

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

TEISĖS FAKULTETAS

BIOTEISĖS KATEDRA

LINAS URBANAVIČIUS

**LAISVAS PACIENTŲ JUDĖJIMAS EUROPOS
TEISINGUMO TEISMO JURISPRUDENCIJOJE IR
POVEIKIS LIETUVOS TEISEI**

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

Doc. dr. J. Juškevičius

Vilnius, 2008

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

TEISĖS FAKULTETAS

BIOTEISĖS KATEDRA

**LAISVAS PACIENTŲ JUDĖJIMAS EUROPOS
TEISINGUMO TEISMO JURISPRUDENCIJOJE IR
POVEIKIS LIETUVOS TEISEI**

Teisės magistro baigiamasis darbas

Studijų programa 62601S104

Vadovas

Doc. dr. J. Juškevičius

2008 12 18

Recenzentas

Atliko

TV mn5-02 grupės stud.

2008 12 18

L. Urbanavičius

Vilnius, 2008

TURINYS

ĮVADAS.....	4
1. PACIENTŲ JUDĖJIMO SAMPRATA.....	7
1.1 Paciento sąvoka.....	7
1.2 Pacientų judėjimas kaip laisvės teikti paslaugas ir laisvo asmenų judėjimo turinys.....	8
1.3 Pacientų judėjimo priežastys.....	10
1.4 Laisvo pacientų judėjimo kliūtys.....	12
1.5 Pacientų judėjimo teisinis reglamentavimas.....	16
2. EUROPOS TEISINGUMO TEISMO JURISPRUDENCIJA PACIENTŲ JUDĖJIMO SRITYJE.....	22
2.1 Europos Teisingumo teismo bylos 1998-2003 metais.....	22
2.2 Europos Teisingumo teismo bylos 2004-2008 metais.....	29
2.2.1 Sprendimas Leichtle byloje, 2004 m. kovo 18 d., byla C-8/02.....	29
2.2.2 Sprendimas Keller byloje, 2005 m. balandžio 12 d., C-145/03.....	31
2.2.3 Sprendimas Silvia Hosse byloje, 2006 m. vasario 21 d., byla C-286/03.....	33
2.2.4 Sprendimas Watts byloje, 2006 m. gegužės 16 d., byla C-372/04.....	35
2.2.5 Sprendimas Herrera byloje, 2006 m. birželio 15 d., byla C-466/04.....	36
2.2.6 Sprendimas Stamatelaki byloje, 2007 m. balandžio 19 d., byla C- 444/05.....	37
2.2.7 Sprendimas byloje Prancūzų bendruomenės vyriausybė, Valonijos vyriausybė prieš Flandrijos vyriausybę, 2008 m. balandžio 1 d., byla C-212/06.....	40
2.3 Naujausiųjų Europos teisingumo teismo bylų įtaka laisvam pacientų judėjimui.....	43
3. EUROPOS TEISINGUMO TEISMO JURISPRUDENCIJOS POVEIKIS LIETUVOS TEISEI.....	45
IŠVADOS IR SIŪLYMAI.....	49
LITERATŪRA.....	51
ANOTACIJA LIETUVIŲ IR ANGLŲ KALBOMIS.....	55
SANTRAUKA LIETUVIŲ KALBA.....	57
SANTRAUKA ANGLŲ KALBA.....	59

IVADAS

Vienas pagrindinių Europos Sąjungos (toliau – ES) tikslų – vidaus rinkos sukūrimas, kurios užtikrinimui reikalingas laisvas darbo jėgos judėjimas. Užtikrinant darbuotojų mobilumą, kartu reikalingos nuostatos dėl jų socialinės apsaugos, tame tarpe ir pagalbos susirgus.

Aukštos kokybės sveikatos apsauga Europos piliečiams yra prioritetas. Teisė į sveikatos priežiūrą yra pripažįstama ir Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijoje. Europos Sąjungos šalių narių sveikatos sistemos ir sveikatos apsaugos politikos tampa susijusiomis kaip dar niekada iki šiol nebuvo. Tai lemia daugelis priežasčių, įskaitant pacientų ir specialistų judėjimą (palengvinamą Europos Teisingumo teismo sprendimais), bendrus visoje Europoje visuomenės lūkesčius, informacinių technologijų pagalba platinamas naujas medicinos technologijas ir įrangą. Šis augantis tarpusavio ryšys sukelia daug sveikatos politikos problemų, įskaitant sveikatos paslaugų už valstybės ribų kokybę ir prieinamumą, reikalavimus informacijai, skirtai pacientams, sveikatos sistemos darbuotojams ir politikams, bendradarbiavimo apimčių sveikatos srityje ir nacionalinės politikos suderinimo su europiniais įsipareigojimais.

Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje numatyta, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką. Pasak M. Šimonio (2005), „Konstitucinė valstybės pareiga rūpintis žmonių sveikata reiškia ne tik valstybės pareigą sudaryti nemokamos sveikatos priežiūros gavimo garantijas, bet ir apsaugoti sveikatos priežiūros sistemoje veikiančių žmonių, visų pirma – gydytojų ir pacientų teises“ (p. 58).

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo preambulėje skelbiama, kad Seimas pripažįsta, jog „gyventojų sveikata yra didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė“, kad „sveikata – tai ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimas, bet ir fizinė, dvasinė bei socialinė žmonių gerovė“, kad sveikatos potencialą ir jo palaikymo sąlygas be kita ko lemia „prieinama, priimtina ir tinkama sveikatos priežiūra“, kad šio įstatymo priėmimo tikslas yra siekis užtikrinti „prigimtinę žmogaus teisę turėti kuo geresnę sveikatą, <...>, priimtina, prieinamą ir tinkamą sveikatos priežiūrą“ [2].

Pacientų naudojimas medicinos paslaugomis užsienyje atėityje didės dėl didėjančio piliečių judėjimo, žmogiškųjų ir finansinių išteklių stokos, sąlygojančios ilgas eiles savoje šalyje, naujų eksperimentinių gydymo būdų įdiegimo kitoje ES valstybėje, gerėjančio informacijos prieinamumo, didėjančios pasienio sričių integracijos, didėjančios galimybės palyginti gydymo

kainą suvienijus valiutą Europoje, nuotolinės prekybos medicinos paslaugomis bei būsimųjų Europos Teisingumo Teismo precedentų.

Magistro baigiamojo darbo **tikslas** yra išanalizuoti Europos Teisingumo Teismo (toliau – ETT) jurisprudencijos įtaką laisvam pacientų judėjimui Europos Sąjungoje, Europos Ekonominės Erdvės (toliau – EEE) šalyse bei Šveicarijoje, jos pagrindu sukurti praktines rekomendacijas Lietuvos teisės aktų, reglamentuojančių laisvą pacientų judėjimą, tobulinimui.

Siekiant šio tikslo, darbui keliami tokie **uždaviniai**:

1. Atskleisti laisvo pacientų judėjimo sampratą (paciento sąvoką, pacientų judėjimo priežastis bei kliūtis, pacientų judėjimo teisinį reglamentavimą);
2. Išanalizuoti ETT jurisprudenciją pacientų judėjimo srityje;
3. Įvertinti ETT jurisprudencijos poveikį Lietuvos teisei;
4. Remiantis atlikta analize, pateikti savo vertinimus ir pasiūlymus Lietuvos teisės aktų pacientų mobilumo srityje tobulinimui.

Šio darbo tyrimo **objektas** yra laisvas pacientų judėjimas Europos Teisingumo Teismo jurisprudencijoje.

Tyrimo dalykas – laisvo pacientų judėjimo Europos Sąjungoje teisinis reglamentavimas, Europos Teisingumo Teismo sprendimai, susiję su laisvu pacientų judėjimu Europos Sąjungoje, šių sprendimų poveikis Lietuvos teisei.

Hipotezė – Europos Teisingumo Teismo jurisprudencija sąlygoja pacientų mobilumo didėjimą; laisvą pacientų judėjimą Europos Sąjungoje reglamentuojantys nacionaliniai teisės aktai yra tobulintini vadovaujantis suformuota Europos Teisingumo Teismo praktika.

Šis magistro baigiamasis darbas struktūriškai susideda iš įvado, trijų skyrių ir išvadų bei siūlymų. Pirmajame skyriuje pateikiama pacientų judėjimo samprata, jame bus bandoma atskleisti paciento sąvoką, pacientų judėjimo kaip laisvės teikti paslaugas ir laisvo asmenų judėjimo turinį, pacientų judėjimo priežastis, kliūtis, teisinį reglamentavimą.

