikatos draudimo fondo leidimo, neatlyginamos išlaidos, patirtos kitoje valstybėje narėje dėl ambulatorinio gydymo, suteikto asmens ar įmonės, su kuria minėtas fondas nėra sudaręs susitarimo“⁹⁴. Kaip pastebėjo ETT, priežiūra paprastai yra teikiama netoli paciento gyvenamosios vietos, jam pažįstamoje kultūrinėje aplinkoje ir tai leidžia atsirasti pasitikėjimu pagrįstiems santykiams su gydytoju. Teismas taip tarsi darė prielaidą, kad naudojimosi kitose valstybėse narėse teikiamu ambulatoriniu gydymu atvejais reti ir, kad, išskyrus nelaimingus atsitikimus, dažniausiai tokios priežiūros prireikia pasienio zonose gyvenantiems asmenims arba specifinių ligų atvejais.

Šiuo metu laikomasi nuomonės, kad pacientai be išankstinio leidimo gali vykti į kitą valstybę narę pasinaudoti ambulatorinio gydymo paslaugomis ir gauti šio gydymo išlaidų atlyginimą (jo dydis bus aptartas vėliau). Po šių išvadų *A. P. van der Mei* teigimu, „sveikatos apsaugos paslaugų užsienyje išlaidų atlyginimas jau atrodė ne kaip reta privilegija, o kaip teismų užtikrinama teisė.“⁹⁵.

⁹³ “46 straipsnis. 1. Šio skyriaus nuostatos ir pagal jas taikomos priemonės neturi įtakos įstatymų ir kitų teisės aktų, kurie numato kitoki užsienio subjektų traktavimą ir yra pateisinami viešosios tvarkos, visuomenės saugumo ir jos sveikatos sumetimais, nuostatų taikymui <...>“

⁹⁴ Cit. op. 81, 109 punktas.

⁹⁵ Cit. op. 84, 188 psl.

Kita vertus, stacionarinio gydymo atveju, kaip parodė Teismo praktika, taikomos kiek kitokios taisyklės. Praėjus trims metams po *Kohll* sprendimo, Teismas pasakė, kad sveikatos priežiūros paslaugos patenka į 50 straipsnio taikymo sritį, nesant būtinybės atskirti paslaugų suteiktų ligoninėje ir ne ligoninėje⁹⁶. Gydymo paslaugų, suteiktų ligoninėje, atžvilgiu ETT taip pat ne kartą nagrinėjo išankstinio leidimo gydytis kitoje valstybėje narėje reikalavimą. Teismas pastebėjo, kad „ligoninių skaičių, geografinį pasiskirstymą, įrengimą ir aprūpinimą įrengimais arba net jų pačių teikiamų medicinos paslaugų pobūdį turi būti galima planuoti, o jis paprastai atliekamas pagal įvairius kriterijus. Pirma, tokiu planavimu siekiama, kad atitinkamos valstybės teritorijoje būtų užtikrinta pakankama ir nuolat prieinama kokybiško stacionarinio gydymo paslaugų subalansuota įvairovė. Antra, jis prisideda prie pastangų kontroliuoti išlaidas ir, kiek įmanoma, išvengti bet kokio finansinių, techninių ir žmoniškųjų išteklių iššvaistymo. Toks iššvaistymas iš tikrųjų būtų dar žalingesnis dėl to, kad stacionarinio gydymo sektorius reikalauja daug išlaidų ir turi atitikti nuolat didėjančius poreikius, nes sveikatos priežiūrai skirtini finansiniai ištekliai, nesvarbu, koks būtų finansavimo būdas, nėra beribiai.“⁹⁷. Kaip ETT pažymėjo *Smits ir Peerbooms* byloje, jei pacientai galėtų laisvai ir bet kokiomis aplinkybėmis kreiptis į tas ligonines, su kuriomis jų ligonių kasa nėra sudariusi jokio susitarimo, būtų pakenkta bet kokioms planavimo pagal sutarčių sistemą pastangoms, kuriomis siekiama užtikrinti racionalaus, stabilaus, subalansuoto ir prieinamo gydymo ligoninėje pasiūlą. „Todėl, nors ir paneigęs sveikatos paslaugų teritorinį pobūdį, Teisingumo Teismas pripažino „uždaros“ sistemos, besinaudojančios tam tikrą sutartis sudariusių gydymo įstaigų paslaugomis, vertę.“⁹⁸.

Atsižvelgiant į tai, Teismas padarė išvadą, kad paciento teisei gydytis kitos valstybės narės ligoninėje jį apdraudusios sistemos sąskaita Bendrijos teisė ir būtent EB sutarties 49 straipsnis nedraudžia taikyti išankstinio leidimo priemonės, tačiau būtina, kad tokio leidimo išdavimo sąlygas būtų galima pateisinti.

Apibendrinant nusistovėjusią Teismo praktiką sveikatos priežiūros paslaugų atžvilgiu, galima išskirti šias, išankstinį leidimą pateisinančias, sąlygas:

1. Tikslas išlaikyti aukštos kokybės, subalansuotą ir visiems prieinamą medicinos ir stacionarinio gydymo tarnybą – kaip viena iš su visuomenės sveikata EB sutarties 46 straipsnio prasme susijusių išimčių tiek, kiek toks tikslas padeda pasiekti aukštą sveikatos apsaugos lygį⁹⁹.

EB sutarties 46 straipsnis leidžia valstybėms narėms apriboti laisvę teikti sveikatos priežiūros paslaugas, siekiant išlaikyti gydymo pajėgumus ar medicininę kompetenciją

⁹⁶ Cit. op. 56, 41 punktas.

⁹⁷ Cit. op. 51, 108-110 punktas.

⁹⁸ Cit. op. 84, 191 psl.

⁹⁹ Cit. op. 50, 50 punktas.

nacionalinėje teritorijoje, kaip būtinas visuomenės sveikatai, galbūt ir jos gyventojų išgyvenimui¹⁰⁰ (taip pat gali būti išskiriama kaip atskira sąlyga).

2. Galimas reikšmingas socialinės apsaugos sistemos finansinės pusiausvyros pažeidimo pavojus kaip privalomasis bendro intereso pagrindas¹⁰¹. Šiuo atveju Teismas ne kartą pabrėžė, kad leidžiančiomis nukrypti nuostatomis negalima naudotis vien ekonominiais tikslais¹⁰².

Šių sąlygų nepateisina argumentas, kad socialinės apsaugos institucijos neturi galimybės patikrinti kitoje valstybėje narėje esančiose privačiose sveikatos priežiūros įstaigose teikiamos sveikatos priežiūros kokybės ir kad netikrinama, ar stacionarinio gydymo įstaigos, su kuriomis sudarytos sutartys, gali suteikti tinkamą, identišką arba lygiavertį medicininį gydymą. „Iš tikrųjų reikia konstatuoti, kad kitose valstybėse narėse esančios privačios sveikatos priežiūros įstaigos šiose valstybėse narėse taip pat tikrinamos ir kad šiose valstybėse įsisteigę gydytojai, kurie dirba šiose įstaigose, yra tiek pat profesionalūs, kaip ir Graikijoje įsisteigę gydytojai, o ypač po to, kai buvo priimta ir įgyvendinta 1993 m. balandžio 5 d. Tarybos direktyva 93/16/EEB, skirta padėti laisvam gydytojų judėjimui ir jų diplomų, pažymėjimų ir kitų oficialią kvalifikaciją patvirtinančių dokumentų abipusiam pripažinimui (OL L 165, p. 1)“¹⁰³.

ETT taip pat neįtikino aplinkybė, kad nacionalinės teisės aktų nustatyta tvarka atsakinga institucija neprivalo prisiimti išlaidų už pacientų gydymą šiai institucijai nepriklausančiose privačiose ligoninėse, esančiose jų gyvenamosios vietos valstybėse. Vertinant sudarytas galimybes nemokamai gydytis kitoje valstybėje narėje, reikšmingos yra tik sąlygos, kuriomis teikiamos tokios paslaugos nacionalinei institucijai priklausančiose ligoninėse¹⁰⁴.

Visų pirma, svarbu užtikrinti, kad naudojamos priemonės būtų proporcingos, t.y. neperžengtų to, kas objektyviai būtina tikslui pasiekti, o to paties tikslo nebūtų galima pasiekti mažiau ribojančiomis priemonėmis¹⁰⁵. Pavyzdžiui, *Stamatelaki*¹⁰⁶ byloje Teismas nagrinėjo Graikijos teisės akto nuostatą, pagal kurią nacionalinė socialinės apsaugos institucija neatlygina jokių stacionarinio gydymo privačiose sveikatos priežiūros įstaigose, įsteigtose kitoje valstybėje narėje, išlaidų, išskyrus atvejus, kai jos skirtos jaunesnių kaip 14 metų vaikų sveikatos priežiūrai. ETT nusprendė, kad tokios formuluotės absoliutus pobūdis neatitinka siekiamo tikslo, nes buvo galima imtis mažiau ribojančių ir labiau laisvę teikti paslaugas atitinkančių priemonių, pavyzdžiui, nustatyti Bendrijos

¹⁰⁰ Cit. op. 81, 67 punktas.

¹⁰¹ Cit. op. 50, 41 punktas.

¹⁰² Cit. op. 81, 72 punktas.

¹⁰³ Cit. op. 16, 36-37 punktai.

¹⁰⁴ Cit. op. 51, 99-100 punktai.

¹⁰⁵ Cit. op. 57, 75 punktas.

¹⁰⁶ 2007-04-19 ETT sprendimas C-444/05 byloje *Stamatelaki* [2007] ECR I-0000.

teisės reikalavimus atitinkančią išankstinio leidimo tvarką ir prireikus apibrėžti sveikatos priežiūros išlaidų atlyginimo dydžius.

Antra, išankstinio leidimo išdavimo tvarka negali pateisinti tų nacionalinės valdžios įstaigų diskrecijai priklausančių sprendimų, kurie panaikina Bendrijos nuostatų, ypač tokių, kurios yra susijusios su pagrindine laisve, veiksmingumą. Vadinasi, išankstinio leidimo tvarka turi būti pagrįsta objektyviais, nediskriminuojančiais ir iš anksto žinomais kriterijais, taip apribojant nacionalinės valdžios įstaigų diskreciją, kad ja nebūtų piktnaudžiaujama¹⁰⁷. „Be to, tokia leidimų išdavimo tvarka turi būti paremta procesine sistema, kuri būtų lengvai prieinama ir tinkama užtikrinti objektyvų ir nešališką atitinkamų asmenų pateiktų prašymų išnagrinėjimą per protingą terminą, o galimus atsisakymus išduoti leidimą būtų galima užginčyti teisme“¹⁰⁸. „Šiuo tikslu atsisakymuose išduoti leidimą arba nuomonėse, kuriais šie atsisakymai gali būti grindžiami, turi būti nurodomos konkrečios nuostatos, kuriomis yra remiamasi, ir atsižvelgiant į šias nuostatas tinkami motyvai. Be to, skundus dėl tokių sprendimų atsisakyti išduoti leidimą nagrinėjantys teismai turi turėti teisę, jei mano esant būtinu jiems priklausančiai kontrolei vykdyti, kreiptis į nepriklausomus ekspertus, užtikrinančius visišką objektyvumą ir nešališkumą“¹⁰⁹.

Remdamasis konkrečiomis bylų aplinkybėmis, ETT išaiškino šias sąlygas, taikomas išankstiniam leidimui gauti:

- a) gydymas turi būti laikomas normaliu/įprastu atitinkamoje profesinėje srityje;
- b) toks gydymas turi būti būtinas apdraustam asmeniui.

Abu minėti reikalavimai ETT pripažinti kaip nepažeidžiantys EB sutarties 49 ir 50 straipsnių nuostatų, tačiau juos taikant reikia atsižvelgti į tam tikras aplinkybes.

Dėl pirmojo reikalavimo: gydymas turi būti laikomas normaliu/įprastu atitinkamoje profesinėje srityje

Teismo nuomone, vertinant tai, kas yra normalu/įprasta atitinkamoje profesinėje srityje, būtina atsižvelgti ne tik į nacionalinės medicinos mastu pateikiamus paaiškinimus, bet taip pat ir į tai, kas tarptautinio medicinos mokslo pakankamai išbandyta ir patikrinta. Svarbu atsižvelgti į visą prieinamą aktualią informaciją, įskaitant esamą mokslinę literatūrą ir tyrimus, pripažintų specialistų nuomonės ir faktą, kad siūlomas gydymas yra apmokamas arba neapmokamas nacionalinės socialinės apsaugos institucijos, veikiančios valstybėje, kuri teikia atitinkamas reikalingas

¹⁰⁷ Pavyzdžiui, *Watts* byloje Teismas atkreipė dėmesį į tai, kad Didžiosios Britanijos teisės aktai nedetalizuoja kriterijų, pagal kuriuos išduodama arba atsisakoma išduoti išankstinį leidimą, būtiną, kad būtų sumokėta už kitos valstybės narės ligoninėje suteiktą gydymą. Todėl Teismo nuomone, minėti teisės aktai neriboja kompetentingų nacionalinės valdžios įstaigų diskrecijos šiuo atžvilgiu ir apsunkina teisminę atsisakymo išduoti leidimą kontrolę.

¹⁰⁸ Cit. op. 57, 90 punktas.

¹⁰⁹ Cit. op. 51, 117 punktas.

medicines paslaugas. Be to, kriterijai, kuriais remiantis priimamas sprendimas, turėtų būti objektyvūs ir nepriklausyti nuo to, kur paslaugos teikėjas įsikūręs.

Dėl antrojo reikalavimo: toks gydymas turi būti būtinas apdraustam asmeniui

Šis reikalavimas gali būti pateisinamas, jei atsisakymas išduoti leidimą bus paremtas tuo, jog toks pat ar lygiavertis gydymas galėtų būti suteiktas be nepateisinamo nacionalinės sveikatos priežiūros institucijos delsimo (angl. *undue delay*). ETT nepateikė tikslaus „nepateisinamo delsimo“ termino apibrėžimo, bet nustatė gaires, į kurias reikėtų atkreipti dėmesį, vertinant, ar laukimo terminas neviršija mediciniškai priimtino termino.

Pirma, nacionalinės institucijos turi atsižvelgti į visas kiekvienos individualios situacijos aplinkybes ir įvertinti ne tik asmens būklę, esančią tuo metu, kai pateikiamas arba atnaujinamas prašymas išduoti leidimą, bet ir jo ligos istoriją ir numanomą eigą, jo skausmo stiprumo ir (arba) negalios būklę, kuri, pvz.: tam tikrais atvejais sutrukdytų ar padarytų neįmanomą asmens profesinės veiklos vykdymą.