Antrasis skyrius skirtas Europos Teisingumo Teismo jurisprudencijai pacientų judėjimo srityje. Šiame skyriuje bus apžvelgiama eilė aktualiausių pacientų judėjimui bylų, jų įtaka laisvam pacientų judėjimui.

Trečiasis skyrius skirtas ETT jurisprudencijos poveikiui Lietuvos teisei. Šiame skyriuje bus analizuojama ETT sprendimų įtaka Lietuvos teisės aktams, reglamentuojantiems laisvą pacientų judėjimą.

Šis baigiamasis darbas buvo rašomas kompleksiskai taikant įvairius mokslinio tyrimo metodus: loginį, lingvistinį, sisteminę analizę, dokumentų, mokslinės metodinės literatūros analizę. Loginiu mokslinio tyrimo metodu buvo vadovujamasi pagrindžiant daromas išvadas. Lingvistinis mokslinio tyrimo metodas buvo taikomas siekiant išsiaiškinti nagrinėjamų teisės

aktų normų turinį. Sisteminės analizės mokslinio tyrimo metodas buvo naudojamas paciento sąvokos, pacientų judėjimo priežasčių, kliūčių, teisinio reglamentavimo, ETT jurisprudencijos poveikio Lietuvos teisei visumos santykiams ir ryšiams nagrinėti. Dokumentų, mokslinės metodinės literatūrinės analizės metodas naudotas analizuojant ir vertinant darbe panaudotų dokumentų ir mokslinės literatūros turinį laisvo pacientų judėjimo ETT jurisprudencijoje aspektu. Rašant šį baigiamąjį darbą buvo naudojama visa eilė ES teisės aktų, ETT sprendimų, nacionalinių įstatymų bei poįstatyminių teisės aktų, straipsniai moksliniuose periodiniuose žurnaluose, knygos, Amerikos nacionalinės medicinos bibliotekos duomenų bazė Pubmed Medline bei kiti internetiniai tinklalapiai.

Darbe panaudotos šios pagrindinės **probleminės sąvokos**:

Sveikatos turizmas – reiškinys, kuomet piliečiai dėl vairių priežasčių keliauja į kitą Europos šalį, kad galėtų ten gauti gydymą ar kitas medicinos paslaugas.

„Normalus“ gydymas – tai gydymo metodai ir būdai, kurie gali būti taikomi bet kurioje šalyje ir yra paremti tarptautiniais medicinos mokslo kriterijais bei įrodymais pagrįsta medicina (angl.: „evidence based medicine“).

Išankstinis leidimas – valdžios įstaigų išduotas leidimas medicinos paslaugoms gauti kitoje valstybėje.

„Eksportuojanti“ valstybė – šalis ES narė, kurios piliečiai ar kurioje nuolat gyvenantys arba dirbantys asmenys vyksta gydytis į kitą šalį ES narę.

Priimančioji valstybė – šalis ES narė, kurios gydymo įstaigoje gydomas kitos šalies ES narės pilietis arba joje nuolat gyvenantis ar dirbantis asmuo.

Medicininis aspektu pagrįstas laukimo laikotarpis („priimtinas laukimo terminas“) – laikotarpis, per kurį pacientui turėtų būti suteikta medicininė paslauga.

Nereikalingas atidėliojimas– kuomet valdžios įstaigos nepagrįstai ilgai neišduoda leidimo gauti medicinos paslaugas kitoje ES valstybėje.

Stacionarinis gydymas – medicinos paslaugos, kurias būtina teikti ligoninėje.

Pagrindinis ambulatorinis gydymas – kreipimąsi tiesiogiai sąlygojusios ligos gydymas ambulatorijos sąlygomis.

Kompensuojamasis medicinos paslaugų spektras – medicinos paslaugos, su kuriomis susijusios išlaidos yra kompensuojamos savoje šalyje ir/ar kitose ES šalyse.

Papildomas kompensavimas – išlaidų skirtumo padengimas, kuomet savoje šalyje už tokią pačią medicinos paslaugą kompensuojama daugiau nei šalyje, kurioje piliečiui buvo suteikta medicinos paslauga.

1. PACIENTŲ JUDĖJIMO SAMPRATA

1.1 Paciento sąvoka

Literatūroje yra pateikiami įvairūs paciento apibrėžimai.

Pasak Z. Liubarskienės (2005), *tradiciškai „paciento“ sąvoka reiškia kentėjimą. Pacientas yra tas, kuris kenčia. Ir tai tiesa. Tačiau yra daug gilesnė fundamentalesnė šios sąvokos prasmė: pacientas yra tas, kuris dar neprarado savo būties siekimo ir pagalbos siekimo – tam tikslui, kad išsaugotų savo gyvenimą, o ne vien išvengtų kančių. Tad gerbdami paciento individualybę, medicinos darbuotojai privalo prižiūrėti, kad būtų nepažeista pagrindinė jo teisė – tikėtis savo individualybės orumo gerbimo, o tai reiškia:*

1. Rinktis gydymą, gydytoją arba jų atsisakyti;
2. Būti informuotam apie ligą ir gydymąsi (slaugą). Tai padėtų priimti sprendimus esminiais savo būties klausimais;
3. Gauti tokį gydymą ir tokią priežiūrą, kuri optimaliai atitinka sveikatos būklę ir interesus;
4. Tikėtis gydymo ir slaugos konfidencialumo;
5. Sutikti arba nesutikti dalyvauti studentų mokymo procese;
6. Priimti arba atsisakyti paslaugų, susijusių su tikėjimu;
7. Oriai numirti (p. 43).

Tarptautinių žodžių žodyne pacientas apibrėžiamas, kaip „sergantis asmuo, kuris kreipiasi į gydytoją; gydytojo gydomas ligonis” (Vaitkevičiūtė, 2000). Dabartinės lietuvių kalbos žodyne pacientas apibrėžiamas, kaip „gydytojo gydomas ligonis” (Kleinyns ir kt., 1993).

Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 2 straipsnio 1 punkte yra pateikiamas paciento apibrėžimas: pacientas – asmuo, kuris naudojasi sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis, nepaisant to, ar jis sveikas, ar ligonis, ir gaudamas šias paslaugas turi įstatymų nustatytas teises bei pareigas [1].

2008 m. liepos 2 d. Europos Komisijos pasiūlytos Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos „Dėl pacientų teisių į sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse įgyvendinimo“ projekto 4 straipsnio f punkte pacientas apibrėžiamas kaip fizinis asmuo, kuris gauna arba nori gauti sveikatos priežiūros paslaugų valstybėje narėje [18]. Tokie fiziniai asmenys pagal savo socialinį statusą gali būti skirstomi į pensiją gaunančius asmenis ir jų šeimos narius, asmenis, dar nedirbančius, tačiau ieškančius darbo kitoje šalyje narėje, dirbančius pagal profesiją asmenis, pasienio darbuotojus (jų šeimos nariams gali reikėti išankstinio leidimo, jeigu nėra susitarimo tarp šalių), studentus, besimokančius profesijos ir jų šeimų narius.

Apibendrinant šiame poskyryje pateiktas paciento sąvokas, pagrindiniais pacientą apibūdinančiais požymiais šiame magistro baigiamajame darbe laikysime:

1. Fizinis asmuo;
2. Sveikas ar sergantis;
3. Kuris gauna arba nori gauti sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje, ES, EEE valstybėse narėse ar Šveicarijoje.