Antra, atsisakymas išduoti išankstinį leidimą negali būti grindžiamas vien tuo, kad yra laukimo sąrašai, skirti planuoti ir valdyti ligoninės paslaugų pasiūlą pagal iš anksto bendro pobūdžio formuluotėmis nustatytus klinikinius prioritetus. Iš to darytina išvada, kad jei pagal tokius laukimo sąrašus nustatytas terminas atitinkamu individualiu ligos atveju viršija terminą, kuris yra priimtinas atsižvelgiant į objektyvų visų situaciją apibūdinančių aplinkybių ir atitinkamo asmens klinikinių poreikių medicininį įvertinimą, kompetentinga įstaiga negali atsisakyti išduoti prašomo leidimo remdamasi tuo, kad yra laukimo sąrašai, tariamai pažeidžiama su atitinkamos ligos gydymo skuba susijusių prioritetų normali tvarka, kad pagal nagrinėjamą nacionalinę sistemą teikiamas gydymas ligoninėje yra nemokamas, kad nustatyta pareiga paskirti specialias lėšas sumokėti už kitoje valstybėje narėje numatomą gydymą ir/arba šio gydymo ar ekvivalentiško gydymo kompetentingoje valstybėje narėje kainų palyginimu.

Apibendrinant tai, kas išdėstyta, galima padaryti dvi esmines išvadas:

1. EB sutarties 49 ir 50 straipsniai nedraudžia tokių nacionalinės teisės aktų nuostatų, pagal kurias išlaidos, patirtos gydantis kitos valstybės narės ligoninėje, atlyginamos, jei asmens sveikatos draudimo fondas išduoda išankstinį leidimą, o tokio leidimo išdavimas priklauso nuo to, ar:
 - a) gydymas laikomas normaliu/įprastu atitinkamoje profesinėje srityje (tik atsisakymas išduoti leidimą negalės būti priimtas, neįvertinus to, kas pakankamai išbandyta tarptautinės medicinos mokslo);

- b) gydymas būtinas apdraustam asmeniui (atsisakymas išduoti leidimą gali būti priimtas, tik jeigu toks pat toks pat ar lygiavertis gydymas galėtų būti suteiktas be nepateisinamo nacionalinės sveikatos priežiūros institucijos delsimu).
2. EB sutarties 49 ir 50 straipsniai draudžia tokias nacionalinės teisės aktų nuostatas, pagal kurias išlaidų, patirtų ambulatoriškai gydantis kitoje valstybėje narėje, atlyginimas priklauso nuo to, ar asmeniui išduodamas sveikatos draudimo fondo išankstinis leidimas, jeigu paslaugos teikiamos asmens ar institucijos, su kuria minėtas fondas nėra sudaręs susitarimo (nepriklausomai nuo socialinės sveikatos apsaugos sistemos pobūdžio ir specialių bruožų).

Kaip matyti, Teismas, vertindamas išankstiniam leidimui gauti nustatytus reikalavimus, pateikia išsamius vertinimo kriterijus, siekdamas nepalikti vietos valstybių narių piktnaudžiavimui. Kaip pavyzdį galima pateikti sprendimą *Leichtle*¹¹⁰ byloje, kurioje ETT pripažino, kad siekiant gauti išlaidų atlyginimą, reikalavimas įrodyti, jog gydymasis kitoje valstybėje narėje bus veiksmingesnis už gydymąsi asmens gyvenamosios vietos valstybėje, yra nepateisinama paslaugų teikimo laisvės kliūtis.

Kita vertus, tenka apgailestauti, kad Teismas, išskirdamas sveikatos priežiūros paslaugas į ambulatorines ir stacionarias, nepateikia kriterijų, pagal kuriuos būtų galima jas atriboti. *Van Riet* byloje buvo nagrinėjama situacija, kai suteiktos paslaugos apėmė tiek ambulatorinį, tiek stacionarinį gydymą. ETT pripažino, kad tam tikrais atvejais gali būti sunku nubrėžti skiriamąją ribą tarp šių paslaugų, kadangi tam tikros paslaugos, teikiamos ligoninėje, lygiai taip pat gali būti teikiamos gydytojo kabinete ar poliklinikoje ir dėl to patekti į ambulatorinio gydymo paslaugų grupę. Visgi, bylos šalys šių klausimų neiškėlė, todėl Teismas nepateikė savo nuomonės.

Tuo tarpu, minėtoje *Leichtle* byloje Teismas analizavo situaciją, kai Vokietijos pilietis gydėsi Italijos mineralinių vandenių baseinuose ir jam nebuvo atlygintos papildomos tokio gydymosi išlaidos. Vokietijos teisės aktuose buvo nustatyta sąlyga, kad bus atlygintos tik išlaidos už paslaugas, suteiktas mineralinių vandenių baseine, įtrauktame į atitinkamą tokių baseinų sąrašą. ETT pripažino, kad toks reikalavimas *a priori* nepažeidžia paslaugų teikimo laisvės, tačiau paliko nacionaliniam teismui nuspręsti, ar įtraukimo į tokius sąrašus sąlygos yra objektyvios ir nepadaro paslaugų teikimo tarp valstybių narių sudėtingesnio nei vienos valstybės narės viduje. Visgi, V. Hatzopoulos¹¹¹ teigimu, ETT kartu leido suprasti, kad terminas „ligoninės infrastruktūra“ turi būti suprantamas siaurai, kadangi, nepaisydamas fakto, kad toks gydymas reikalauja įrengimų ir infrastruktūros, nepaliko vietos išankstiniam leidimui nustatyti.

¹¹⁰ 2004-03-18 ETT sprendimas byloje C-8/02 *Leichtle* [2004] ECR I-2641.

¹¹¹ Cit. op 69, 19 psl.

Nepaisant šių išvadų, Teismas nepateikia griežtų kriterijų stacionarinio ir ambulatorinio gydymo atskyrimui, kas ateity gali sukelti nemažai problemų. Ypatingai dėl to, kad 27 valstybių narių praktika yra skirtinga, o pacientams iš anksto nėra pateikiama tiksli informacija. Juk reikšminga gali būti ir gydymo vieta (bendrosios praktikos gydytojo kabinetas ar ligoninės ambulatorinis skyrius), ir gydymo pobūdis (maža ar didelė operacija), ir kitos aplinkybės. Galbūt šiuo atveju būtų galima apsvarstyti ir galimybę ES mastu sudaryti sąrašus, kurie leistų iš karto priskirti paslaugas vienai ar kitai grupei.

3.2.3. Išlaidų, patirtų gydantis kitoje valstybėje narėje, apmokėjimas

Visos iki šiol aptartos sąlygos iš esmės labiausiai susijusios ir skirtos užtikrinti tinkamą asmeniui suteiktą sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų apmokėjimą. Nereikšminga šiuo atveju yra tai, ar prašoma atlyginti išlaidas, patirtas asmeniui gydantis privačioje, ar viešojoje įstaigoje¹¹². Kaip jau minėta, paslaugos EB sutarties prasme yra teikiamos už užmokestį ir sveikatos priežiūros sistemos veikimo principai neturi tam reikšmės. Taip teismas patvirtino, kad atlyginimas gali egzistuoti ne tik tiesiogiai apmokant už paslaugas, bet ir trišalėse situacijose, kai trečioji šalis (pvz.: fondas) sumoka paslaugos gavėjui (pacientui) ir situacijose, kai ryšys tarp gaunamų paslaugų ir atlyginimo už jas yra netiesioginis (pvz.: sumokamas iš anksto nustatytu tarifu, nepriklausomai nuo suteiktos paslaugos pobūdžio ir kainos).

Esminė taisyklė yra ta, kad EB 49 straipsnis draudžia tokį valstybės narės teisės aktą, pagal kurį nacionalinė socialinės apsaugos institucija neatlygina jokių gydymo kitoje valstybėje narėje, išlaidų¹¹³. Tačiau tuo neapsiribojama. ETT nuomone, valstybių narių būtinybė suderinti sveikatos priežiūros sistemos principus ir sandarą su reikalavimais, kylančiais iš Bendrijos laisvių, įpareigoja kompetentingas valdžios įstaigas numatyti mechanizmus apmokėjimui už kitos valstybės narės ligoninėje suteiktą gydymą pacientams, kuriems reikalingo gydymo jų gyvenamosios vietos sveikatos priežiūros institucijos negali suteikti per mediciniškai priimtina terminą¹¹⁴.

Šiuo atveju, vėlgi, ETT praktikoje galima rasti išimtį. Net jeigu toks mechanizmas yra numatytas ir pacientas, išvyksta gydytis, negavęs išankstinio leidimo, tačiau nesulaukęs teismo proceso dėl tokio leidimo neišdavimo neteisėtumo pabaigos, gydymo išlaidos jam turi būti kompensuojamos. Šiuo atveju svarbu užtikrinti, kad toks leidimas veiktų retroaktyviai, kadangi daugumoje atvejų dėl savo sveikatos būklės pacientai negali sulaukti teismo proceso pabaigos ir taip būtų priversti atsisakyti minties pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis kitoje valstybėje narėje.

¹¹² Cit. op. 19, 22 punktas.

¹¹³ Remiantis išvada *Stamatelaki* byloje.

¹¹⁴ Cit. op. 51, 122 punktas.

Nepaisant to, svarbu pažymėti, kad šio reikalavimo negalima aiškinti kaip įpareigojančio valstybes nares sumokėti už kitoje valstybėje narėje suteiktą gydymą ligoninėje, neatsižvelgus į jokių su biudžetu susijusių motyvus. Priešingai, jie grindžiami pusiausvyra tarp:

- 1) pacientų laisvo judėjimo tikslo ir
- 2) nacionalinių privalomųjų turimų stacionarinio gydymo pajėgumų planavimo, sveikatos priežiūros išlaidų valdymo ir socialinės apsaugos sistemų finansinės pusiausvyros reikalavimų.¹¹⁵

Nustatant išmokos dydį, kurį užtikrina EB sutarties nuostatos, galima padaryti išvadą, kad tiek ambulatorinio, tiek stacionarinio gydymo atveju jis priklauso nuo kilmės valstybėje narėje galiojančių įkainių. EB sutartis reikalauja kompensuoti pacientui bent jau tą išlaidų dalį, kuri yra analogiška dydžiui, į kurį pacientas turėtų teisę, jei būtų likęs gydytis gyvenamosios vietos valstybės ligoninėje. Teismas formuluoja tai, kaip minimalų reikalavimą, kuris turi būti užtikrintas, o priešingu atveju tai būtų pripažinta nepateisinamu ribojimu EB sutarties 49 straipsnio prasme (kadangi gali sulaikyti ar net užkirsti kelią asmeniui kreiptis į kitoje valstybėje įsikūrusius sveikatos paslaugų teikėjus). Netgi, jei paciento patirtų išlaidų suma būtų mažesnė nei jo kilmės valstybėje kompensuojama suma už analogiškas paslaugas, pacientui turėtų būti išmokėta papildoma kompensacija, padengianti susidariusį skirtumą¹¹⁶.

Antra išvada, kurią galima daryti, remiantis ETT praktika¹¹⁷, yra susijusi su papildomų išlaidų atlyginimu. Teismas pripažino, kad tokios išlaidos apima maisto, būsto, kelionės (bei su ja susijusių mokesčių) ir medicininės išvados išlaidas. Nors šios išlaidos nėra medicininės ir paprastai nemokamos sveikatos priežiūros paslaugų teikėjui, tačiau jos neatskiriamai susijusios su gydymu tuo atveju, kai asmuo vyksta į kitą valstybę narę. Taigi teisės aktai neturėtų užkirsti kelio apmokėti paciento, kuriam išduotas leidimas vykti gydytis į kitos valstybės narės ligoninę (arba kuriam buvo atsisakyta išduoti leidimą, tačiau vėliau įrodytas šio atsisakymo nepagrįstumas), patirtas papildomas išlaidas, jei jie numato tokių išlaidų apmokėjimą tuomet, kai gydymas yra teikiamas kilmės valstybės sistemai priklausančioje ligoninėje. Tai reiškia, kad visuomet privaloma patikrinti, ar kilmės valstybės teisės aktai numato su kelione kilmės valstybės viduje susijusių papildomų išlaidų apmokėjimą. Jei atsakymas būtų teigiamas, tokiu atveju apmokėjimas turėtų būti vykdomas, remiantis tokiomis pačiomis objektyviomis bei skaidriomis sąlygomis ir neviršijant apribojimų, kurie nustatyti kompetentingos valstybės narės teisės aktais dėl papildomų išlaidų, susijusių su kompetentingoje valstybėje narėje suteiktu medicininiu gydymu, apmokėjimo.

Trečia svarbi išvada, kurią galima išskirti, pateikta *Watts* byloje, susijusioje su nacionaline sveikatos apsaugos sistema. Jei valstybės narės teisės aktai numato, jog kilmės valstybės sveikatos

¹¹⁵ Cit. op. 51, 145 punktas.

¹¹⁶ Remiantis išvada *Vanbraekel* byloje.

¹¹⁷ Remiantis *Liechtle* ir *Watts* bylose pateiktomis išvadomis.

priežiūros tarnybos tvarka teikiamas gydymas ligoninėje yra nemokamas ir valstybės narės, kurioje šios tarnybos apdraustam pacientui buvo išduotas arba turėjo būti išduotas leidimas šios tarnybos sąskaita gydytis ligoninėje, teisės aktai nenumato visos šio gydymosi kainos sumokėjimo, kompetentinga įstaiga turi atlyginti šiam pacientui galimą skirtumą tarp:

- 1) objektyviai apskaičiuotos ekvivalentiško gydymo minėtai tarnybai priklausančioje ligoninėje išlaidų sumos (ji gali būti ribojama bendra, už apsisistojimo valstybėje narėje suteiktą gydymą išrašytos sąskaitos, suma) ir
- 2) sumos, kurios neviršydama šios valstybės narės įstaiga pagal Reglamento Nr. 1408/71 22 straipsnio 1 dalies c punkto i papunktį privalo teikti išmokas kompetentingos institucijos sąskaita, vadovaudamasi šios valstybės narės teisės aktais.

3.2.4. Laisvo paslaugų judėjimo principo taikymo stacionarinio ir ambulatorinio gydymo atžvilgiu palyginimas

Panašumai

1.	EB sutarties nuostatos dėl laisvo paslaugų judėjimo (49, 50 str.) taikomos abiem atvejais.
2.	Taikoma visiems teisėtai Europos Sąjungoje gyvenantiems asmenims.
3.	Tie patys principai taikomi įvairioms sveikatos apsaugos sistemoms, nepriklausomai nuo to, ar jos veikia išlaidų kompensavimo (angl. <i>principle of reimbursement</i>), tiesioginio apmokėjimo (angl. <i>benefit in kind type system</i>) ar nacionalinės sveikatos apsaugos sistemos pagrindu (angl. <i>National Health System – NHS</i>).
4.	Valstybė, teikianti paslaugas, negali diskriminuoti, nustatyti skirtingų tarifų, atsižvelgdama į paciento statusą, ar kitaip užkirsti kelią asmeniui pasinaudoti paslaugomis.
5.	Draudžiama nacionaliniais teisės aktais nustatyti reguliavimą, pagal kurį paciento kilmės valstybės socialinės apsaugos institucija neatlygintų jokių gydymo kitoje valstybėje narėje, išlaidų.
6.	Kilmės valstybė, o ne valstybė, kurioje suteikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, nustato, kokias paslaugas ji kompensuos.
7.	Atlyginamos tiek pagrindinės (gydymo), tiek ir papildomos (maisto, būsto, kelionės (bei su ja susijusių mokesčių) ir medicininės išvados išlaidos.

Skirtumai

	Priežiūra ligoninėje (stacionarinis gydymas)	Priežiūra ne ligoninėje (ambulatorinis gydymas)
Išankstinio leidimo reikalavimas	EB sutarties 49 ir 50 straipsniai nedraudžia nacionaliniais teisės aktais nustatyti, jog kitos valstybės narės ligoninėje numatomo gydymo išlaidos apmokamos tik gavus kompetentingos įstaigos išankstinį leidimą. Tokio leidimo išdavimo sąlygas turi būti galima pateisinti privalomaisiais pagrindais ir proporcingumo principu.	Toks reikalavimas kliudo laisvam paslaugų judėjimui. Net nustačiusi šį reikalavimą, valstybė negali atsisakyti atlyginti patirtų išlaidų, jei pacientui nebus išduotas minėtas leidimas.

3.2.5. Atribojimas nuo sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų pagal antrinę Europos Sąjungos teisę

Siekiant aiškumo darbe, būtina pažymėti, kad dar iki sprendimo *Kohll* byloje Bendrijos mechanizmą, suteikiantį galimybę pacientams gydytis kitose valstybėse narėse (išskyrus atvejus, kai pacientas pats mokėdavo už tokį gydymą), sudarė reglamentai dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo: 1971 m. birželio 14 d. Tarybos Reglamentas dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims, savarankiškai dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, judantiems Bendrijoje (EB) Nr.: 1408/71¹¹⁸ (toliau vadinama – Socialinės apsaugos reglamentas) ir 1972 m. kovo 21 d. Reglamentas (EB) Nr.: 574/72, nustatantis praktines minėto reglamento taikymo sąlygas¹¹⁹. Abu šie reglamentai galioja ir dabar.

Socialinės apsaugos reglamento 22 straipsnio 1 dalyje reikalaujama, kad būtų apmokamos sąskaitos, pateiktos valstybių narių pacientams priimančiojoje valstybėje, esant šiomis situacijom:

- 1) priežiūra migruojantiems darbuotojams (kurie, įgiję teisę gauti kompetentingos įstaigos mokamas išmokas, gavo tos įstaigos leidimą sugrįžti į valstybės narės, kurioje jis gyvena, teritoriją arba persikelti gyventi į kitos valstybės narės teritoriją);
- 2) kai asmenims dėl sveikatos būklės reikalinga medicinos pagalba buvimo kitoje valstybėje narėje metu (naudojama Europos sveikatos draudimo kortelė (buvusi E111 forma¹²⁰);
- 3) kai pacientai turi aiškų leidimą gauti planinio gydymo paslaugas kitoje valstybėje narėje (naudojama forma E112¹²¹).

Antra ir trečia situacijos taikomos darbuotojams, kurie yra ES valstybės narės piliečiai ir apdrausti pagal jos teisės aktus, bei kartu su jais gyvenantiems šeimos nariams. Skirtingai nuo pirmosios, antroji situacija apima tuos atvejus, kai asmuo į kitą ES valstybę narę vyksta turėdamas tikslą gauti sveikatos priežiūros paslaugas, t.y. kai tokių paslaugų poreikis atsiranda ne būnant kitoje valstybėje, bet jau yra atsiradęs dar prieš išvykstant į kitą ES valstybę narę ir vienas tokios kelionės į kitą ES valstybę narę tikslų yra gauti reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas. Tokiu atveju nemokamos sveikatos priežiūros paslaugos kitoje ES valstybėje narėje gali būti suteikiamos tik gavus kompetentingos valstybės narės institucijos leidimą. Dėl antros situacijos 22 straipsnio 2 dalyje taip pat paaiškinta, kad negalima atsisakyti išduoti leidimo tuo atveju, kai lėšos gydymui yra teikiamos iš išmokų, nustatytų valstybės narės, kurios teritorijoje atitinkamas asmuo gyvena, teisės

¹¹⁸ Europos Sąjungos oficialusis leidinys L 149 [1971].

¹¹⁹ Europos Sąjungos oficialusis leidinys L 74 [1972].

¹²⁰ Reglamento 22 straipsnio 1 dalies a punktas. Taip pat žr. Komisijos komunikatą dėl Europos sveikatos draudimo kortelės įvedimo (COM(2003)73galutinis) ir ją patvirtinantį Komisijos sprendimą Nr. 189/03, OJ 2003 L 276/1.

¹²¹ Reglamento 22 straipsnio 1 dalies c punktas. Reglamento Nr. 1408/71 31 straipsnyje taip pat yra speciali nuostata, skirta pensininkams ir jų šeimos nariams, kuriems reikalingas gydymas kitoje valstybėje narėje (ETT sprendimas byloje C-326/00 *Idryma Koinonikon Asfaliseon (IKA) v. Vasilios Ioannidis* [2003] ECR I-1703). Tai nebus aptariama.

aktais, ir kai jis negali gauti tokio gydymo per įprastą tokiam gydymui laikotarpį valstybėje narėje, kurioje jis gyvena, atsižvelgiant į jo dabartinį gydymo kursą ir tikėtiną ligos eigą.

Antroji situacija itin susijusi su darbe nagrinėjamu paslaugų judėjimo principo taikymu sveikatos priežiūros paslaugoms. Teismas ne kartą bylose lygiagrečiai svarstė klausimus, susijusius su socialinės apsaugos reglamentu ir EB sutarties laisvo paslaugų judėjimo nuostatomis (dažniausiai, kiek tai buvo susiję su išlaidų, patirtų gydantis kitoje valstybėje narėje, apmokėjimo problematika). Nors griežtai atriboti šių situacijų neįmanoma, akivaizdu, kad sąlygos, nustatytos minėtame Reglamente planiniam gydymui gauti, nėra analogiškos sąlygoms, nustatytoms EB sutartimi.

Pirma, Reglamento taikymo sritis asmenų atžvilgiu yra siauresnė nei laisvo paslaugų judėjimo principo taikymo atveju (t.y. Reglamentas taikomas tik darbuotojams/jų šeimos nariams bei pensininkams, o EB sutarties 49 straipsnis – visiems teisėtai Europos Sąjungoje gyvenantiems asmenims).

Antra, jis vienodai traktuoja ambulatorinį ir stacionarinį gydymą, iškeldamas reikalavimą abiem atvejais gauti išankstinį leidimą. Taip nepaliekama galimybės asmeniui ambulatorinio gydymo atveju pačiam laisvai apsispręsti vykti į kitą valstybę narę, o grįžus reikalauti išlaidų kompensavimo.

Trečia, Reglamentas skiria išmokas natūra (jas kompetentingos įstaigos sąskaita teikia buvimo ar gyvenamosios vietos įstaiga pagal jos administruojamų teisės aktų nuostatas, tartum šioje įstaigoje jis būtų apdraustas; tačiau išmokų teikimo trukmė nustatoma pagal kompetentingos valstybės teisės aktus) ir pinigais (jas paprastai moka kompetentinga įstaiga pagal jos administruojamų teisės aktų nuostatas). Kompensacijos dydis pirmuoju atveju yra nustatomas remiantis priimančios valstybės teisės aktais, o ne kilmės valstybės teisės aktais, kaip tai daroma EB sutarties pagrindu, ir atlyginamas pagal patvirtintas faktines išlaidas. Teismas išaiškino, kad nors Reglamentu nesiekama nustatyti išlaidų atlyginimo kilmės valstybėje galiojančiu tarifu, jis visgi nedraudžia sumokėti papildomos sumos, padengiančios skirtumą tarp priimančiojoje valstybėje nustatyto tarifo ir kilmės valstybėje nustatyto tarifo, kai pastarasis didesnis už pirmąjį. Tačiau, jeigu kilmės valstybės narės kompetentingos institucijos neteisėtai atsisako išduoti leidimą gydytis kitoje valstybėje narėje minėto Reglamento pagrindu, ir vėliau toks neteisėtumas yra pripažįstamas, asmeniui privaloma kompensuoti ne tik išlaidas realiai patirtas priimančiojoje valstybėje narėje, bet ir papildomą sumą, kuri susidarytų, jei kilmės valstybėje būtų nustatyti didesni tokių paslaugų tarifai nei priimančiojoje valstybėje.¹²² Šioje vietoje galima būtų teigti, tokia Teismo išvada diskutuotina. Darant prielaidą, kad kilmės valstybėje nustatyti didesni tarifai, taip lyg ir suteikiamas pagrindas skirtingai traktuoti asmenis, pasinaudojusius Reglamento užtikrinamomis garantijomis,

¹²² Remiantis išvada *Vanbraekel* byloje.

tačiau vienam iš jų (t.y. asmeniui neteisėtai negavusiam išankstinio leidimo) suteikiama teisė į didesnę išmoką. Kita vertus, papildomos kompensacijos išmokėjimą galima vertinti tarsi sankciją socialinio draudimo įstaigai, kuri neteisėtai atsisakė suteikti leidimą gydytis svetur, todėl privalo sumokėti minėtą skirtumą.

Šis Teismo sprendimas taip pat parodo skirtumą tarp EB sutartimi garantuojamų išmokų sumos ir Reglamento garantuojamos sumos, kadangi pirmuoju atveju tokį skirtumą visada privaloma padengti, kai kilmės valstybėje užtikrinama didesnė išlaidų kompensacija.

Pagaliau, *Keller*¹²³ byloje, ETT nusprendė, kad pacientas, gavęs leidimą pagal Reglamente nustatytus reikalavimus vykti gydytis į kitą valstybę narę, gali reikalauti ir išlaidų, patirtų trečiojoje valstybėje, atlyginimo, jeigu kritinės būklės atveju priimančiojoje valstybėje narėje gydytojais priima sprendimą pervežti pacientą į užsienio valstybėje esančią ligoninę.

Kita vertus, praktiškai gali būti sunku atriboti šias dvi galimybes naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis kitoje valstybėje narėje¹²⁴. Abu leidimai išduodami panašiomis sąlygomis ir jų išdavimo procedūra turi atitikti tuos pačius principus (proporcingumo, nediskriminavimo bei kitus anksčiau minėtus). Teismas ne kartą rėmėsi Reglamentu, pagrįsdamas išvadas dėl laisvo paslaugų judėjimo principo taikymo sveikatos priežiūros paslaugų atžvilgiu. Aktyvus Teismo vaidmuo ne kartą nulėmė ir paties Reglamento pataisas, siekiant įgyvendinti Teismo išaiškinimus. Kaip nurodė ETT *Watts* byloje, „Reglamento Nr. 1408/71 22 straipsnio taikymas nagrinėjamai situacijai neatima atitinkamam asmeniui galimybės pagal EB sutarties 49 straipsnį kartu pasinaudoti teise gydytis kitoje valstybėje narėje kitomis nei šiame 22 straipsnyje numatytomis apmokėjimo sąlygomis.“¹²⁵. Taigi Socialinės apsaugos reglamento 22 straipsnio taikymas nereiškia, kad nebegalima taikyti EB 49 straipsnio (jei priemonė atitinka antrinės teisės nuostatą, jai vis tiek gali būti taikomos EB sutarties nuostatos). Tokia Teismo išvada leidžia jam plečiamai interpretuoti minėto Reglamento sąlygas, taip apribojant valstybių narių diskreciją šioje srityje.

Apibendrinant galima daryti išvadą, kad minėtos dvi galimybės (pagal EB sutartį ir Socialinės apsaugos reglamentą) pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis veikia lygiagrečiai. Galima numanyti, kad paprastai leidimas EB sutarties pagrindu išduodamas tais atvejais, kurie neapima Reglamento taikymo srities, arba, kai įkainiai priimančiojoje valstybėje narėje yra didesni nei kilmės valstybėje narėje, taip išvengiant minėto skirtumo padengimo.

¹²³ ETT sprendimas C-145/03 *Keller* byloje [2005] ECR I-2529.

¹²⁴ Pavyzdžiui, *Stamatelaki* byloje pasirinkdamas, kuriuo pagrindu vadovautis, Teismas atkreipė dėmesį į tai, kad *D. Stamatelaki* nebuvo pateikęs prašymo dėl išankstinio leidimo pagal minėto Reglamento 22 straipsnį išdavimo.

¹²⁵ Cit. op. 51.

3.3. Sveikatos apsauga – laisvo prekių judėjimo kontekste

Laisvo prekių judėjimo principo taikymas teisės į sveikatos apsaugą užtikrinimui ne mažiau svarbus nei laisvo paslaugų judėjimo principo taikymas. EB sutarties 23 straipsnio 1 dalis numato, kad „Bendrija grindžiama visą prekybą prekėmis apimančia muitų sąjunga, kurioje tarp valstybių narių uždraudžiami importo ir eksporto muitai bei visi jiems lygiaverčiai mokesčiai, o jų santykiams su trečiosiomis šalimis nustatomas bendras muitų tarifas.“¹²⁶. Vadinasi, EB sutartis taikoma ne tik prekėms, pagamintoms valstybėse narėse, bet taip pat prekėms, patenkančiomis į rinką iš trečiųjų valstybių, kurios gali laisvai cirkuluoti valstybėse narėse. „Laisvo prekių judėjimo srityje ETT laikosi kilmės valstybės principo arba plataus apribojimų draudimo principo. <...> Prekė, kuri teisėtai gali būti parduodama kilmės valstybėje, taip pat gali būti parduodama ir priimančioje valstybėje.“¹²⁷.