1.2 Pacientų judėjimas kaip laisvės teikti paslaugas ir laisvo asmenų judėjimo turinys

Pagal EB sutarties 14 straipsnio 2 dalį vidaus rinka yra suprantama kaip vidaus sienų neturinti erdvė, kurioje pagal šios Sutarties nuostatas užtikrinamas laisvas prekių, asmenų, paslaugų ir kapitalo judėjimas. Europos Sąjungos sutarties, pakeistos 2007 m. gruodžio 13 d. pasirašyta Lisabonos sutartimi, iš dalies keičiančia Europos Sąjungos sutartį ir Europos Bendrijos steigimo sutartį, 3 straipsnio 3 dalyje numatyta, kad Sąjunga sukuria vidaus rinką (Žaltauskaitė-Žalimienė, 2002). Šiandien įsisteigimo laisvę reglamentuoja 2006 m. gruodžio 12 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2006/123/EB dėl paslaugų vidaus rinkoje, kuri siekia pašalinti kliūtis įsisteigimo laisvei ir paslaugų teikimo laisvei tarp valstybių narių bei užtikrinti paslaugų gavėjams ir teikėjams būtina teisinį tikrumą, kad jie galėtų praktiškai naudotis šiomis dviem EB steigimo sutartyje įtvirtintomis pagrindinėmis laisvėmis [14]. Šią direktyvą valstybės narės turi perkelti ne vėliau kaip iki 2009 m. gruodžio 28 d. Įsisteigimo laisvė – viena iš keturių pagrindinių vidaus rinkos laisvių. Vidaus rinkos sukūrimas – tai viena iš svarbiausių priemonių EB steigimo sutarties tikslams pasiekti. Ši nuostata nepasikeitė nei įsigaliojus Maastrichto arba Amsterdamo sutartims, nei praėjus tam tikram laikotarpiui po šių sutarčių įsigaliojimo (1992 m. gruodžio 31 d. turėjo būti sukurta vidaus rinka). Šios nuostatos nepakeitė ir 2001 m. vasario 26 d. pasirašyta Nicos sutartis. Į 2006 m. gruodžio 12 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyvą 2006/123/EB dėl paslaugų vidaus rinkoje sveikatos priežiūros ir farmacijos paslaugos nebuvo įtrauktos dėl ypatingų savo savybių. Savo esme šios paslaugos iš tiesų negali būti vertinamos kaip įprastinės rinkos paslaugos, kadangi reikia ypatingų apsaugos priemonių siekiant užtikrinti, kad kiekvienas turėtų galimybę naudotis aukštos kokybės sveikatos apsauga ir kadangi šiuo klausimu būtina priimti politinius sprendimus Europos, nacionaliniu ir regioniniu lygmenimis. Vadovaujantis Sutartimis ir subsidiarumo principu, šios paslaugos priklauso valstybių narių kompetencijai, todėl ES veikla, kuria siekiama reguliuoti ir padaryti saugesnes įvairias pacientų ir sveikatos priežiūros specialistų nuolat augančio mobilumo formas, turi būti vykdoma laikantis Europos lygmeniu pripažintų vertybių ir principų: universalumo, saugumo, kokybės, solidarumo, vienodų galimybių visiems visoje Bendrijos teritorijoje. Siekiant geru teritoriniu paskirstymu

išsaugoti socialinę ir teritorinę sanglaudą bei užtikrinti vienodas galimybes gauti kokybišką gydymą visoje Europoje, kaip tai numatyta Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijos 35 straipsnyje, būtinas reguliavimas Europos lygmeniu ir geresnis valstybių bendradarbiavimas. Tikslu užtikrinti laisvę teikti paslaugas ir laisvą sveikatos priežiūros specialistų judėjimą, buvo priimta 2005 m. rugsėjo 7 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2005/36/EB dėl profesinių kvalifikacijų pripažinimo, kuri nepašalina visų ES lygmeniu esamų reglamentavimo spragų, susijusių su laisvu sveikatos priežiūros specialistų judėjimu, ypač atsižvelgiant į nuolatinį mokymąsi [15].

Bendrijos normos, skirtos laisvam asmenų judėjimui, pranoksta savo pradinį kontekstą. Iš pradžių laisvas asmenų judėjimas buvo laikomas būtinu elementu siekiant sukurti bendrąją rinką, o dabar vis labiau linkstama šią laisvę laikyti pagrindine laisve, suteikiama visiems ES piliečiams. Sutarties normos, skirtos laisvam asmenų judėjimui, iš esmės sukonkretina 6 straipsnį, kuris sako: „Šios sutarties taikymo srityse ir nepažeidžiant jokių joje numatytų specialių nuostatų bet kokia diskriminacija dėl nacionalinės priklausomybės yra draudžiama.“ Šis principas taikomas laisvam darbuotojų judėjimui bei steigimosi laisvei, ir pamažu ETT teismine praktika, pagrįsta šiomis nuostatomis, išplėtojo Europos pilietybės sąvoką, kurią vėliau patvirtino ES sutartis. Pagrindinės normos, skirtos laisvam darbuotojų judėjimui, yra įtvirtintos Sutarties 48-51 straipsniuose. Jos ne tik įtvirtina laisvo judėjimo principą, bet ir nustato įvairias teises, susijusias su šiuo principu, – vienodą įsidarbinimo tvarką, vienodas teises judėti ir pasilikti bet kurioje Bendrijos dalyje, – atsižvelgiant į galimybę taikyti viešosios tvarkos išimtį. 49 straipsnis reikalauja, kad Bendrijos institucijos priimtų konstruktyvius teisės aktus, leidžiančius tikrai įgyvendinti laisvą darbuotojų judėjimą. Sutarties 51 straipsnis įtvirtina nuostatą dėl galimybės pervesti socialinės apsaugos išmokas (Cairns, 1999, p. 209).

„Iš EB sutarties 52 straipsnio 2 dalies galima daryti išvadą, jog steigimosi laisvė reiškia laisvę nuolat apsigyventi kitoje Bendrijos valstybėje, jei norima pradėti profesinę veiklą, išskyrus tą, kuri yra vykdoma kaip mokamas darbas, arba veikiant kaip savarankiškai dirbančiam asmeniui, arba įsteigiant įmonę ar bendrovę. Teisės teikti paslaugas atžvilgiu Sutarties 60 straipsnis pateikia išsamų ir pakankamą apibrėžimą. Sąvoka „paslaugos“ apima: a) pramoninio pobūdžio veiklą; b) komercinę veiklą; c) amatininkų veiklą; d) laisvųjų profesijų veiklą (60 straipsnio antra pastraipa). Trečia pastraipa nustato, kad asmuo, teikiantis tokias paslaugas, „gali tuo tikslu laikinai verstis savo veikla valstybės, kur ši paslauga teikiama, teritorijoje, veikdamas tokiomis pat sąlygomis, kurias ši valstybė taiko savo nacionaliniams subjektams“. Teismas išplėtė paslaugų teikėjų teises ir paslaugų gavėjams tuo požiūriu, kad jis pripažino ne tik teikėjo teisę ateiti pas vartotoją, bet ir vartotojo teisę Bendrijoje kirsti sienas, kad gautų paslaugą iš jos teikėjo. Tai buvo nustatyta Luisi ir Carbone byloje“ (Cairns, 1999, p. 225).

Nepaisant to, kad sveikatos priežiūros sistemos nepriklauso Bendrijos kompetencijai, su sveikatos priežiūros sistemomis susiję klausimai, tokie kaip prieiga prie vaistų ir gydymo, informacijos apie pacientus, sveikatos priežiūros specialistų judėjimas, yra tarpvalstybinio pobūdžio, todėl šiuos klausimus turėtų spręsti Europos Sąjunga.

Apibendrinant, laisvas pacientų judėjimas ES gali būti laikomas sudėtine laisvės teikti paslaugas ir laisvo asmenų judėjimo dalimi.

1.3 Pacientų judėjimo priežastys

Per pastaruosius 10 metų padėtis pasikeitė iš esmės. Gerokai išaugo ES gyventojų mobilumas – padidėjo poreikis dėl įvairių priežasčių vykti į kitas ES šalis. Vis daugiau pensinio amžiaus žmonių iš Šiaurės Europos šalių nusprendžia likusius savo gyvenimo metus praleisti šiltose Pietų Europos šalyse. Nemaža dalis šių žmonių pageidauja gauti sveikatos paslaugas savo „kompetentingoje“ šalyje, todėl gyvenamoji valstybė privalo suteikti tam leidimą (Hervey, 2004). Daugelis jaunosios kartos žmonių, kitaip nei jų tėvai, leidžiasi į pažintines keliones. Išaugusios civilinės aviacijos galimybės nemažam gyventojų skaičiui sudaro galimybę dirbti vienoje šalyje, o gyventi – kitoje. Jaunosios kartos atstovai įpratę kirsti sieną, pirkti prekes bei naudotis sveikatos paslaugomis. Pacientų mobilumo ir šio mobilumo priežasčių įvairovė yra didžiulė: nacionalinės sveikatos apsaugos sistemos į užsienį siunčiami pacientai ir savo noru užsienyje medicininio gydymo ieškantys pacientai, susirgę turistai, darbuotojai migrantai, studentai ir visi asmenys, gyvenantys Europos Sąjungos šalyje, kuri nėra jų kilmės šalis, arba pasienio regionuose gyvenantys asmenys. Viena iš pacientų judėjimo ES priežasčių yra siekis gydyti retas ar pavienes ligas arba ligas, kurių gydymui reikia retų ir brangiai kainuojančių technologijų, arba siekis pasinaudoti tokiomis sveikatos priežiūros paslaugomis, kurių gyvenamosios vietos valstybė narė negali jiems pasiūlyti. Kitos priežastys – ilgesnės eilės savo šalyje, ta pati kalba, mažesnė kaina, šeimos gydytojo ar gydytojo specialisto rekomendacija, geresnis gydymas, didesnis pacientui skiriamas dėmesys. ETT bylų precedentai sąlygojo keletą priežasčių, dėl kurių pacientai vyksta gydytis į kitą šalį narę: dėl gydymo naujumo, kuomet toks gydymas savoje šalyje nėra teikiamas (Geraets-Smits and Peerbooms ir Inizan bylos, žr. 2.1 poskyrį), kuomet paslauga kitoje šalyje gali būti suteikta greičiau (Kohll ir Van Riet bylos, žr. 2.1 poskyrį), pigiau (Vanbraekel byla, žr. 2.1 poskyrį), kuomet pacientas mano, kad ten paslauga yra aukštesnės kokybės (Herrera byla, žr. 2.2.5 skyrelį).