Šio darbo kontekste aktualu tai, kad EB sutarties nuostatos, susijusios su laisvu prekių judėjimu, taip pat taikomos ir prekybos medicinos gaminiais atžvilgiu. Prekė EB sutarties prasme apibūdinama kaip bet kuris objektas, turintis piniginę išraišką ir galintis būti komercinių sandorių objektu, bet nesantis kapitalu ar paslauga. ETT nustatė, kad „įvairūs produktai, tokie kaip paveikslai ir kiti meno kūriniai, naftos produktai ir tiek perdirbamos, tiek neperdirbamos atliekos, yra prekės. Tais atvejais, kai prekės pagrindinės veikos atžvilgiu tėra šalutinis reiškinys, taikomos kitos Sutarties nuostatos.“¹²⁸, pvz.: loterijų organizavimas laikomas paslauga.

*Duphar*¹²⁹ byloje, pritaikydamas EB sutarties nuostatas, susijusias su laisvu prekių judėjimu (dabartiniai 28, 29, 30 straipsniai¹³⁰), ETT patvirtino, kad ir medicinos gaminiai gali būti preke. Šioje byloje ETT nagrinėjo nacionalinės teisės nuostatas, susijusias su medicinos gaminių pirkimu ir tiekimu apdraustiems pacientams iš kitų valstybių narių. ETT pareiškė, kad Bendrijos teisė nedraudžia valstybėms narėms sudaryti galimų kompensuoti medicinos produktų sąrašų, taip siekiant apriboti išlaidas socialinei apsaugai. Tokie sąrašai turėtų būti sudaryti atsižvelgiant į EB sutarties 28 straipsnį, o tai reiškia, kad reikia vadovautis objektyviais ir iš anksto žinomais kriterijais (pavyzdžiui, aplinkybe, kad rinkoje egzistuoja kiti pigesni gaminiai, turintys tą patį gydomąjį

¹²⁶ Cit. op 31.

¹²⁷ Cit. op 59, 53 psl.

¹²⁸ Barnard C., Europos Sąjungos materialinė teisė: keturios laisvės. 1. Laisvas prekių judėjimas.- Vilnius, 2006.

¹²⁹ ETT sprendimas byloje C-238/82 *Duphar ir kt. v. Nyderlandai* [1984] ECR 523.

¹³⁰ „28 straipsnis. Valstybių narių tarpusavio prekyboje uždraudžiami kiekybiniai eksporto apribojimai ir visos lygiaverčio poveikio priemonės.

29 straipsnis. Valstybių narių tarpusavio prekyboje uždraudžiami kiekybiniai importo apribojimai ir visos lygiaverčio poveikio priemonės.

30 straipsnis. 28 ir 29 straipsnių nuostatos nekliudo taikyti prekių importo, eksporto ar tranzito draudimų arba apribojimų, jei jie yra pateisinami visuomenės dorovės, viešosios tvarkos arba visuomenės saugumo, žmonių, gyvūnų ar augalų sveikatos bei gyvybės apsaugos, nacionalinių meno, istorijos ar archeologijos vertybių apsaugos bei pramoninės ir komercinės nuosavybės apsaugos sumetimais. Tačiau tokie draudimai arba apribojimai neturi tapti savavališka diskriminacijos priemone ar užslėptu valstybių narių tarpusavio prekybos apribojimu.“

poveikį; kad gaminiai laisvai parduodami be recepto ar, kad produktai bus išbraukiami iš tokių sąrašų dėl jų poveikio, siekiant apsaugoti žmonių sveikatą), nediskriminuojant dėl prekės kilmės ir nustatyti galimybę, esant reikalui, tokį sąrašą koreguoti.

ETT sprendimas *Decker* byloje priimtas tą pačią dieną ir paremtas ta pačia generalinės advokatės Tesouro išvada, kaip ir sprendimas *Kohll* byloje. Šioje byloje Liuksemburgo pilietis *Decker* siekė, kad būtų atlyginta jo sumokėta suma už akinius, pirktus iš optiko Arlone (Belgijoje), pagal Liuksemburge įsikūrusio akių gydytojo paskyrimą. Liuksemburgo kompetentinga institucija atsisakė sumokėti, kadangi *Decker* neturėjo išankstinio leidimo įsigyti šiuos akinius vėliau kompensuojant. Valstybės, pateikusios pastabas byloje, teigė, kad medicinos gaminių pirkimas nepatenka į Sutarties nuostatas dėl laisvo prekių judėjimo, nes tai susiję tik su socialinės apsaugos teise (o būtent - su prieš tai skyriuje minėtu Socialinės apsaugos reglamentu).

Viena vertus, Teismas patvirtino, kad nagrinėjama situacija susijusi su socialine apsauga, tačiau kartu pasinaudojo *Duphar* byloje suformuluota taisykle: „Socialinės apsaugos srityje nustatytos valstybių narių priemonės, kurios gali paveikti prekybą medicinos gaminiiais ir netiesiogiai įtakoti šių gaminių importą, turi atitikti Sutarties nuostatas dėl laisvo prekių judėjimo“¹³¹.

Kita vertus, nagrinėdamas Socialinės apsaugos reglamento taikymo galimybę, ETT atmetė valstybių narių argumentus ir pareiškė, kad minėtas Reglamentas nėra skirtas reguliuoti ir dėl to užkirsti kelią išlaidų, už kitoje valstybėje narėje įsigytus medicinos gaminius, atlyginimui gyvenamosios vietos valstybės nustatytais tarifais.

Teismas taip pat įvertino Liuksemburgo teisės aktais taikomų reikalavimų atitikimą *Dassonville*¹³² byloje suformuluotai taisyklei: „Kiekvienas EB valstybės narės atliekamas prekybos reguliavimas, trukdantis tiesiogiai ar netiesiogiai, faktiškai ar potencialiai prekybai Europos Bendrijų viduje, yra laikomas vienodo poveikio priemone kaip ir kiekybiniai apribojimai“¹³³. Valstybės narės bandė pagrįsti savo poziciją panašiai kaip ir *Kohll* byloje, teigdamos, kad išankstinio leidimo reikalavimu nesiekama apriboti prekybos, bet yra nustatomos sąlygos medicininių išlaidų kompensavimui. Esą toks reikalavimas nedraudžia nei akinių importo iš kitų valstybių narių, nei turi tiesioginės įtakos galimybei įsigyti akinius už Liuksemburgo teritorijos. Atsižvelgdamas į tai, kad perkant prekes Liuksemburge toks reikalavimas nėra taikomas, Teismas nusprendė, kad šis reikalavimas yra kliūtis laisvam prekių judėjimui, kadangi labiau skatina apdraustus asmenis pirkti Liuksemburge nei kitose valstybėse narėse ir taip gali sukliudyti akinių, pagamintų kitose valstybėse narėse, importui.

¹³¹ Cit. op. 129, 18 punktas.

¹³² ETT sprendimas byloje C-8/74 *Dassonville* [1974] ECR 837.

¹³³ Ibid.

Verta prisiminti, kad laisvo prekių judėjimo principas nėra absoliutus ir gali būti ribojamas tam tikromis sąlygomis. EB sutarties 30 straipsnis numato šešias teisėtas išimtis (nukrypti leidžiančius pagrindus) iš šio principo: visuomenės dorovė, viešoji tvarka, visuomenės saugumas, žmonių (gyvulių, augalų) sveikatos ir gyvybės apsauga, nacionalinių meno, istorijos, archeologijos vertybių apsauga, pramoninės ir komercinės nuosavybės apsauga. Tai išsamus nukrypti leidžiančių nuostatų sąrašas. Kiti teisėti ribojimai išvystyti ETT jurisprudencijoje (kad būtų užtikrinti privalomieji reikalavimai): visuomenės sveikatos apsauga, vartotojų apsauga, mokesčių priežiūros veiksmingumas, aplinkos apsauga ir kt.

Teismas šioje byloje nagrinėjo du teisėtus laisvo prekių judėjimo principo ribojimus, tačiau nė vieno iš jų nepripažino.

Pirma, nagrinėtas galimas reikšmingas socialinės apsaugos sistemos finansinės pusiausvyros pažeidimo pavojus kaip privalomasis reikalavimas, pateisinant laisvo prekių judėjimo ribojimą. Kadangi, Liuksemburgo teisės aktai numato išlaidų atlyginimą nustatytu tarifu, nepriklausomai nuo prekių vertės, šis argumentas atmestas.

Antra, nagrinėta EB sutarties 30 straipsnyje numatyta išimtis visuomenės (žmonių) sveikatos apsaugos tikslais. Teismas priminė, kad antrinės teisės aktais yra nustatytos sąlygos diplomų, pažymėjimų ir kitų oficialią kvalifikaciją patvirtinančių dokumentų abipusiam pripažinimui (tai suteikia tas pačias garantijas perkant medicinos gaminius bet kurioje valstybėje narėje). Be to, atkreiptas dėmesys į tai, kad akiniai buvo paskirti akių gydytojo.

Tai leido Teismui padaryti galutinę išvadą, kad EB sutarties nuostatos dėl laisvo prekių judėjimo draudžia teisės aktus, pagal kuriuos galima atsisakyti apmokėti akinių, pirktų kitoje valstybėje narėje, negavus tam išankstinio leidimo, kainą.

Atsižvelgiant į ne kartą ETT minėtą nuostatą, kad sveikatos priežiūros sistemos pobūdis ir specialūs bruožai (tiek kilmės valstybės, tiek ir priimančiosios valstybės) neturi tiesioginės įtakos EB sutarties nuostatų taikymui, galima būtų manyti, kad analogiškos taisyklės turėtų būti taikomos ir kitoms valstybėms narėms. Nors laisvo prekių judėjimo principo taikymo medicinos gaminių įsigijimui praktika ETT nėra gausi, tačiau tai nesumažina Teismo pateiktų išvadų svarbos, užtikrinant asmenų teises sveikatos apsaugos srityje. ETT sprendimai *Kohll* ir *Decker* bylose prieš dešimtmetį suformavo naują precedentą, kuris sukėlė valstybių narių nepasitenkinimą ir galvosūkį Europos Sąjungos institucijoms, siekiant užtikrinti minėtų sprendimų efektyvų įgyvendinimą visos Europos Sąjungos mastu.

4. PACIENTŲ MOBILUMO POREIKIS IR ATEITIES PERSPEKTYVOS

Literatūroje dažnai pastebima, kad dauguma pacientų norėtų būti gydomi kuo arčiau savo gyvenamosios vietos, netoli nuo artimųjų, sistemoje, kuri jiems suprantama ir žinoma, kur sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjai kalba jiems suprantama kalba, kur jie žino, ko gali prašyti ir ką gali tikėtis gauti. Gydimasis užsienio valstybėse beveik niekada nėra jų pirmas pasirinkimas, greičiau susiklosčiusių ypatingų aplinkybių pasekmė. Tai gi nenuostabu, jog dar prieš dešimtmetį Europos Sąjungoje nedaug diskutuota apie pacientų migraciją į kitas šalis.

Vis dėlto šiuo metu padėtis kitokia: sveikatos apsaugos sistemos Europos Sąjungoje tampa labiau susijusios nei kada nors anksčiau. Tai lemia daugelis faktorių, tokių kaip padidėjęs ES gyventojų (potencialių pacientų) ir medicinos profesionalų judėjimas, bendri visuomenės lūkesčiai Europoje, naujų medicinos technologijų ir metodų informacinių technologijų pagalba sklidimas bei Europos Sąjungos išplėtimas. Tai sąlygoja poreikį ne tik nenumatytais atvejais gauti sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse, bet ir esant kitoms aplinkybėms (pvz.: siekiant gauti geresnės kokybės paslaugas).

Nors, kaip minėta, jau pakankamai ilgą laiką egzistuoja galimybė pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis, įgyvendinus ES reglamentais nustatytas sąlygas, ETT šią galimybę išplėtė dar labiau, vadovaudamasis EB steigimo sutarties nuostatomis dėl prekių ir paslaugų judėjimo laisvės. Vis dėlto, po ETT sprendimų priėmimo Maastrichte ir Amsterdamo sutarčių teisinė interpretacija sukėlė politinių ir administracinių sunkumų nacionaliniu ir regioniniu lygiu, kiek tai buvo susiję su sveikatos sistemų funkcionavimu ir finansavimu. Atsirado tam tikra įtampa tarp ETT priimamų sprendimų, asmens teisės gauti sveikatos priežiūros paslaugas ir valstybių narių noro išlaikyti nacionalinę kontrolę sveikatos priežiūros sistemų atžvilgiu.

Valstybės narės iš tiesų sureagavo skirtingai. Viena vertus, jos mato galimus privalumus, kadangi atviresnė sistema leidžia geriau užtikrinti paciento poreikius, suteikia jam didesnes galimybes (pvz.: pasinaudoti paslaugomis, kurių neteikia jų gyvenamosios vietos valstybės sveikatos priežiūros įstaigos), taip pat užtikrina geresnį išteklių panaudojimą pasienio regionuose ir pan.

Tuo pat metu, valstybės narės susirūpinusios, kad ši laisvė nedestabilizuotų nacionalinių sveikatos apsaugos sistemų, pvz.: išbalansuodama pasiūlą ir paklausą ir taip padidindama paslaugų kainas arba leisdamas įsigalėti privačioms paslaugoms. Manoma, kad ETT suteiktos teisės gali padidinti piliečių, ieškančių kaimyninėse šalyse pigesnių ar kokybiškesnių paslaugų, antplūdį (tai

paprastai vadinama sveikatos turizmu)¹³⁴. Taip pat manoma, kad nebus pacientui suteikiama pakankamai išsamios informacijos apie paslaugas ir dėl to toks pacientas gali nukentėti.

Šioje vietoje galima išskirti ir kitą nuomonių grupę, kurios autoriai teigia, kad ETT praktikoje suformuluotos taisyklės iš pagrindų nepakeitė buvusios padėties ir reikšmingai neišplėtė pacientų teisių. Be to, egzistuoja teorinė galimybė, jog tik pasiturintys pacientai naudosis teise be išankstinio leidimo vykti gydytis į kitas šalis (dažniausiai tokie asmenys, kuriems dėl gyvenamosios vietos priežiūra neprieinama). Ji grindžiama tuo, kad asmenims mokėti savo sąskaita gali būti per brangu ir pernelyg rizikinga, nes išlaidų atlyginimas gali būti uždelstas arba net apskritai neįvykdytas.

Vis dėlto, šiandien išsamaus įvertinimo ir tyrimo visos ES mastu minėtais klausimais nėra atlikta, o tai reiškia, kad pastarieji argumentai gali būti keliami nesant pakankamų įrodymų. Pvz.: kai kurie atlikti regioniniai tyrimai rodo, kad šiuo metu ES gyventojų, siekiančių sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse, skaičius yra labai nedidelis. Apskaičiuota, kad tokių išlaidų atlyginimas nesudaro daugiau nei 0,5-1 % valstybės narės sveikatos priežiūrai panaudojamų lėšų¹³⁵.

Apskritai, pacientus, siekiančius gauti sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse, apibendrintais įvairių šaltinių duomenimis galima suskirstyti į keletą kategorijų:

2. ES gyventojai, kurie atostogauja (ar kitais tikslais) trumpam apsilanko kitoje ES šalyje ir kuriems prireikia sveikatos priežiūros paslaugų. Tokiais atvejais visoje Europos ekonominėje erdvėje bei Šveicarijoje galioja Europos sveikatos draudimo kortelė, užtikrinanti ES gyventojų teises bei palengvinanti paslaugų prieinamumą pacientui jo laikino vizito konkrečioje šalyje metu. Gydytojų paslaugos teikiamos pagal tos šalies teisės aktus, atsižvelgiant į tai, kokių jų asmeniui reikia ir kiek jis toje šalyje bus.
3. ES gyventojai, išvykę gyventi į kitas šalis ilgesniam laikui ir ketinantys naudotis tų šalių sveikatos apsaugos paslaugomis.
4. ES gyventojai, kurie kaimyninėse užsienio šalyse tikisi gauti jiems reikalingas sveikatos paslaugas. Priežastys, verčiančios ieškoti paslaugų ne savo šalyje, įvairios (kaina, kokybė, ilgos laukiančiųjų konkrečios sveikatos paslaugos eilės savo šalyje ir pan.).
5. ES pasienio regionų gyventojai.

¹³⁴ Pavyzdžiui, Didžiojoje Britanijoje, kur laukimo sąrašai paprastai yra gana ilgi, *Gareets-Smits ir Peerbooms* sprendimai labai išreklamavo galimybę gydytis kitose valstybėse narėse. „Tuo metu, kai buvo priimtas sprendimas, maždaug milijonas žmonių laukė operacijų <...> o daugiau nei 200000 žmonių buvo išlaukę bent 6 mėnesius <...> Praėjus mažiau nei 6 mėnesiams po *Gareets-Smits ir Peerbooms* sprendimo priėmimo pirmoji Didžiosios Britanijos pacientų grupė „Eurostar“ traukiniu išvyko į Prancūzijos miestą Lilį, kur jiems buvo atliktos klubo bei kelio sąnario keitimo ir kataraktos operacijos“ – Cit. op. 84, 193 psl.

¹³⁵ Kyprianou M., Addressing the Challenges of Cross-Border Health Care // Europos Sąjungos portalas [interaktyvus]. [Žiūrėta 2007-11-16]. Prieiga per internetą: <http://europa.eu>.

6. ES gyventojai, vykstantys sveikatos priežiūros paslaugų, kurios nelegalios jų valstybėje, arba paslaugų, kurios apskritai neteikiamos, nes nėra atitinkamų klinikų ar specialistų (dažniausiai pasitaiko mažesnėse valstybėse).
7. ES gyventojai, kuriuos gydytis į kaimynines šalis siunčia jų pačių sveikatos apsaugos institucijos. Ligoniai į kitas ES šalis paprastai siunčiami pagal tarpvalstybines sutartis, dažniausiai iš tų šalių ir regionų, kur gyventojų tankumas mažas, o sveikatos sistemos pajėgumai riboti. Pvz.: Malta, Zeeuws–Vlaanderen regiono gyventojai Olandijoje bei kai kurių Belgijos ligoninių pacientai.¹³⁶

Taigi akivaizdu, kad egzistuoja nemažai atvejų, kada tiesiog būtina užtikrinti pacientų sveikatos apsaugą ir ETT, išplėsdamas šias galimybes, prisideda prie jos užtikrinimo. Visgi, kyla klausimas, ar toks būdas (t.y. neatyviomis priemonėmis – priimant sprendimus atskirai kiekvienoje byloje ir taip aiškinant EB sutartį) yra geriausias asmens teisių apsaugos ir jų galimybių pasinaudoti vidaus rinkos teikiamomis privilegijomis atžvilgiu.

Vieni autoriai tam pritaria, motyvuodami tuo, kad teisė gauti sveikatos priežiūros paslaugas kyla tiesiogiai iš EB sutartyje įtvirtintų principų, todėl ji negali būti apribota nei antriniais ES teisės aktais (reglamentais ar direktyvomis), nei valstybių narių nacionaliniais teisės aktais.

Tuo tarpu, kiti teigia, kad būtinas tolesnis reguliavimas, atsižvelgiant į ETT priimtus sprendimus ir bandant juos susisteminti (pozityvios priemonės). Šiuo atveju nekalbama apie sveikatos sistemų suvienodinimą ar teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų standartizavimą, bet siekiama atkreipti dėmesį į tuos klausimus, kurie reikalauja didesnio aiškumo ir geresnio koordinavimo Europos Sąjungos lygiu.

Šiuo atveju reikėtų pritarti antrajam požiūriui, kadangi suformuota praktika apibrėžia tik bendriausius principus ir gaires, kuriomis turi vadovautis valstybės narės, bet kartu ji iškelia daugybę papildomų klausimų ir praktinių ETT sprendimų įgyvendinimo sunkumų. Dabartinis reglamentavimas Europos Sąjungos mastu įtvirtina pagrindinius pacientų mobilumo principus ir kartu palieka teisę valstybei narei pačiai lanksčiai sureguliuoti šių principų įgyvendinimo mechanizmus. Problemos dažniausiai kyla, kai įgyvendinant ETT sprendimus, nacionalinės teisės normas reikia derinti prie minėtų sprendimų. Čia taip pat svarbu tiek užtikrinti pakankamos ir teisingos informacijos apie skirtingų paslaugų kokybę, prieinamumą ir tinkamumą gavimą, tiek išspręsti sveikatos priežiūros teikėjų aplaidumo ir atsakomybės klausimus, aiškiai įtvirtinti galimybes sveikatos priežiūros paslaugoms gauti kitose valstybėse narėse ir panaikinti esamas kliūtis, bei išspręsti kitus ne mažiau svarbius klausimus (pvz.: intensyvesnio bendradarbiavimo sveikatos priežiūros paslaugų srityje skatinimas).

¹³⁶ Skirstymas atliktas remiantis: Europe for patients: Ghent 2006; Padidėjęs pacientų mobilumas – naujoji Europos realybė.– „Gydytojų žinios“, 2006, Nr. 16 (409), // Lietuvos gydytojų sąjungos svetainė [interaktyvus]. [Žiūrėta 2007-11-25]. Prieiga per internetą: www.lgs.lt.

Šiuo atžvilgiu Europos Sąjungos Komisija aktyviai veikia ne tik rūpindamasi visuomenės sveikatos klausimais, bet taip pat ir pacientų mobilumo srityje. Dar 2004 m. Komisija paskelbė komunikatą „Aukšto lygio svarstymų dėl pacientų mobilumo ir sveikatos priežiūros raidos Europos Sąjungoje tolesnė eiga“¹³⁷, kuriuo pateikė siūlymus dėl vidaus rinkos sukeltų iššūkių sveikatos apsaugos srityje sprendimo.

2006 m. rugsėjo 26 d. parengtas ir ES šalims narėms pateiktas svarstyti Komisijos komunikatas „Konsultacija dėl Bendrijos veiksmų sveikatos paslaugų srityje“¹³⁸. Šio dokumento tikslas yra numatyti Bendrijos veiksmus sveikatos paslaugų srityje, užtikrinant efektyvesnę prieinamą sveikatos priežiūrą ir apsaugą Europoje. Siekiama aiškiai reglamentuoti keliaujančių iš vienos ES valstybės narės į kitą Europos piliečių teises ir garantijas bei šias vertybes įtraukti į bendrą teisinę sistemą. Komisijos nuomone, Bendrijos veiksmai turėtų remtis:

- 1) teisinio tikrumo principu (plačiau taikant Europos Teisingumo Teismo sprendimus, reglamentuojančius laisvą pacientų, medicinos profesionalų ir sveikatos paslaugų judėjimą) ir
- 2) paramos valstybėms narėms principu tose srityse, kur veiksmai Europos mastu gali turėti pridėtinę vertę nacionalinių veiksmų atžvilgiu (tai suteiktų sveikatos ir socialinės apsaugos sistemų institucijoms galimybes vadovautis Bendrijos teisės aktų sistema ir naudotis sveikatos sistemų bendradarbiavimo pranašumais).

Komisija šio Komunikato pagrindu pakvietė valstybes nares pateikti savo pozicijas aptartais klausimais. Lietuvos pateiktoje pozicijoje¹³⁹ dėl minėto komunikato teigiama, kad Bendrijos teisėje būtų naudingas papildomas teisinis reglamentavimas dėl:

- paslaugų kokybės reikalavimų standartizavimo,
- individualių paciento teisių įgyvendinimo suderinamumo su šalies finansiniu sveikatos sistemos stabilumu,
- paslaugų, suteiktų užsienyje, tęstinumo užtikrinimo,
- pacientui užsienyje padarytos žalos atlyginimo (įstaigų ar specialistų civilinės atsakomybės),
- sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kitoje šalyje narėje (įsisteigus, neįsisteigus, telemedicinos būdu),
- medicinos paslaugų, suteiktų paciento iniciatyva užsienyje, kompensavimo.

Įgyvendinant paslaugų judėjimo laisvę, Lietuva siūlo Bendrijos mastu priimti privalomojo pobūdžio teisės aktą, reglamentuojantį pacientų teisių apsaugą. Toks teisės aktas galėtų nustatyti

¹³⁷ (KOM(2004)0301).

¹³⁸ SEC (2006) 1195/4.

¹³⁹ Europos Komisijos svetainė [interaktyvus]. [Žiūrėta 2007-12-11]. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu>.

bendruosius minimalius medicinos paslaugų teikimo kokybės standartus, informacijos apsisikeitimo principus, civilinės paslaugų teikėjų atsakomybės už pacientui padarytą žalą principus.

Taip pat siūloma užtikrinti paslaugas apmokančioms institucijoms, gyvenamosios šalies paslaugų teikėjams ir pacientams informacijos apie sveikatos priežiūros paslaugas ir jų teikėjus kitose valstybėse narėse teikimą; saugų keitimąsi su paciento sveikata susijusiais duomenimis tarp pačių paslaugų teikėjų bei tarp paslaugų teikėjų ir kompetentingųjų įstaigų, apmokančių paslaugas. Teigiama, kad įgyvendinant ETT sprendimus, sunku užtikrinti sveikatos paslaugų kompensavimą asmenims, kurie gavo sveikatos priežiūros paslaugas kitose ES šalyse narėse, visų pirma - dėl skirtingos paslaugų apimties, skirtingų technologijų, naudojamų tos pačios ligos gydymui. Pacientas kartais gydomas tokiomis technologijomis, kurios nėra taikomos Lietuvoje, arba pacientui užsienio šalyse yra atliekama daugybė tyrimų, kai tuo tarpu Lietuvoje tokie tyrimai nėra atskirai apmokami, o yra įskaičiuoti į įvairių paslaugų (pvz., konsultacijų ar stacionariųjų paslaugų) bazinę kainą. Akivaizdu, kad dažnai neįmanoma sulygtinti pacientui užsienyje suteiktos paslaugos su kuria nors iš Lietuvoje teikiamų paslaugų ir todėl praktiškai itin sunku, arba net neįmanoma, nustatyti kompensacijos dydžio pacientui.

Be to, kadangi Tarybos reglamente Nr. 1408/71 bei daugumos ES šalių narių nacionaliniuose teisės aktuose yra nustatyta, kad pacientams užtikrinamos nemokamos sveikatos priežiūros paslaugos, kurios teikiamos tik nacionalinei (valstybinei) sveikatos sistemai priklausančiose įstaigose, o EB sutartis vartotojams suteikia teisę pasirinkti paslaugų teikėjus, neatsižvelgiant į tai, ar teikėjai priklauso nacionalinės sveikatos sistemai, ar ne, asmenys viešėdami užsienyje turi galimybę gauti ir privačių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų paslaugas, o šių paslaugų išlaidas privalo kompensuoti nacionalinės sveikatos sistemos kompetentingoji institucija. Lietuvos pateiktoje pozicijoje teigiama, kad Bendrijos mastu turėtų būti priimtas privalomojo pobūdžio teisės aktas, reglamentuojantis paslaugų, teikiamų už Tarybos reglamento (EEB) Nr. 1408/71 taikymo ribų, kompensavimo principus ir užtikrinantis pacientų apsaugą.

Kita vertus, valstybių, pateikusių savo pozicijas dėl minėto Komunikato, nuomonės išsiskyrė: vienos jų siūlė tiesiog pakeisti šiuo metu galiojančius teisės aktus socialinės apsaugos srityje, įtraukiant į juos papildomas nuostatas; kitos, tuo tarpu, laikėsi tos pačios pozicijos kaip Lietuva – parengti atskirą direktyvą sveikatos paslaugų srityje.

2007 m. metinėje politikos strategijoje¹⁴⁰ Komisija taip pat numatė parengti saugių, aukštos kokybės ir veiksmingų Bendrijos sveikatos paslaugų sistemą, skatinant valstybių narių bendradarbiavimą ir aiškiau reglamentuojant Bendrijos teisės aktų taikymą sveikatos paslaugoms ir sveikatos priežiūrai.