Europos Sąjungoje priskaičiuojama virš 60 pasienio teritorijų, kuriose vyksta tarptautinis bendradarbiavimas, taip vadinamųjų Euregio. Šiuose regionuose stebimas labiau išreikštas pacientų mobilumas. Tradiciškai didžiausias pacientų mobilumas stebimas Belgijoje,

Prancūzijoje, Italijoje, Nyderlanduose ir Liuksemburge. Pagrindinėmis priežastimis, kodėl pacientai, gyvenantys šiuose regionuose, renkasi gydymą kaimyninėje valstybėje, laikomos šios: nedidelis atstumas ir geras informuotumas, prieinamumas, žemesnė kaina, geresnė paslaugų kokybė, teisinis reguliavimas, susijęs su bioetika, kuomet yra skirtingos valstybių narių nuostatos dėl eutanazijos, dėl ko atsirado taip vadinamas „mirties turizmas“, aborto, dirbtinio apvaisinimo („reprodukcinis“) turizmas (Dyer, 2003; Glinos, 2006). Tai liečia ir Lietuvą. Seime yra parengtas įstatymo „Dėl Lietuvos Respublikos gyvybės prenatalinėje fazėje apsaugos“ projektas (XP-432(3)), kuriuo planuojama uždrausti nėštumo nutraukimą [11]. Mūsų nuomone, tai gali sąlygoti Lietuvos pacientų, siekiančių gauti medicinos paslaugas užsienyje, srautą. Reprodukcinis turizmas iškelia tokius klausimus, kaip: 1) kokių mastu ES teisė paliečia asmenų teisę gauti etiniu požiūriu kontraversišką gydymą kitoje valstybėje narėje; 2) ar ES teisė paveikia individo teisės gauti tokias paslaugas įgyvendinimą (Hervey, 2004, p. 386). Belgijoje atliktas tyrimas rodo, kad pacientai iš Nyderlandų ir Didžiosios Britanijos, gyvenantys toliau nuo pasienio zonų, yra linkę gydytis savoje šalyje. Tai leidžia abejoti, ar visuomet tai yra pacientų pasirinkimas, ar galbūt pacientai yra tik įrankiai procese, kuris naudingas kitiems jo dalyviams, tai yra sveikatos paslaugų pirkėjams, siekiantiems apeiti jų trūkumą savoje šalyje bei paveikti nacionalinius paslaugų teikėjus arba sveikatos paslaugų teikėjams, siekiantiems gydyti daugiau pacientų (Rosenmöller, 2006). Pacientai, siekiantys sveikatos paslaugų kitoje šalyje narėje gali būti remiami: pirma, sveikatos paslaugų teikėjų, kurie geriau žino šią rinką ir siekia joje įtvirtinti savo pozicijas; antra, sveikatos draudimo įstaigų, siekiančių savo klientams garantuoti geriausias paslaugas už palankiausią kainą; trečia, politikos ir masinės informacijos priemonių, siekiančių skatinti šalis, kuriose sveikatos paslaugų kokybė yra prastesnė, tam skirti daugiau lėšų (Mossialos, 2002). Europos sąjungoje gydymuisi kitoje valstybėje narėje vidutiniškai išleidžiama 0,1-0,2 % sveikatos apsaugai skiriamo biudžeto. Įvairių šalių vyriausybės labai skirtingai apmoka tokį gydymą, pavyzdžiui, Švedija, Prancūzija labai retai suteikia leidimą gydytis kitoje valstybėje narėje, tuo tarpu Belgija, Liuksemburgas tokius leidimus suteikia santykinai dažnai (Hervey, 2004; Mossialos, 2002).

Apibendrinant, pacientų mobilumą ES skatina išaugęs ES gyventojų mobilumas, pasienio teritorijų integracija, išaugusi medicinos paslaugų kokybė kai kuriose valstybėse, didėjančios gydymo laukiančių pacientų eilės, skirtingos ES šalių narių nuostatos dėl kai kurių medicinos paslaugų, sveikatos paslaugų teikėjų, sveikatos draudimo įstaigų, politikos ir masinės informacijos priemonių įtaka.

1.4 Laisvo pacientų judėjimo kliūtys

Pacientai turi būti traktuojami vienodai su valstybės narės, kurioje teikiama sveikatos priežiūros paslauga, gyventojais, įskaitant apsaugą nuo diskriminavimo, numatytą Bendrijos teisės aktais ir valstybės narės, kurioje teikiama sveikatos priežiūros paslauga, teisės aktais. Pagal bendruosius teisingumo ir nediskriminavimo principus, nurodytus ES pagrindinių teisių chartijos 21 straipsnyje pacientai neturi būti diskriminuojami dėl jų lyties, rasės, odos spalvos, etninės ar socialinės kilmės, genetinių ypatumų, kalbos, religijos ar tikėjimo, politinės ar bet kurios kitos nuomonės, priklausymo nacionalinei mažumai, nuosavybės, gimimo vietos, negalios, amžiaus ar seksualinės orientacijos [20]. Sveikatos požiūriu, būtina gydyti pacientus laikantis teisingumo principo siekiant užtikrinti, kad pacientams iš kitų valstybių narių teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų poveikis sveikatos sistemų aspektams, pvz., laukimo trukmei, būtų priimtinas ir suvaldomas. Lietuvos Respublikos Konstitucijos 29 straipsnis taip pat įtvirtina bendrąjį asmenų lygybės principą. Šio straipsnio pirmoje dalyje skelbiama, kad įstatymui, teismui ir kitoms valstybės institucijoms ar pareigūnams visi asmenys lygūs. Antrojeje minėto straipsnio dalyje nurodoma, kad žmogaus teisių negalima varžyti ir teikti jam privilegijų dėl jo lyties, rasės, tautybės, kalbos, kilmės, socialinės padėties, tikėjimo, įsitikinimų ar pažiūrų pagrindu. Šis konstitucinis asmenų nediskriminavimo principas taikomas ir pacientų atžvilgiu. Lyginant minėtą Lietuvos Respublikos Konstitucijos straipsnį su Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijos 21 straipsniu, matyti, kad Konstitucijoje numatytas siauresnis nediskriminavimo pagrindų sąrašas. Tačiau turint galvoje Europos Sąjungos teisės tiesioginį taikymą Lietuvos Respublikos teritorijoje, šis trūkumas nėra esminis.

Kaip nurodoma 2008 m. liepos 2 d. Europos Komisijos siūlomos Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos „Dėl pacientų teisių į sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse įgyvendinimo“ 15 punkte, moksliniai tyrimai rodo, kad žalos dėl sveikatos priežiūros paslaugų patiriama 10% atvejų. Todėl svarbu užtikrinti aiškių bendrų įsipareigojimų laikymąsi atlyginant patirtą žalą dėl sveikatos priežiūros paslaugų, norint išvengti pasitikėjimo šiomis priemonėmis stokos, kuri taptų kliūtimi sveikatos priežiūros paslaugų teikimui kitose valstybėse narėse. Žalos atlyginimas ir kompensavimas šalies, kurioje suteiktos gydymo paslaugos, sistemoje turėtų nepažeisti valstybių narių galimybių taikyti jų vidaus kompensavimo sistemas ir savo pacientams, kurie nori gauti sveikatos priežiūros paslaugas užsienyje, jeigu tai pacientui labiau tinka, visų pirma tais atvejais, kai pacientui būtina gauti sveikatos priežiūros paslaugų kitoje valstybėje narėje.

Sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse tęstinumas priklauso nuo su paciento sveikata susijusių asmens duomenų perdavimo. Tokie asmens duomenys turėtų nekliudomai keliauti tarp valstybių narių, tačiau tuo pačiu metu turėtų būti saugoma Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijos 8 straipsnyje numatyta teisė į asmens duomenų apsaugą. 1995 m. spalio 24 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyvoje 95/46/EB dėl asmens duomenų apsaugos apdorojant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo nustatyta asmenų teisė gauti su jų sveikata susijusius asmens duomenis, pavyzdžiui iš paciento medicininių dokumentų, kuriuose yra informacija apie diagnozę, tyrimo rezultatus, taikomą gydymą [17]. Šios nuostatos taikomos ir šioje direktyvoje reglamentuojamoms kitose valstybėse narėse teikiamoms sveikatos priežiūros paslaugoms.