¹⁴⁰ Komisijos komunikatas Europos parlamentui, Tarybai, Europos Ekonomikos ir Socialinių Reikalų Komitetui ir Regionų Komitetui - Metinė politikos strategija (2007 m.) - Pasitikėjimo stiprinimas veiksmais /* KOM/2006/0122 galutinis */

2007 m. gegužės 23 d. Europos Parlamentas, atsižvelgdamas į minėtą Komisijos komunikatą, priėmė rezoliuciją dėl sveikatos apsaugos paslaugų išbraukimo iš Direktyvos dėl paslaugų vidaus rinkoje poveikio ir pasekmių¹⁴¹, kuria be kita ko paragino Komisiją:

- 1) sugriežtinti savo politiką išaiškinant ES teisės pažeidimus, siekiant užtikrinti, kad visos valstybės narės laikytųsi Teisingumo Teismo jurisprudencijos ir kad visi pacientai, nepaisant kilmės šalies, galėtų pasinaudoti teisėmis, kurios jiems suteiktos pagal Sutartį;
- 2) pateikti Parlamentui ir Tarybai pasiūlymą dėl tinkamos priemonės siekiant kodifikuoti Teisingumo Teismo jurisprudenciją;
- 3) parengti pasiūlymą, kuriame būtų atsižvelgiama į šią rezoliuciją ir į Teisingumo Teismo sprendimus dėl pacientų teisių;
- 4) garantuoti pacientams didžiausią galimybę gauti sveikatos priežiūros paslaugas visoje Europoje, taip pat garantuoti sveikatos apsaugos paslaugų teikėjams laisvę teikti paslaugas ir įsisteigimo laisvę.

Be to, Parlamentas atkreipė dėmesį į tai, kad valstybės narės nepakankami skatina sveikatos priežiūrą ir dėl to pacientų teisės ribojamos. Europos Parlamentas mano, kad pacientų ir sveikatos priežiūros sistemos specialistų mobilumas Europos Sąjungoje ateinančiais metais didės, todėl pacientai turės didesnę pasirinkimą. Taigi visiems Europos Sąjungos piliečiams, nepaisant jų pajamų dydžio ir gyvenamosios vietos, būtina užtikrinti vienodą prieigą prie sveikatos priežiūros paslaugų už priimtina kainą ir reikiamu laiku, laikantis universalumo, kokybės, saugumo, tęstinumo bei solidarumo principų, taip prisidedant prie Sąjungos socialinės ir teritorinės sanglaudos, kartu užtikrinant nacionalinių sveikatos priežiūros sistemų finansinį tvarumą. Laikantis šių principų esą pacientų ir specialistų mobilumas galėtų prisidėti prie sveikatos priežiūros prieinamumo ir kokybės gerinimo.

Atsižvelgiant į šią Parlamento poziciją bei remdamasi valstybių narių pateiktomis pozicijomis minėto Komunikato pagrindu, Komisija šiuo metu rengia pasiūlymą dėl teisės akto, kuris reglamentuotų saugių, aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo per sieną tvarką. Šis teisės aktas (manoma, kad tai turėtų būti sveikatos paslaugų direktyva) numatytų teisinius mechanizmus, kurie leistų įgyvendinti EB sutartyje įteisintą asmenų ir paslaugų judėjimo laisvę sveikatos apsaugos srityje, bei reglamentuotų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą asmenims, savo noru išvykusiems gauti planinių paslaugų į kitą Europos Sąjungos šalį, ir šių išlaidų kompensavimą.

Nepaisant to, kad šio pasiūlymo rengimas užtruko, sukėlė nemažai ginčų ir neaišku, kada turėtų būti priimtas, tikėtina, kad teisė gauti sveikatos priežiūros paslaugas tarpvalstybiniu mastu turėtų tapti daug žadančiu postūmiu, potencialiai sukuriančiu naują ir svarbią intensyvaus bendradarbiavimo visos ES mastu sritį.

¹⁴¹ 2006/2275(INI).

5. EUROPOS BENDRIJŲ TEISINGUMO TEISMO SPRENDIMŲ ĮGYVENDINIMAS LIETUVOJE

Lietuvos Respublikoje teisė į sveikatos apsaugą užtikrinama, visų pirma, Lietuvos Respublikos Konstitucijoje, kurios 53 straipsnio pirmoje dalyje numatyta, kad „Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose gydymo tvarką.“¹⁴². Aiškindamas šias Konstitucijos nuostatas, Konstitucinis Teismas yra pasakęs, kad žmogaus ir visuomenės sveikata yra viena svarbiausių visuomenės vertybių, taip pat, kad žmonių sveikatos apsauga yra konstituciškai svarbus tikslas, viešasis interesas, o rūpinimasis žmonių sveikata traktuotinas kaip valstybės funkcija¹⁴³.

Minėta teisė taip pat užtikrinama įstatymais (pvz.: 1996 m. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas¹⁴⁴), poįstatyminiais teisės aktais. Daugelis pirmame skyriuje minėtų tarptautinių sutarčių taip pat yra ratifikuotos ir turi įstatymo galią Lietuvoje.

Tapus Europos Sąjungos nare, Lietuvos sveikatos apsaugos teisės sistemos neaplenkė, visų pirma, ES antrinės teisės reguliavimo institutai. Nors Europos Sąjungoje pripažįstama valstybių narių atsakomybė už sveikatos paslaugų ir sveikatos priežiūros organizavimą bei teikimą, Lietuvos teisės aktai turi būti derinami su ES teise. Pavyzdžiui, įgyvendinant minėtą Socialinės apsaugos reglamentą, priimti Sveikatos apsaugos ministro įsakymai: „Dėl Europos sveikatos draudimo kortelės išdavimo Lietuvos Respublikoje privalomuoju sveikatos draudimu apdraustiesiems asmenims“¹⁴⁵ bei „Dėl Europos Sąjungos šalių narių piliečiams Lietuvoje suteiktų privalomojo sveikatos draudimo paslaugų išlaidų kompensavimo tvarkos patvirtinimo“¹⁴⁶.

Pirmasis įsakymas reglamentuoja Europos sveikatos draudimo kortelės išdavimą Lietuvos Respublikoje apdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu asmenims, laikinai vykstantiems į Europos Sąjungos valstybes bei į Norvegiją, Islandiją, Lichtenšteiną ir Šveicariją. Antrasis įsakymas nustato privalomojo sveikatos draudimo paslaugų, suteiktų Europos Sąjungos šalių narių piliečiams, ir jiems išduodamų kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išlaidų kompensavimo tvarką (paslaugų ar išduotų vaistų išlaidos kompensuojamos tokiomis pat bazinėmis kainomis ir tokia pat tvarka, kokia pagal Lietuvos teisės aktus taikoma apdraustiesiems asmenims suteiktų privalomojo sveikatos draudimo paslaugų išlaidoms kompensuoti).

¹⁴² 1992 m. Lietuvos Respublikos Konstitucija. Žin., 1992, Nr. 33-1014.

¹⁴³ Remiantis 2005 m. rugsėjo 29 d. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo nutarimu dėl Lietuvos Respublikos farmacinės veiklos įstatymo 17 straipsnio (2002 m. birželio 4 d. redakcija) 4 dalies atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai. Byla Nr. 15/02. Žin., 2005, Nr. 117-4239.

¹⁴⁴ Žin., 1996, Nr. 102-2318.

¹⁴⁵ Žin., 2005, Nr. 80-2925; pakeistas 2007-08-23.

¹⁴⁶ Žin., 2004 m. Nr. 54-1844; pakeistas 2006-06-24.

Visgi šiame darbe aktualiausias klausimas, kaip Lietuvos Respublikos teisės aktai užtikrina apžvelgtų Europos Bendrijų Teisingumo Teismo sprendimų, o kartu ir EB sutartyje įtvirtintų laisvo prekių ir paslaugų principo įgyvendinimą.

Paslaugų atžvilgiu pagrindinis teisės aktas, nustatantis planinio pacientų nukreipimo gydytis užsienyje tvarką yra 2001 m. rugsėjo 6 d. (vėliau pakeistas) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl pacientų siuntimo konsultuotis (išsitiirti) ir/ar gydytis Europos Sąjungos ir kitose šalyse tvarkos aprašo patvirtinimo“¹⁴⁷ (toliau vadinama – Įsakymas). Įdomu, kad šis teisės aktas taikomas vienodai tiek vykstant į kitą ES valstybę narę, tiek ir į trečiąsias valstybes, nesančias Europos Sąjungos narėmis, taip pacientams užtikrinamas platesnę pasirinkimo laisvę.

Kita vertus, Įsakymas neišskiria ambulatorinio ir stacionarinio gydymo, todėl manytina, kad jis taikomas abiem atvejais vienodai ir tokiu būdu neatspindi ETT požiūrio dėl EB sutarties nuostatų taikymo ambulatorinio gydymo atžvilgiu. Tuo labiau, kad įsakymas numato, jog pacientams, išvykusiems negavus išankstinio sutikimo, konsultavimas (ištyrimas) ir/ar gydymas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų nekompensuojamas. ETT tuo tarpu teigia, kad ambulatorinio gydymo negalima apriboti išankstiniais leidimais, o net ir taikant tokį reikalavimą, išlaidos asmenims išvykusiems be leidimo privalo būti kompensuotos.

Įsakymas numato galimybę apdraustam pacientui konsultuotis (išsitiirti) ir/ar gydytis Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis. Tačiau ši galimybė egzistuoja tik vieninteliu atveju, t.y. kai pacientui teiktos konsultacijos ir taikyti visi Lietuvoje galimi tyrimo ir gydymo metodai nedavė teigiamų rezultatų, o užsienyje būtų galima suteikti konsultacijas bei pritaikyti naujus tyrimo ir/ar gydymo metodus (pirmas straipsnis). Minėta nuostata pažodžiui vertinant tarsi apsiriboja tokiomis situacijomis, kai pacientui būtina pritaikyti gydymo ar tyrimo metodus, kuriuos Lietuvoje atlikti nėra galimybės. N detalizuojama, į kokias aplinkybes reikėtų atsižvelgti vertinant tokią sąlygą (tarkim neaišku, ką šiuo atveju reikštų „teigiamas rezultatas“, kaip jis būtų nustatomas; pavyzdžiui, ar trumpalaikis būklės pagerėjimas neužkirstų kelio gauti sutikimą gydytis užsienyje). Įsakymas tiesiog numato, kad gydantys gydytojai nustatyta tvarka siunčia pacientus konsultuotis į universitetų ar universitetines ligonines (pavyzdžiui, VŠĮ VUL Santariškių klinikas ar VŠĮ Kauno medicinos universiteto klinikas), kurių specialistai, įvertinę pacientų sveikatos būklę, rengia dokumentus dėl jų konsultavimo (ištyrimo) ir/ar gydymo užsienyje.

Šiuo atveju netgi būtų galima prisiminti sprendimą *Leichtle* byloje, kurioje ETT pripažino pažeidimu panašiai suformuluotą nacionalinės teisės akto nuostatą, pagal kurią, siekiant gauti išlaidų atlyginimą, buvo reikalaujama įrodyti, jog gydymasis kitoje valstybėje narėje bus veiksmingesnis už gydymąsi asmens gyvenamosios vietos valstybėje. Abejotina, ar tokia formuluotė atitinka Teismo suformuotą praktiką stacionarinio gydymo atžvilgiu, kuri nors ir

¹⁴⁷ Žin., 2001, Nr. 78-2735.

pateisina išankstinio leidimo procedūrą, tačiau apriboja ją griežtomis sąlygomis (pvz.: negalima atsisakyti išduoti leidimo, kai toks pat ar lygiavertis gydymas negali būti suteiktas be nepateisinamo nacionalinės sveikatos priežiūros institucijos delsimu).

Įsakymas taip pat nustato, kad sprendimą siųsti asmenį gydytis į užsienio valstybę priima sveikatos apsaugos ministro įsakymu sudaryta komisija, vadovaujama ministerijos sekretoriaus pagal administravimo sritį. Komisijai priėmus teigiamą sprendimą, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau vadinama – VLK) rūpinasi atlyginimu už paslaugas. Išlaidos gali būti apmokamos pagal išsamią detalizuotą sąskaitą užsienio sveikatos priežiūros įstaigai arba pervedant pinigus į asmeninę paciento sąskaitą (jei už gydymą jis mokėjo savo lėšomis), taip pat ir išankstiniu pavedimu, esant užsienio gydymo įstaigos prašymui. Kompensacija apima faktines gydymo bei kelionės (siunčiamų pacientų bei juos lydinių asmenų (jeigu tai būtina dėl paciento sveikatos būklės ir nurodyta priimtame sprendime)) išlaidas. Galbūt dėl to nepaliekama laisvės pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą, o nustatoma, kad ją parenka ir konsultavimo (ištyrimo) ir/ar gydymo laiką suderina Sveikatos apsaugos ministerijos specialistai konsultantai arba universiteto ligoninės klinikos vadovai.

Pagaliau, pavyzdžiais iliustruojant Įsakymo įgyvendinimą, galima pastebėti, kad jo pagrindu 2003 m. į įvairių užsienio šalių gydymo įstaigas buvo nukreipti 39 pacientai iš Lietuvos, kurių gydymui apmokėti skirta daugiau kaip 1,3 milijono litų (t.y. vidutiniškai kiekvieno iš jų gydymui užsienyje teko maždaug po 34,8 tūkstančio litų). 2004 m. per pirmus 8 mėnesius leidimą gydytis užsienio šalių gydymo įstaigose gavo 38 pacientai, kurių gydymui apmokėti iš viso skirta 1,6 milijono litų. Neoficialiais duomenimis, minėto Įsakymo pagrindu Lietuvoje iki šiol nevyko jokie teisminiai procesai.

Apibendrintai vertinant Lietuvos teisės aktais nustatytą tvarką asmenims pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis kitose valstybėse narėse bei jos atitikimą aptartoms EB sutarties nuostatoms, galima pabrėžti, kad šie klausimai aptariamai gana fragmentiškai, ne visuomet įvertinant Teismo praktiką. Abejotina, ar situacija artimiausiu metu pasikeis, ar bent jau tol, kol šie klausimai nebus išsamiai ir aiškiai sureguliuoti visos ES mastu.

Viena vertus, norėtusi tikėtis, kad praktikoje pasitaikantys klausimai sprendžiami atsižvelgiant tiek į ES antrinės teisės aktais nustatytus reikalavimus, tiek ir EB sutartimi garantuojamas teises bei ETT pateiktą šių nuostatų išaiškinimą. Kita vertus, nesant teisės aktuose įtvirtintos aiškios, iš anksto visiems žinomos procedūros, kuri remtųsi objektyviais, nediskriminaciniais kriterijais ir pateiktų išsamią informaciją pacientams apie jų teises, esamą situaciją galima būtų vertinti ne tik kaip teisinio reguliavimo spragą, bet ir kaip neatitinkančią Europos Sąjungos teisės keliamų reikalavimų.

Ypatingai tai pasakytina apie medicininių gaminių pirkimą, kadangi Lietuvos gyventojams teisės aktai apskritai nenumato medicininių gaminių išlaidų kompensavimo, jeigu asmuo savo

lėšomis juos įsigijo kitoje šalyje. Tai akivaizdžiai prieštarauja ETT pateiktam išaiškinimui *Decker* byloje.

Galiausiai reikėtų pastebėti, kad asmenys, dėl kokių nors priežasčių ES valstybėse narėse apmokėję už medicinos paslaugas (pvz.: jeigu atostogaujant prireikė būtiniosios pagalbos, o asmuo neturėjo minėtos Europos sveikatos draudimo kortelės) ar gaminius, galėtų kreiptis į VLK, kuri remdamasi Socialinės apsaugos reglamento nustatyta procedūra, priimtų sprendimą dėl šių išlaidų kompensavimo. Neaiškiais atvejais arba tuomet, kai asmeniui suteikiamos paslaugos ne Socialinės apsaugos reglamento ribose, VLK nuolat veikianti komisija sprendžia, ar išlaidos bus kompensuotos ir kokia bus kompensuojama suma (pagal ETT sprendimuose *Kohll* ir *Decker* nurodytą procedūrą). VLK pateiktais neoficialiais duomenimis, tokių atvejų esą iki šiol buvo tik keletas (ši informacija nedetalizuota).

IŠVADOS

Atlikus kompleksinį teisės į sveikatos apsaugą Europos Bendrijų Teisingumo Teismo praktikoje užtikrinimo tyrimą, galimas tolimesnes minėtos praktikos įgyvendinimo kryptis bei Lietuvos Respublikoje egzistuojančias problemas, užtikrinant šios praktikos įgyvendinimą, galima daryti/formuluoti šias pagrindines išvadas:

1. Žmogaus teisė į sveikatos apsaugą, kaip viena iš socialinių teisių, visų pirma, suformuoja valstybės pareigą užtikrinti, kad asmuo galėtų lygiais pagrindais su kitais dalyvauti paskirstant socialines vertybes, t. y. prieinamą ir kokybišką sveikatos priežiūrą. Tokiam aiškinimui įtakos, visų pirma, turėjo tarptautinės teisės aktai, užtikrinantys asmens sveikatos apsaugą. Vadinasi, sąvoka „sveikata“ Europos Sąjungoje turėtų būti interpretuojama atsižvelgiant į Pasaulio sveikatos organizacijos konstitucijoje pateiktą apibrėžimą, t.y. - plačiai, kaip apimanti visus faktorius, fiziškai ar kitaip galinčius paveikti asmens sveikatą (tai patvirtino ETT praktika).
2. Europos Sąjungoje tiesiogiai ši teisė įtvirtinta Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijoje, kaip apimanti kiekvieno asmens teisę į profilaktinę sveikatos priežiūrą ir teisę į gydymą nacionalinių teisės aktų ir praktikos nustatyta tvarka.
3. Nors, remiantis Europos Bendrijos steigimo sutartimi, yra visiškai pripažįstama valstybių narių atsakomybė už sveikatos paslaugų ir sveikatos priežiūros organizavimą bei teikimą, o Bendrija gali tik paremti, papildyti ar koordinuoti valstybių narių veiksmus žmogaus sveikatos apsaugos srityje, minėta Sutartimi garantuojamų pagrindinių laisvių įgyvendinimas neišvengiamai įpareigoja valstybes nares nustatyti jų įgyvendinimo taisykles, todėl šios aplinkybės negalima vertinti kaip jų suverenios kompetencijos atitinkamoje srityje pažeidimo.
4. 1998 m. priimtuose sprendimuose *Kohll* ir *Decker* Teismas pirmą kartą pasakė, kad sveikata patenka į prekių ir paslaugų judėjimo laisvių ribas, ir, pripažindamas ES gyventojų teisę laisvai judėti į kitas valstybes nares, siekiant gauti medicinos prekes bei paslaugas, už kurias vėliau būtų kompensuota, kitomis nei Tarybos Reglamento Nr. 1408/71 sąlygomis, reikšmingai prisidėjo prie teisės į sveikatos apsaugą užtikrinimo. Nacionalinės sveikatos apsaugos sistemos, pagal kurią pacientas yra apdraustas ir pagal kurią vėliau yra prašoma kompensuoti patirtas išlaidas, veikimo būdas negali paneigti šių teisių.
5. Draudžiama nustatyti išankstinio leidimo reikalavimą ir taip riboti paciento teisę gauti kompensaciją už kitoje valstybėje narėje įsigytą bet kokią medicininį produktą, tokiu tarifu, kuris nustatytas asmens gyvenamosios vietos valstybėje.

6. Kadangi sveikatos paslaugos yra teikiamos už atlygį, jos turi būti laikomos paslaugomis taip, kaip apibrėžta EB sutartyje, todėl priemonės, nustatančios kitoje valstybėje patirtų išlaidų kompensavimą tik gavus išankstinį leidimą, kliudo laisvam paslaugų judėjimui, nors tokie ribojimai gali būti pateisinami proporcingumo principu ir privalomaisiais pagrindais (pagal EB sutartį ar bendro intereso pagrindu): siekis išlaikyti aukštos kokybės, subalansuotą ir visiems prieinamą medicinos ir stacionarinio gydymo tarnybą, gydymo pajėgumus ar medicininę kompetenciją nacionalinėje teritorijoje, kaip būtinas visuomenės sveikatai, galbūt ir jos gyventojų išgyvenimui; galimas reikšmingas socialinės apsaugos sistemos finansinės pusiausvyros pažeidimo pavojus.
7. Bet kurioje kitoje valstybėje narėje asmenys turi teisę gauti tą pačią ambulatorinę sveikatos priežiūrą (be išankstinio leidimo), į kurią jie turi teisę savo valstybėje narėje, ir turėtų gauti tokio paties lygio kompensaciją, kokia būtų išmokėta asmens gyvenamosios vietos valstybės sistemoje.
8. Bet kurioje kitoje valstybėje narėje asmenys turi teisę gauti tą pačią stacionarinę sveikatos priežiūrą, į kurią jie turi teisę gyvenamosios vietos valstybėje narėje, jeigu jie gavo pastarosios valstybės sveikatos sistemos institucijų išankstinį leidimą. Toks leidimas privalo būti išduotas, jei gyvenamosios vietos valstybėje jiems negali būti suteiktos reikalingos sveikatos priežiūros paslaugos per medicininiu požiūriu priimtina laikotarpį (be nepateisinamo delsimo), atsižvelgiant į jų sveikatos būklę. Jiems privalo būti kompensuotos sveikatos priežiūros išlaidos (tiesiogiai susijusios su gydymu bei papildomos) bent tiek, kiek jos būtų kompensuotos jų šalies sistemoje.
9. ETT nenurodo kriterijų, kuriais remiantis būtų galima aiškiai atriboti Tarybos Reglamento Nr. 1408/71 22 straipsnio bei EB sutarties 49 straipsnio pagrindu suteikiamas garantijas. Nuosekliai ir sistemingai aiškinant ETT praktiką, galima būtų tik preziumuoti, kad paprastai leidimas EB sutarties pagrindu išduodamas tais atvejais, kurie neapima Reglamento taikymo srities, arba, kai įkainiai priimančiojoje valstybėje narėje yra didesni nei kilmės valstybėje narėje, taip išvengiant papildomos kompensacijos mokėjimo (ją garantuoja EB sutartis, kai įkainiai kilmės valstybėje narėje yra didesni nei priimančiojoje).
10. Teisinis tikrumas ES lygiu geriausiai galėtų būti užtikrintas priimant privalomo pobūdžio teisės aktą, numatantį saugią, aukštos kokybės ir veiksmingą ES sveikatos paslaugų sistemą, skatinantį valstybių narių bendradarbiavimą ir aiškiau reglamentuojantį ES teisės aktų taikymą sveikatos paslaugoms ir sveikatos priežiūrai.
11. Lietuvos Respublikos teisės aktais nustatyta išlaidų kompensavimo tvarka tinkamai neužtikrina EB sutartimi garantuojamų pagrindinių laisvių įgyvendinimo sveikatos apsaugos srityje ir turėtų būti keistina atsižvelgiant į ETT suformuluotus kriterijus.

TEISĖS Į Sveikatos apsaugą užtikrinimas Europos Bendrijų Teisingumo Teismo praktikoje

Santrauka

Tradiciškai sveikatos apsaugos sistemos veikia pagal teritorinį principą, todėl pacientams paliekama galimybė naudotis nemokamomis sveikatos priežiūros paslaugomis tik savoje šalyje. Nepaisant to, teisė į sveikatos apsaugą užtikrinama tiek tarptautinės, tiek ir Europos Sąjungos teisės aktais.

Žmogaus teisė į sveikatos apsaugą, kaip viena iš socialinių teisių, įpareigoja valstybes nars užtikrinti, kad visi asmenys turėtų vienodas galimybes gauti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas. Nors Europos Sąjungoje sveikatos apsaugos sistemų organizavimas priklauso valstybių nacionalinei kompetencijai, yra nemažai antrinio reguliavimo institutų egzistuojančių Bendrijoje, kurie netiesiogiai, bet reikšmingai įtakoja šios socialinės sferos teisinį pagrindą. Europos Bendrijų Teisingumo Teismas taip pat prisidėjo prie teisės į sveikatos apsaugą užtikrinimo, nusprenddamas, kad sveikatos paslaugos ir medicinos gaminiai patenka į vidaus rinkos veikimo sferą.

Darbe analizuojama Europos Bendrijų Teisingumo Teismo praktika, siekiant atskleisti, kaip Europos Sąjungoje gyvenančių asmenų teisės gauti sveikatos priežiūros paslaugas buvo išplėstos, papildant ES pagrindines laisves. Dėl to aptariama paslaugų ir prekių samprata, jų požymiai, ribojimai ir galimi pateisinimo pagrindai sveikatos apsaugos kontekste.

Darbe taip pat nagrinėjamos valstybių narių ir ES kompetencijos ribos, atskleidžiant ribotą valstybių narių diskreciją teisinėmis priemonėmis izoliuoti nacionalines sveikatos apsaugos sistemas nuo ES teisės nuostatų, reguliuojančių ekonominių santykių sritį, taikymo.

Be to, darbe siekiama apžvelgti galimas padidėjusio pacientų mobilumo priežastis, numanomas tokio proceso padarinius nacionalinėms sveikatos apsaugos sistemoms ir naujausias ES iniciatyvas sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tarp valstybių narių srityje, kuriomis siekiama užtikrinti, kad ES prisidėtų prie aukšto sveikatos apsaugos lygio visose valstybėse narėse.

Pagaliau, analizuojant nacionalinių teisės aktų nuostatas, darbe siekiama atskleisti, kaip įgyvendinami Europos Bendrijų Teisingumo Teismo sprendimai Lietuvos Respublikos teritorijoje.

SAFEGUARDING OF THE RIGHT TO HEALTH PROTECTION IN THE COURT OF JUSTICE OF THE EUROPEAN COMMUNITIES PRACTICE

Summary

Essentially health protection systems operate on the principle of territoriality, therefore allowing patients to use free health care services only in their home country. Nonetheless, the right to health protection is secured both by international and European Union (hereinafter referred – EU) law.

Right to health protection, as one of social rights, obligates member states to ensure that every person has equal opportunities to get access to high quality health care. Although in EU health care falls within the national competence of the member states, a number of secondary legal regulation institutes exist in the Community, which indirectly, but substantially affect the legal basics of this social sphere. The Court of Justice of the European Communities has also highly contributed to ensuring the right to health protection by concluding that health services and medical products fall within the sphere of the internal market.

The work analyses the Court of Justice of the European Communities practice with the intention to reveal how the opportunities to get access to health care services for patients living within the EU were expanded thus complementing the fundamental freedoms of the EU. To that end, the concepts of services and goods, their elements, limitations and possible justifications in the sphere of health care are discussed.

The work also deals with the competence limits of the member states and the EU, revealing limited discretion of the member states to isolate, by legal means, national health care systems from the application of the EU rules of law regulating the sphere of economic relations.

Furthermore, the work aims to overlook the possible reasons of increased patient mobility, the forecasted effects of such process on national health care systems and most recent EU initiatives in the field of cross-border health care having the aim of ensuring that EU contributes to a high level of health protection in all its member states.

Finally, by analysing national legal provisions the work aims to reveal the level of implementation of the Court of Justice of the European Communities practice in the territory of the Republic of Lithuania.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

I. Norminiai aktai

1. Visuotinė žmogaus teisių deklaracija. Žin., 2006, Nr. 68-2497.
2. Jungtinių Tautų tarptautinis ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių paktas. Žin., 2002, Nr. 77-3290.
3. Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija. Žin., 1995, Nr. 40-987.
4. Tarptautinė konvencija "Dėl visų formų rasinės diskriminacijos panaikinimo". Žin., 1998 m., Nr. 108-2957.
5. Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencija. Žin., 1995, Nr. 60-1501.
6. Jungtinių Tautų konvencija "Dėl visų formų diskriminacijos panaikinimo moterims". Žin., 1996, Nr. 21-549.
7. Pasaulio sveikatos organizacijos Konstitucija // Pasaulio sveikatos organizacijos svetainė [interaktyvus]. [Žiūrėta 2008-01-25]. Prieiga per internetą: www.who.int.
8. Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija). Žin., 2002, Nr. 97-4258.
9. Europos socialinė chartija (pataisyta). Žin., 2001, Nr. 49-1704.
10. 1958 m. Europos ekonominės bendrijos steigimo sutartis. CELEX numeris: 11957E; 1957.
11. 1993 m. Europos Sąjungos (Mastrichto) sutartis. Europos Sąjungos oficialusis leidinys C 191, CELEX numeris: 11992M; 1992.
12. 1999 m. Amsterdamo sutartis. Europos Sąjungos oficialusis leidinys C 340, CELEX numeris: 11997D; 1997.
13. Konsoliduota Europos Bendrijos steigimo sutartis, CELEX numeris: 12002E, 2004.
14. 1952 m. Europos anglių ir plieno bendrijos steigimo sutartis. CELEX numeris: 11951Kr; 1951.
15. 1958 m. Europos atominės energijos bendrijos steigimo sutartis // Europos Sąjungos portalas. Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu>.
16. 1987 m. Suvestinis Europos aktas. CELEX numeris: 11986U; 1986.
17. Lisabonos sutartis, iš dalies keičianti Europos Sąjungos sutartį ir Europos bendrijos steigimo sutartį. Europos Sąjungos oficialusis leidinys C 306/83, 2007.
18. Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartija. Europos Sąjungos oficialusis leidinys C 303, 14/12/2007, p. 0001 – 0016.
19. Su pagrindinių teisių chartija susiję išaiškinimai. Europos Sąjungos oficialusis leidinys C 303, 2007, p. 17 – 35.