Pacientai susiduria su sunkumais norėdami gauti aiškia ir tikslią informaciją apie sveikatos priežiūrą, ypač apie tarpvalstybinę sveikatos priežiūrą, bei būtinų atlikti procedūrų sudėtingumą. Šie ne vien dėl kalbos barjerų kylantys sunkumai gali padidinti pavojų pacientų saugumui. ES turėtų vaidinti svarbų vaidmenį siekiant pagerinti pacientų prieigą prie informacijos apie galimybes gauti tarpvalstybinę sveikatos priežiūrą. Veiksmingas ir skaidrus dalijimasis ir keitimasis sveikatos priežiūros informacija yra esminis reikalavimas siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros darną ir išlaikyti aukštą jos kokybę, kai sveikatos priežiūros paslaugomis naudojamasi skirtingose valstybėse narėse. Siekiant pacientų saugumo, nacionalinės valdžios institucijos turėtų keistis informacija apie tarpvalstybinę veiklą vykdančių sveikatos priežiūros teikėjų registraciją ir jiems taikomas drausmines priemones. Taip pat į Europos sveikatos draudimo kortelės sistemą turėtų būti įtraukta tarptautinio pasikeitimo su paciento draudimine padėtimi susijusiais duomenimis sistema. Valstybės narės turėtų užtikrinti, kad sveikatos paslaugų teikėjai iškabintų aiškiai matomą simbolį, rodantį, kad pacientų Europos sveikatos draudimo kortelė gali būti priimama. Šiuo metu informacija apie kitose valstybėse narėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų aspektus (pvz.: procedūras, kurių reikia laikytis, išlaidų kompensavimo tvarką) pacientams teikiama gana retai, pacientams sunku išsiaiškinti, kokių jie turi teisių gauti sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse. Daugelio valstybių narių pacientai nežino apie savo galimybes ir teises gauti gydymo paslaugų užsienyje ir šio gydymo išlaidų kompensaciją. Health Consumer Powerhouse Prancūzijoje, Lenkijoje, Jungtinėje Karalystėje, Ispanijoje ir Vokietijoje atliktas tyrimas parodė, kad 25% piliečių mano, jog jie neturi teisės gauti gydymo paslaugų užsienyje, 30% asmenų to tiksliai nežino [44].

Dažnai aprūpinimas vaistais bus kitose valstybėse narėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų dalis ir gali būti tebesitęsiančio paciento gydymo plano, kurio pacientas turi laikytis net ir išvykęs į kitą valstybę narę, dalis. Vis dėlto, kitose valstybėse narėse išduoti receptai pripažįstami ne visose valstybėse narėse, dėl to kyla praktinių kliūčių sveikatos priežiūros

paslaugoms teikti pacientams iš kitų valstybių narių. Visi vaistai, kuriems Bendrijoje suteikiama licencija, turi atitikti darniuosius kokybės, saugos ir veiksmingumo standartus, todėl iš esmės turėtų būti įmanoma vienoje valstybėje narėje įgalioto asmens išrašytu konkrečiam pacientui skirtu receptu pasinaudoti kitoje valstybėje narėje, jeigu recepto autentiškumas ir turinys yra aiškūs. Siekiant užtikrinti aukštą sveikatos apsaugos lygį ir palengvinti laisvą sveikatos paslaugų judėjimą, reikėtų nustatyti specialias priemones, skirtas patikrinti recepto autentiškumą ir jį išdavusį įgaliotą asmenį, užtikrinti, kad pacientas suprastų informaciją apie farmacinį produktą ir (atsižvelgiant į skirtingus pavadinimus įvairiose šalyse) nustatyti atitinkamą vaistą.

Galiojančių privačios tarptautinės teisės taisyklių dėl jurisdikcijos ir taikytinų teisės aktų derinys kartu su įvairiomis Bendrijos priemonėmis lemia sudėtingą teisinės atsakomybės sistemų tinklą, kuris neskatina galimybės kreiptis į teismą palengvinimo ir tai kelia ypatingą susirūpinimą atsižvelgiant į sveikatos paslaugas, kurių pobūdis yra ir asmeninis, ir individualus. Esant tokiam teisiniam reguliavimui, pacientas, siekiantis žalos atlyginimo, tampa pažeidžiamas, nes turi vienas teistis su institucija. Todėl siekiant užtikrinti pacientų ir specialistų teisinį saugumą, turėtų būti aiškiai apibrėžiama atsakomybė už žalą, kuri gali būti padaryta teikiant sveikatos paslaugas. Taip pat būtina nustatyti visiems sveikatos priežiūros specialistams pareigą turėti privalomąjį civilinės atsakomybės draudimą, kuris turi būti teikiamas už prieinamą kainą.

Dar viena problema – dideli medicinos paslaugų kaštų skirtumai atskirose valstybėse. Daugelyje valstybių narių (Belgija, Danija, Prancūzija, Vokietija) medicinos paslaugos labai brangios. Tuo tarpu Lietuvoje, Estijoje, Lenkijoje ir kitose Vidurio Rytų Europos šalyse jos yra gerokai pigesnės. Remiantis EEB reglamentu 1408/71 bet kuris Lietuvos pilietis ar jo šeimos narys, apdraustas sveikatos draudimu pagal Lietuvos įstatymus, laikinai būdamas bet kurioje ES valstybėje, turi teisę gauti neatidėliotiną medicinos pagalbą. Tokia pagalba bus teikiama pagal tos valstybės, kurioje asmuo susirgo, teisės aktus ir kainas. Jeigu apdraustųjų sveikatos draudimu susirgimų skaičius užsienyje bus didelis, gali atsitikti taip, kad Lietuvos ligonių kasos turės sumokėti didžiules sumas už užsienyje suteiktas medicinos paslaugas. Be to, jeigu Lietuvos pensininkas gyvens bet kurioje ES valstybėje narėje, už jo sveikatos draudimą bus atsakingos Lietuvos ligonių kasos. Lietuvos studentams, išvykus stažuotei į bet kurią ES valstybę, už ten suteiktas neatidėliotinas medicinos paslaugas taip pat turės apmokėti Lietuvos ligonių kasos. Tokia nuostata taip pat turės būti taikoma Lietuvos bedarbiams, kurie ieškos darbo ES valstybėse. Be to, Lietuvoje apdraustiems užsieniečiams (ES valstybių narių piliečiams) taip pat reikės apmokėti už suteiktą neatidėliotiną medicinos pagalbą užsienyje. Vadinas, dėl brangių medicinos paslaugų Lietuvai gali tekti didžiulė finansinė našta, kuri gali būti sunkiai pakeliama. Vienintelė išeitis, kuri numatyta ir minėtame reglamente, sudaryti su atskiromis valstybėmis dvišales sutartis, kuriomis remiantis kiekviena valstybė, suteikusi medicinos paslaugas, už jas ir

apmokėtų. Tai reikštų, kad nebūtų taikomas tarpusavio atsiskaitymo principas (Junevičius, 2005).

Laikoma, kad egzistuoja rizika, kad pacientams iš kitos šalies gydymo įstaiga gali taikyti aukštesnę gydymo kainą (Rosenmöller, 2006). Lietuvoje iki šiol nėra įdiegta privataus sveikatos draudimo sistema, todėl, esant ribotam finansavimui iš valstybinio draudimo sistemos lėšų, valdžios institucijos gali riboti leidimų išdavimą pacientams, pageidaujantiems gydytis užsienyje. Atvirkščiai, neribojant kompensavimo, gali išsivystyti “ydingas ratas”, kuomet bus kompensuojamos kokybiškesnio gydymo užsienyje išlaidos, ir tai dar labiau didins lėšų stygių savoms gydymo įstaigoms finansuoti.

Bet kokios nacionalinės administracinės procedūros ir sprendimai, kurių reikia laikytis, kad būtų suteikta galimybė gauti sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse, trukdo laisvam paslaugų judėjimui, jeigu jie nėra objektyviai pagrįsti, būtini ir proporcingi. Tai dar akivaizdžiau matyti sveikatos priežiūros srityje, kurioje smarkiai skiriasi valstybių narių, o dažnai net ir tos pačios valstybės narės regionų administracinė praktika. Todėl valstybės narės turėtų užtikrinti, kad taikant nacionalines administracines procedūras dėl naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis kitose valstybėse narėse pacientams būtų suteiktos objektyvumo, nediskriminavimo ir skaidrumo garantijos, kurios užtikrintų, kad nacionalinių valdžios institucijų sprendimai būtų priimti laiku ir tinkamai atsižvelgiant į šiuos bendruosius principus ir kiekvieno atskiro atvejo aplinkybes. Šios garantijos turėtų būti suteikiamos taikant procedūras, susijusias su finansiniais klausimais, pvz., kompensavimu (įskaitant kitose valstybėse narėse suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimą pacientui sugrįžus), o taip pat ir medicininės procedūras, pvz., siuntimo atveju arba siekiant gauti antrinę konsultaciją.

Dar viena kliūtis, ribojanti laisvą pacientų judėjimą, – nacionalinių gydymo įstaigų nenoras bendradarbiauti dėl išvelgiamos konkurencijos, nenoras tęsti grįžusio paciento gydymą. Aukštų valdžios asmenų suvokimas, kad savo pacientų išsiuntimas svetur reiškia gėdą valstybei. Pavyzdžiui, Belgijoje, kur 2003-2004 m. vadovaujantis tarpvyriausybinio susitarimu buvo gydomi pacientai iš Didžiosios Britanijos, šis procesas truko neilgai ir nutrūko, kadangi nugalėjo Didžiosios Britanijos paslaugų teikėjų nenoras bendradarbiauti ir baigėsi politinė ir finansinė parama (Rosenmöller, 2006).

Apibendrinant, teigtina, kad laisvas pacientų judėjimas yra trikdomas daugelio įvairių kliūčių, tokių kaip asmenų diskriminacija, sveikatos priežiūros teikėjų sukeliama žala ir teisminė gynyba dėl jos, asmens duomenų apsaugos problema, informuotumo stoka, sudėtingos administracinės procedūros, finansavimo problemos, užsienio gydytojų išrašytų receptų nepripažinimas.

1.5 Pacientų judėjimo teisinis reglamentavimas

Europos Bendrijų (toliau – EB) Romos sutartis kaip steigiamasis aktas yra pirminis teisinio laisvo pacientų judėjimo ES reglamentavimo šaltinis. EB sutarties 39 straipsnis – darbuotojų judėjimo laisvė, šį straipsnį ETT laiko ES teisės „pagrindiniu principu“. 49 straipsnis – laisvė teikti ir gauti paslaugas. Pagal EB sutarties 43 straipsnį įsisteigimo laisvė apima „teisę imtis savarankiškai dirbančių asmenų veiklos bei ja verstis tomis pačiomis sąlygomis, kurios įsisteigimo šalies teisės aktuose yra nustatytos jos pačios subjektams“. Sutarties 49 ir 50 straipsniuose yra nustatytas vienoje valstybėje narėje įsisteigusio asmens laisvės ribotą laiką teikti paslaugas gavėjui, įsisteigusiam kitoje valstybėje narėje, principas (Barnard, 2005).

Šalia EB sutarties laisvą pacientų judėjimą reglamentuoja Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartija, kurios tikslas yra įtvirtinti bendras vertybes, kuriomis turi vadovautis Europos tautos, kuriant glaudžią tarpusavio sąjungą ir savo ateitį [20]. Chartijos 35 straipsnis yra skirtas sveikatos apsaugai. Šiame straipsnyje nustatyta, kad kiekvienas žmogus turi teisę naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis ir teisę gauti medicinos paslaugų išlaidų kompensavimą pagal nacionalinių teisės aktų reikalavimus ir praktiką. Aukštas žmonių sveikatos apsaugos lygis turi būti užtikrinamas nustatant visą Sąjungos politiką ir įgyvendinant visas Sąjungos veiklas.

Įgyvendinant laisvo darbuotojų judėjimo Europos Sąjungoje (ES) teisę valstybėms narėms tenka svarbus uždavinys – užtikrinti darbuotojų migrantų socialinę apsaugą. ES darbuotojų migrantų socialinės apsaugos klausimams reguliuoti yra specialus instrumentas – bendros visoms valstybėms socialinės apsaugos sistemų koordinavimo nuostatos. Šios nuostatos įtvirtintos dviejuose ES teisės aktuose: Tarybos reglamente (EEB) Nr. 1408/71 dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims, savarankiškai dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, judantiems Bendrijoje, ir Tarybos reglamente (EEB) Nr. 574/72, nustatančiame Reglamento (EEB) Nr. 1408/71 įgyvendinimo tvarką. Jis nustato pašalpų pinigais arba natūra apskaičiavimo ir mokėjimo tvarką, taip pat pašalpų dubliavimosi prevencijos tvarką [12].

Šie reglamentai nuo 2004 m. gegužės 1 d. pradėti taikyti ir Lietuvoje. Reglamentai, kaip specifinė ES teisės aktų rūšis, tiesiogiai taikomi visose valstybėse narėse ir yra viršesni už nacionalinius teisės aktus. Taigi nereikia priimti ar keisti nacionalinių teisės aktų, net jei jų nuostatos ir prieštarauja reglamentuose nustatytam reguliavimui. Priešingai, yra draudžiama perkelti reglamentų nuostatas į nacionalinę teisę, nes taip būtų pažeistas ES teisės viršenybės principas. Minėtais reglamentais nėra siekiama suvienodinti nacionalinių socialinės apsaugos sistemų. Kiekviena valstybė narė savarankiškai nustato savo socialinės apsaugos sistemos apimtį

ir ypatybes, pavyzdžiui, įmokų ir išmokų dydžius, minimalius darbo ar draudimo stažo reikalavimus, pensinį amžių ir kt. Reglamentai numato konkrečias taisykles, reguliuojančias tik tuos nacionalinių teisės aktų aspektus, kurie gali sukelti neigiamą poveikį asmenims, pasinaudojusiems laisvo darbuotojų judėjimo teise ir susidūrusiems su kelių valstybių narių socialinės apsaugos sistemų skirtumais. Dėl tų pačių nacionalinių teisės aktų skirtumų vartojant tam tikras socialinės apsaugos sąvokas būtų neįmanoma tinkamai įgyvendinti reglamentų nuostatų. Tarybos reglamentai 1408/71, 574/72 skirti užtikrinti, kad darbuotojai, ES teritorijoje persikeliantys iš vienos šalies į kitą ir užsiimantys darbine veikla, neatsidurtų blogesnėje padėtyje socialinės apsaugos požiūriu, negu gyvendami savo gimtojoje šalyje. Tai pasiekama įgyjant ir apsaugant teises į socialinės apsaugos gėrius, taip pat ir sveikatos priežiūrą. Tarybos reglamento (EEB) Nr. 1408/71 dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims, savarankiškai dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, judantiems Bendrijoje 81(a) straipsniu administracinius klausimus, kylančius įgyvendinant šį Reglamentą įpareigota spręsti Darbuotojų migrantų socialinės apsaugos administracinė komisija, ir Tarybos reglamento (EEB) Nr. 574/72, nustatančio Reglamento (EEB) Nr. 1408/71 įgyvendinimo tvarką, 2(1) straipsnyje Darbuotojų migrantų socialinės apsaugos administracinė komisijai buvo pavesta sudaryti dokumentų, būtinų reglamentų taikymui, pavyzdžius.

Europos Parlamento ir Tarybos 2006 m. gruodžio 12 d. direktyvos 2006/123/EB dėl paslaugų vidaus rinkoje išanginės dalies (22) punkte nustatyta: „Sveikatos priežiūros pašalinimas iš šios direktyvos taikymo srities turėtų apimti sveikatos priežiūros ir farmacines paslaugas, kurias pacientams teikia sveikatos apsaugos specialistai, kad įvertintų, išlaikytų arba atstatytų jų sveikatos būklę, jei valstybėje narėje, kurioje teikiamos paslaugos, šia veikla gali verstis tik reglamentuojamos sveikatos priežiūros profesijos atstovai“ [14]. Direktyvos (23) punkte nustatyta: „Ši direktyva neturi įtakos apmokėjimui už sveikatos priežiūros paslaugas, teikiamas valstybėje narėje, kurioje sveikatos priežiūros paslaugų gavėjas negyvena. Šį klausimą daug kartų nagrinėjo Teisingumo Teismas, kuris pripažino pacientų teises. Šį klausimą svarbu spręsti kitame Bendrijos teisės akte, kad būtų užtikrintas teisinis tikrumas ir aiškumas, kiek šis klausimas nesprenžiamas 1971 m. birželio 14 d. Tarybos reglamente (EEB) Nr. 1408/71 dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, judantiems Bendrijoje [13]. Direktyvos 2006/123/EB 2 straipsnio 2 dalies f punkte nustatyta, kad ši direktyva netaikoma „sveikatos priežiūros paslaugoms, neatsižvelgiant į tai, ar paslaugos teikiamos naudojantis sveikatos priežiūros infrastruktūra, kaip jos organizuojamos ir finansuojamos nacionaliniu lygiu, arba į tai, ar jos yra valstybinės ar privačios“.