20. 2006 m. Europos Sąjungos Tarybos išvada dėl Europos Sąjungos sveikatos sistemų bendrų vertybių ir principų. Europos Sąjungos oficialusis leidinys C 146/1, 2006.
21. 1971 m. birželio 14 d. Tarybos Reglamentas dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims, savarankiškai dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, judantiems Bendrijoje (EB) Nr. 1408/71. Europos Sąjungos oficialusis leidinys L 149 [1971].
22. 1972 m. kovo 21 d. Reglamentas (EB) Nr.: 574/72, nustatantis praktines minėto reglamento taikymo sąlygas. Europos Sąjungos oficialusis leidinys L 74 [1972].
23. Lietuvos Respublikos Konstitucija. Žin., 1992, Nr. 33-1014.
24. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. Žin., 1996, Nr. 102-2318.
25. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl pacientų nukreipimo konsultuotis (išsitiirti) ir/ar gydytis užsienyje ir išlaidų apmokėjimo tvarkos patvirtinimo“. Žin., 2001, Nr. 78-2735.
26. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. rugsėjo 6 d. įsakymo Nr. 478 „Dėl Pacientų siuntimo konsultuotis (išsitiirti) ir/ar gydytis Europos Sąjungos ir kitose šalyse tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo. Žin., 2006, Nr. 5-182.
27. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Europos sveikatos draudimo kortelės išdavimo Lietuvos Respublikoje privalomuoju sveikatos draudimu apdraustiesiems asmenims“. Žin., 2005, Nr. 80-2925.
28. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl sveikatos apsaugos ministro 2005 m. birželio 22 d. įsakymo Nr. V-510 „Dėl Europos sveikatos draudimo kortelės išdavimo Lietuvos Respublikoje privalomuoju sveikatos draudimu apdraustiesiems asmenims“ pakeitimo. Žin., 2007, Nr. 91-3654.
29. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Europos Sąjungos šalių narių piliečiams Lietuvoje suteiktų privalomojo sveikatos draudimo paslaugų išlaidų kompensavimo tvarkos patvirtinimo“. Žin., 2004, Nr. 54-1844.
30. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8 d. įsakymo Nr. V-205 „Dėl Europos Sąjungos šalių narių piliečiams Lietuvoje suteiktų privalomojo sveikatos draudimo paslaugų išlaidų kompensavimo tvarkos patvirtinimo“ pakeitimo. Žin., 2006, Nr. 71-2638.
31. Europos Bendrijų Komisijos Komunikatas „Konsultacija dėl Bendrijos veiksmų sveikatos paslaugų srityje“. Sec (2006) 1195/4.

32. Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijos integravimo į sutartis sąlygos ir pasekmės bei Bendrijos / Sąjungos prisijungimas prie EŽTK. CONV 116/02. 2002 m. birželio 18 d.
33. Lietuvos pozicija dėl Europos Komisijos Komunikato (Sec (2006) 1195/4) Dėl Bendrijos veiksmų sveikatos paslaugų srityje // Europos Komisijos svetainė [interaktyvus]. [Žiūrėta 2007-11-16]. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu>.
34. 2000 m. gegužės mėn. Jungtinių Tautų socialinių ir ekonominių teisių komiteto Bendrasis komentaras dėl teisės į geriausią prieinamą sveikatos lygį Nr. 14 // Jungtinių tautų vyriausiojo žmogaus teisių komisaro institucijos svetainė [interaktyvus]. [Žiūrėta 2008-01-25]. Prieiga per internetą: www.ohchr.org.

II. Specialioji literatūra

1. Barnard C., Europos Sąjungos materialinė teisė: keturios laisvės. 1. Laisvas prekių judėjimas.- Vilnius, 2006.
2. Barnard C., Europos Sąjungos materialinė teisė: keturios laisvės. 2. Laisvas asmenų, paslaugų ir kapitalo judėjimas.- Vilnius, 2006.
3. Vadapalas V., Tarptautinė teisė.- Vilnius, 2006.
4. Žalimas D., Žalimienė S., Petrauskas Z., Saladžius J., Tarptautinės organizacijos.- Vilnius, 2001.
5. Žaltauskaitė-Žalimienė S., Laisvas asmenų judėjimas pagal Europos Bendrijos teisę: įsisteigimo teisė.- Vilnius, 2002.
6. Kostkevičius G., Subsidiarumo principas teisiškai reglamentuojant sveikatos priežiūrą: ES ir valstybių narių kompetencijos atribojimas.- Teisės problemos Nr. 3 (53), 2006.
7. Hatzopoulos V., The Case Law of the ECJ Concerning the Free Provision of Services: 2000-2005 // [Žiūrėta 2008-02-20]. Prieiga per internetą: www.umich.edu.
8. Hatzopoulos V., Legal Aspects in Establishing the Internal Market for services // [Žiūrėta 2008-02-20]. Prieiga per internetą: www.coleurop.be.
9. Bernitz U., Everyone's Right to Health Care in Europe: The Way Forward. // Europos Parlamento svetainė [interaktyvus]. [Žiūrėta 2007-11-25]. Prieiga per internetą: www.europarl.europa.eu.
10. Kyprianou M., Addressing the Challenges of Cross-Border Health Care. // Europos Sąjungos portalas [interaktyvus]. [Žiūrėta 2007-11-16]. Prieiga per internetą: <http://europa.eu>.

11. Mossialos E., McKee M., Is a European healthcare policy emerging? Yes, but its nature is far from clear. // PubMed Central (PMC) [interaktyvus]. [Žiūrėta 2008-02-11]. Prieiga per internetą: www.pubmedcentral.nih.gov.
12. Sieveking K., ECJ Rulings on Health Care Services and Their Effects on the Freedom of Cross-Border Patient Mobility in the EU. // Centre for European Law and Politics at the University of Bremen (ZERP) [interaktyvus]. [Žiūrėta 2007-11-25]. Prieiga per internetą: www.zerp.uni-bremen.de.
13. Nys H., Patients Rights in a European Health Care Market (paper prepared for delivery at the 7-8 December 2001 conference on European Integration and Health Care Systems: A Challenge for Social Policy). // [Žiūrėta 2008-01-29]. Prieiga per internetą: www.ose.be.
14. V. A. Leary, JD., The Right to Health in International Human Rights Law. // Health and Human Rights: An International Journal Vol. 1, No. 1, 1994. [Žiūrėta 2008-01-29]. Prieiga per internetą: www.hsph.harvard.edu.
15. Tarantola D., Building on the Synergy between Health and Human Rights: A Global Perspective. 2000 // [Žiūrėta 2008-01-29]. Prieiga per internetą: www.hsph.harvard.edu.
16. Hervey T., European Union Governance of Health Care and the Liberalisation Agenda // [Žiūrėta 2008-01-15]. Prieiga per internetą: <http://eucenter.wisc.edu>.
17. Hervey T., EU law and national health policies: problem or opportunity? Health Economics, Policy and Law (2007) Nr. 2 // [Žiūrėta 2008-02-20]. Prieiga per internetą: <http://journals.cambridge.org>.
18. Coleman R., EU policies and programmes concerning health: a short history // [Žiūrėta 2008-02-29]. Prieiga per internetą: www.saglik.gov.tr.
19. Hämäläinen R., Koivusalo M., Ollila E., EU Policies and Health // [Žiūrėta 2008-01-29]. Prieiga per internetą: <http://gaspp.stakes.fi/EN/index.htm>.
20. Patient Mobility in the European Union: Learning from experience // Navaros universiteto IESE Verslo mokyklos svetainė [interaktyvus]. [Žiūrėta 2007-11-25]. Prieiga per internetą: www.iese.edu.
21. Seeking healthcare elsewhere. – The Cambridge Law Journal, 2007 // [Žiūrėta 2007-11-25]. Prieiga per internetą: <http://journals.cambridge.org/action/login>.
22. The ECJ Case Law on Cross-Border Aspects of Health Services (IP/A/IMCO/FWC/2006-167/C3/SC1) Briefing Note // Europos Parlamento svetainė [interaktyvus]. [Žiūrėta 2007-11-25]. Prieiga per internetą: www.europarl.europa.eu.
23. The Internal Market and Health Services Report of The High Level Committee on Health 17.12.2001 // Europos Komisijos svetainė [interaktyvus]. [Žiūrėta 2007-12-11]. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu>.

24. Free movement of patients: is it in the interests of patients and citizens? // European Public Health Alliance [interaktyvus]. [Žiūrėta 2007-12-09]. Prieiga per internetą: www.epha.org.
25. Implications of recent jurisprudence on the co-ordination of health care protection systems. Summary Report Produced for the European Commission Directorate-General for Employment and Social Affairs, 2000 // Observatoire social européen [interaktyvus]. [Žiūrėta 2007-11-25]. Prieiga per internetą: www.ose.be.
26. Questions and Answers on Health Services in the EU. MEMO/06/319. Briuselis, 2006 m. rugsėjo 5 d. // Europos Sąjungos portalas [interaktyvus]. [Žiūrėta 2007-11-16]. Prieiga per internetą: <http://europa.eu>.
27. Health services under attack in the European Parliament? // European Public Health Alliance [interaktyvus]. [Žiūrėta 2007-12-09]. Prieiga per internetą: www.epha.org.
28. Europiečiai diskutuoja apie sveikatos paslaugų prieinamumą.– „Gydytojų žinios“, 2007, Nr. 3 (420) // Lietuvos gydytojų sąjungos svetainė [interaktyvus]. [Žiūrėta 2007-11-25]. Prieiga per internetą: www.lgs.lt.
29. Padidėjęs pacientų mobilumas – naujoji Europos realybė.– „Gydytojų žinios“, 2006, Nr. 16 (409), // Lietuvos gydytojų sąjungos svetainė [interaktyvus]. [Žiūrėta 2007-11-25]. Prieiga per internetą: www.lgs.lt.
30. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas kitoje ES valstybėje.– Gydomo menas // Sveikatos ir medicinos informacijos agentūros (SIMIA) svetainė [interaktyvus]. [Žiūrėta 2007-11-25]. Prieiga per internetą: www.medicine.lt.
31. Steponavičienė G., Asmens sveikatos priežiūra rinkos sąlygomis. Pranešimas konferencijoje „Lietuvos sveikatos apsaugos reforma ir jos pasekmės”.- Vilnius, 2000 // [Žiūrėta 2008-03-25]. Prieiga per internetą: www.lrinka.lt.

III. Praktinė medžiaga

1. ETT sprendimas C-158/96 byloje *Kohll* [1998] ECR I-1931.
2. ETT sprendimas C-120/95 byloje *Decker* [1998] ECR I-1831.
3. ETT sprendimas C-368/98 byloje *Vanbraekel* [2001] ECR I-5363.
4. ETT sprendimas C-157/99 sujungtose bylose *Garaets-Smits ir Peerbooms* [2001] ECR I-5473.
5. ETT sprendimas C-385/99 sujungtose bylose *Müller-Fauré ir van Riet* [2003] ECR I-4509.
6. ETT sprendimas C-372/04 byloje *Watts* [2006] ECR I-4325.
7. ETT sprendimas C-56/01 byloje *Inizan* [2003] ECR I-12403.
8. ETT sprendimas C-8/02 byloje *Leichtle* [2004] ECR I-2641.

9. ETT sprendimas C-444/05 byloje *Stamatelaki* [2007] ECR I-0000.
10. ETT sprendimas C-180/96 byloje *Jungtinė Karalystė v. Komisija* [1996], ECR I-3903.
11. ETT sprendimas C-286/82 ir C-26/83 sujungtose bylose *Luisi ir Carbone* [1984] ECR I-377.
12. ETT sprendimas C-159/90 byloje *Society for the Protection of Unborn Children Ireland (SPUC) v. Grogan* [1991] ECR I-4685.
13. ETT sprendimas C-145/03 *Keller* byloje [2005] ECR I-2529.
14. ETT sprendimas byloje C-238/82 *Duphar ir kt. v. Nyderlandai* [1984] ECR 523.
15. ETT sprendimas C-384/93 byloje *Alpine Investments BV* [1995] ECR I-1141.
16. ETT sprendimas byloje C-55/94 *Gebhard* [1995] ECR I-4165.
17. ETT sprendimas byloje C-196/87 *Steymann* [1988] ECR 6159.
18. ETT sprendimas C-51/96 ir C-191/97 sujungtose bylose *Deliege ir François Pacquée* [2000] ECR I-2548.
19. ETT sprendimas C-263/86 *Belgian State v. Humbel* [1988] ECR I-5365.
20. ETT sprendimas byloje C-352/85 *Bond van Adverteerders* [1988] ECR 2085.
21. ETT sprendimas byloje C-76/90 *Säger* [1991] ECR I-4221.
22. ETT sprendimas byloje C-496/01 *Komisija v. Prancūzija* [2004] ECR I-2351.
23. ETT sprendimas byloje C-381/93 *Komisija v. Prancūzija* [1994] ECR I-5145.
24. ETT sprendimas byloje C-8/74 *Dassonville* [1974] ECR 837.
25. ETT sprendimas byloje C-484/93 *Svensson v. Ministre du Logement et d'Urbanisme* [1995] ECR I-3955.
26. ETT sprendimas byloje C-275/92 *Schindler* [1994] ECR I-1039.
27. ETT sprendimas byloje C-398/89 *Commision v. Greece* [1991] ECR I-727.
28. ETT sprendimas byloje C-155/73 *Sacchi* [1974] ECR I-409.
29. ETT sprendimas byloje C-84/94 *Jungtinė Karalystė v. Europos Sąjungos taryba* [1996] ECR I-5755.
30. ETT sprendimas byloje C-326/00 *Idryma Koinonikon Asfaliseon (IKA) v. Vasilios Ioannidis* [2003] ECR I-1703).
31. Europos žmogaus teisių teismo 2002 m. liepos 11 d. sprendimas byloje *I. prieš Jungtinę Karalystę* (pareiškimo Nr. 25680/94).
32. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo nutarimas dėl Lietuvos Respublikos farmacinės veiklos įstatymo 17 straipsnio (2002 m. birželio 4 d. redakcija) 4 dalies atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai. Byla Nr. 15/02. Žin., 2005, Nr. 117-4239.
33. 2001 m. vasario 8 d. generalinės advokatės Tizzano išvada byloje Nr. C-173/99.