2008 m. liepos 2 d. Europos Komisija priėmė Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos „Dėl pacientų teisių į sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse įgyvendinimo“

pasiūlymą. Nors Teisingumo Teismas savo sprendimais patvirtino, kad pagal Europos Sąjungos sutartį atskiriems pacientams suteikiama teisė naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis kitose valstybėse narėse ir gauti šių paslaugų išlaidų kompensaciją savo šalyje, dar ne visai aišku, kaip bendrai taikyti tokią Teismo praktiką. Pasiūlymu Komisija siekia suteikti šiam klausimui aiškumo. Siūlomos direktyvos tikslas – sukurti aiškia bendrą sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kitose valstybėse narėse sistemą. Kaip nurodoma šio direktyvos pasiūlymo 8 punkte, minėta direktyva siekiama nustatyti bendrą saugių ir veiksmingų aukštos kokybės kitose valstybėse narėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų Bendrijoje sistemą ir užtikrinti pacientų judėjimą bei laisvę teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir aukšto lygio sveikatos apsaugą visiškai atsižvelgiant į valstybių narių atsakomybę už socialinės apsaugos išmokų, susijusių su sveikata, nustatymą ir už sveikatos paslaugų ir medicinos pagalbos organizavimą ir teikimą bei socialinės apsaugos išmokas, visų pirma ligos atveju. Todėl šio pasiūlymo tikslas visiškai atitinka EB Sutarties 95 ir 152 straipsnių reikalavimus. Komisijos pasiūlymo tikslas – užtikrinti, kad būtų ES mastu nustatyta aiški pacientams kitose valstybėse narėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų sistema, kad būtų sudaryta galimybė pacientams pasinaudoti savo teisėmis ir būtų užtikrinamas aukštas sveikatos apsaugos lygis šiais būdais:

- suteikiant pakankamai aiškumo apie teisę gauti kitose valstybėse narėse suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensaciją, kad šiomis teisėmis būtų galima naudotis praktikoje;
 - ir užtikrinant, kad būtini saugių ir efektyvių kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų reikalavimai būtų taikomi ir kitose valstybėse narėse teikiamoms priežiūros paslaugoms [18].
- Mūsų nuomone, tokios direktyvos priėmimas būtų sveikintinas, kadangi suvienodintų teismo praktikos pacientų judėjimo srityje taikymą.

Lietuvoje laisvas pacientų judėjimas iš esmės reglamentuojamas tik poįstatyminiais aktais: Sveikatos ir Socialinės apsaugos ministrų, Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus įsakymais. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 5 straipsnio 1 dalyje įtvirtinta paciento teisė pasirinkti gydytoją, slaugos specialistą ir sveikatos priežiūros įstaigą. 5 straipsnio 2 dalyje numatyta, kad ši teisė gali būti ribojama tik Lietuvos Respublikos įstatymuose nurodytais pagrindais ir teisės aktų nustatyta tvarka [1].

Tam, kad Lietuvos pilietis galėtų naudotis sveikatos paslaugomis kitoje ES valstybėje narėje, reikalinga atitinkama E formos pažyma ar Europos sveikatos draudimo kortelė. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. birželio 22 d. įsakymu Nr. V-510 „Dėl Europos sveikatos draudimo kortelės išdavimo Lietuvos Respublikoje privalomuoju sveikatos draudimu apdraustiesiems asmenims“ buvo įvesta Europos sveikatos draudimo kortelė [7]. Europos sveikatos draudimo kortelė buvo įvesta remiantis darbuotojų migrantų socialinės

apsaugos Administracinės Komisijos, veikiančios pagal Reglamento 1408/71 80 ir 81 straipsnius, pasiūlymais ir sprendimais. Kortelė suteikiama ES piliečiams, Šveicarijos piliečiams, EEE šalių piliečiams bei trečiųjų šalių piliečiams, kuriems įstatymų numatyta tvarka yra suteikta socialinė apsauga vienoje iš minėtų šalių. Europos sveikatos draudimo kortelės pradėtos platinti 2004 m. rugpjūčio 1 d. Europos sveikatos draudimo kortelės paskirtis – sudaryti lengvesnes sąlygas gauti sveikatos priežiūros paslaugas laikinai viešint kitoje valstybėje narėje ir pagreitinti šių paslaugų išlaidų kompensavimą. Laikinas pakeičiantysis sertifikatas yra lygiavertis kortelei ir yra išrašomas, kuomet sveikatos draudimo institucija negali laiku išduoti kortelės (pavyzdžiui, skubiai neplanuotai išvykstant), pametus ar pamiršus pasiimti kortelę, jis atsiunčiamas šalies, kurioje teikiamos medicinos paslaugos sveikatos draudimo institucijai [40]. Vadovaujantis ES teisės aktais, vienoje ES ar EEE šalyje narėje apdraustieji valstybiniu sveikatos draudimu asmenys, laikinai nuvykę į bet kurią kitą ES ar EEE šalį narę, turi teisę gauti *būtinuosios medicinos pagalbos* paslaugas, o šių paslaugų išlaidas kompensuoja valstybinis sveikatos draudimas. Ši tvarka galioja ir Šveicarijoje.

Būtinajai medicinos paslaugai užsienyje gauti naudojamos šios pagrindinės E formos pažymos: E104, E106, E121, E125 bei E126. E104 LT formos pažymos (dėl draudimo, darbo ar apsigyvenimo laikotarpių sumavimo ligos, motinystės, išmokos mirties ir netekto darbingumo (invalidumo) atvejais) išdavimo tvarką nustato Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro ir sveikatos apsaugos ministro 2007 m. birželio 4 d. įsakymas Nr. A1-152/V-443 „Dėl E 104 LT formos pažymos išdavimo Lietuvos Respublikoje apdraustiems socialiniu ir(ar) privalomuoju sveikatos draudimu asmenims tvarkos aprašo patvirtinimo“ [6]. E106 LT formos pažymos išdavimo tvarką nustato Lietuvos Respublikos Valstybinės ligonių kasos prie sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2008 m. sausio 23 d. įsakymas Nr. 1K-3 „Dėl E 106 formos pažymų tvarkymo aprašo patvirtinimo“ [8]. E 106 formos pažyma patvirtina dirbančių asmenų, gyvenančių nekompetentingoje ES šalyje, bei kartu su jais gyvenančių jų šeimos narių teisę gyvenamojoje ES šalyje narėje gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugas kompetentingos ES šalies, išdavusios E 106 formos pažymą, sąskaita. E 126 formos pažyma nustato apdraustojo išlaidų Europos Sąjungos šalyse narėse bei Norvegijoje, Islandijoje, Šveicarijoje ir Lichtenšteine suteiktoms būtiniosios medicinos pagalbos paslaugoms apmokėti kompensavimo tvarką. Ši tvarka reglamentuojama Lietuvos Respublikos Valstybinės ligonių kasos prie sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2006 m. balandžio 11 d. įsakymu Nr. 1K-57 „Dėl E 126 formos pažymų pildymo ir išdavimo bei apdraustųjų išlaidų kompensavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ [9]. Individuali faktinių išlaidų apskaitos pažyma (formos E 125 pažyma) pildoma Lietuvos ar kitos ES šalies narės kompetentingos įstaigos pagal pateiktas paslaugų teikėjo sąskaitas už suteiktą būtinąją medicinos pagalbą, šios pažymos kaupiamos kompetentingoje įstaigoje ir vieną ar du

kartus per metus siunčiamos „eksportuojančios“ šalies kompetentingai įstaigai, kuri ir apmoka būtinausias medicinos paslaugas.

Siekiant planinio gydymo užsienio valstybėje, reikalinga E 112 formos pažyma. Šios pažymos išdavimą reglamentuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. rugsėjo 6 d. įsakymas Nr. 478 „Dėl pacientų nukreipimo konsultuotis (išsitiirti) ir/ar gydytis užsienyje ir išlaidų apmokėjimo tvarkos patvirtinimo“. Sprendimą dėl konsultavimo (ištyrimo) ir(ar) gydymo užsienyje priima sveikatos apsaugos ministro įsakymu sudaryta komisija, vadovaujama viceministro. Gydantieji gydytojai nustatyta tvarka pacientus siunčia konsultuoti į universitetų ligonines, kurių specialistai, įvertinę šių pacientų sveikatos būklę, rengia dokumentus dėl jų konsultavimo (ištyrimo) ir(ar) gydymo užsienyje. Sveikatos priežiūros įstaigą užsienyje parenka ir konsultavimo (ištyrimo) ir(ar) gydymo laiką suderina Sveikatos apsaugos ministerijos specialistai konsultantai arba universiteto ligoninės atitinkamos klinikos vadovai. VLK, vadovaudamasi komisijos sprendimu, išduoda E 112 formos pažymą (teisės į šiuo metu mokamas ligos ar motinystės išmokas išsaugojimo pažymą), jei pacientas vyksta į ES, EEE ar Šveicarijos valstybinei sveikatos apsaugos sistemai priklausančią įstaigą [36]. 2004 m. balandžio 8 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-205 „Dėl Europos Sąjungos šalių narių piliečiams Lietuvoje suteiktų privalomojo sveikatos draudimo paslaugų išlaidų kompensavimo tvarkos patvirtinimo“ patvirtinta Europos Sąjungos šalių narių piliečiams Lietuvoje suteiktų privalomojo sveikatos draudimo paslaugų išlaidų kompensavimo tvarka skirta reglamentuoti privalomojo sveikatos draudimo paslaugų, suteiktų Europos Sąjungos šalių narių piliečiams, ir jiems išduodamų kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išlaidų kompensavimą [3]. Pagal minėtos tvarkos 9 punktą, valstybinė ligonių kasa pagal teritorinės ligonių kasos sąskaitų suvestines paraiškas du kartus per metus teikia ES šalių narių, kurių piliečiai gydėsi Lietuvoje, kompetentingoms institucijoms išlaidų už paslaugas bei vaistus ir medicininės pagalbos priemones kompensavimo paraiškas. Už Lietuvos pensininkus, išvykstančius gyventi į ES, EEE priklausančias šalis bei Šveicariją, VLK atsiskaito tų šalių apskaičiuotomis ir Audito valdybos bei Darbuotojų migrantų socialinės apsaugos administracinės komisijos patvirtintomis kainomis. Minėtiems pensininkams mūsų šalies teritorinėse ligonių kasose nemokamai išduodamos E 121 formos, nustatytos EB darbuotojų migrantų socialinės apsaugos administracinės komisijos sprendimu Nr. 202, pažymos [19]. Šis dokumentas suteikia asmenims teisę gauti Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšomis apmokamas visas (ne tik būtinosios pagalbos) medicinos paslaugas. Medicinos pagalba teikiama pagal tos šalies, kurioje asmuo apsistojęs, teisės aktus, atsižvelgiant į tai, kokių sveikatos apsaugos paslaugų asmeniui reikia. Jeigu toje šalyje už sveikatos priežiūros

paslaugas reikia primokėti, tai daryti teks ir ten nukakusiems Lietuvos gyventojams (beje, priemokų teritorinės ligonių kasos nekompensuoja).

2. EUROPOS TEISINGUMO TEISMO JURISPRUDENCIJA PACIENTŲ JUDĖJIMO SRITYJE

2.1 Europos Teisingumo teismo bylos 1998-2003 metais

Nuo tada, kai buvo priimtos Bendrijos socialinės apsaugos taisyklės iki 2004 metų Europos Bendrijų Teisingumo Teismas paskelbė daugiau kaip 500 sprendimų dėl šių taisyklių išaiškinimo, kurių dauguma buvo darbuotojų migrantų ir jų šeimos narių naudai. Šis skaičius rodo Teismo svarbą apsaugant Europos piliečius. Jam tenka pagrindinis vaidmuo kilus abejonėms dėl Bendrijos taisyklių taikymo srities, jų taikymo atskirais atvejais ir jų išaiškinimo nacionalinės teisės aktų atžvilgiu [41]. Be kitų į socialinės apsaugos sritį įeinančių klausimų, ETT nagrinėjo bylas ir suformavo praktiką laisvo pacientų judėjimo srityje

Šiame darbe analizuojamus ETT sprendimus sąlyginai sugrupuosime į dvi grupes: 1998-2003 metais priimti sprendimai ir 2004-2008 metais priimti sprendimai. Tokį sąlyginį skirstymą pasirinkome atsižvelgdami į tai, kad 1998-2003 metais ETT priėmė pirmuosius preliminarius sprendimus bylose pagal ES piliečių skundus dėl jų kaip pacientų teisių laisvai judėti visoje ES teritorijoje, siekiant gauti jiems reikalingas medicinos paslaugas, apribojimo. Šiuose sprendimuose ETT suformulavo pagrindines pamatines taisykles, draudžiančias (išskyrus nustatytas išimtis) riboti laisvą pacientų judėjimą. 1998-2003 metų ETT sprendimai buvo nagrinėjami įvairių autorių, minimi Europos Sąjungos Komisijos dokumentuose. Vėlesniuose sprendimuose ETT savo nustatytas taisykles detalizavo, išplėtodamas jau suformuotą doktriną, numatant plačias pacientų galimybes laisvai judėti, siekiant gauti jiems priimtinas medicinos paslaugas. Todėl šie sprendimai negali būti nagrinėjami juos atsiejus nuo ankstesnės ETT praktikos. Akivaizdu, kad net specialiu ES teisės aktu įforminus jau suformuotą ETT praktiką, visi laisvo pacientų judėjimo klausimai nebūtų išspręsti ir juos ETT turės spręsti nagrinėdamas naujas bylas.

Apžvelgsime septynias ETT bylas, kuriose sprendimai buvo priimti nuo 1998 iki 2003 metų. [21]. EB sutarties 49 ir 50 straipsniuose tiesiogiai teisės, tokios kaip keliauti į paslaugų gavėjo valstybę, suteikiamos tik paslaugų teikėjams, nekalbant apie paslaugų gavėjų teises. Teismas pareiškė, kad laisvė gauti kitoje valstybėje narėje įsisteigusio teikėjo paslaugas buvo laisvės teikti paslaugas neatskiriama dalis, todėl ES piliečiai iš esmės gali keliauti į kitą valstybę narę, kad ten gautų medicinos paslaugas, nes medicinos paslaugos pateko į 50 straipsnyje vartojamą „paslaugos“ sąvoką (bylos Luisi ir Carbone (286/82 ir 26/83) ir SPUC prieš Grogan (C-159/90)) (Barnard, 2005).

1) Kohll ir 2) Decker bylose (1998 m. balandžio 28 d., bylos C-120/95 ir C-158/96) Teismas nusprendė, kad laisvė teikti paslaugas apima laisvę paslaugų gavėjams, įskaitant asmenis, kuriems reikalinga medicinos pagalba, vykti į kitą valstybę narę, kad jiems būtų suteiktas gydymas toje šalyje. ES piliečiai gali be išankstinio gydymosi leidimo gydytis kitoje valstybėje narėje, o jų gydymosi išlaidos padengiamos pagal šalies, kurioje jie yra apdrausti, draudimo išmokų tarifus. Kartu su priimtu sprendimu Kohll ir Decker bylose atsirado nauja vykstančių gydytis į užsienį asmenų kategorija, tai yra pacientai, kurie vyko gydytis be išankstinio leidimo. Šių sprendimų pasekmė – dviejų sistemų taikymas kompensuojant gydymą užsienyje: sistema, paremta Reglamentu 1408/71 su išankstiniu leidimu bei sistema, kuomet yra pasinaudojama tiesiogine teise gauti sveikatos paslaugas pagal EB sutartį. Po šio sprendimo kilo neramumo banga sveikatos ministerijose visoje Europoje. Iki tol buvo manoma, kad valdžios institucijos ar sveikatos draudimo įstaigos gali pačios nuspręsti, ar kompensuoti išlaidas už planinio gydymo paslaugas užsienyje. Pagal šį sprendimą sveikatos draudimo institucijos turės kompensuoti gydymo užsienyje išlaidas, o sveikatos apsaugos įstaigų pajamos gali sumažėti. Šio sprendimo pasekmės pacientams taip pat nevienareikšmės. Kadangi kelionės ir gydymo išlaidos naudojantis šia sistema turi būti apmokamos iš anksto, todėl tik pasiturintys pacientai gali sau leisti vykti gydytis be eilės, tuo tarpu turintys mažas pajamas ir toliau turi naudotis E 112 sistema (Hermans, 2000).

Sekė teisinės diskusijos, kuriose buvo nagrinėjami pagrindiniai du klausimai: pirma, ar Teismo sprendimai taikytini ir stacionarinei, ir ambulatorinei pagalbai ir antra, ar jie taikytini visose sveikatos priežiūros sistemose, tai yra ir pagrįstose išmokomis natūra, ir sveikatos draudimo sistemose (Mossialos, 2002, Barnard, 2005). Buvo teigiama, kad sprendimai netaikytini stacionarinei pagalbai ir kad jie liečia tik sveikatos draudimo sistemas, tokias kaip Prancūzijoje, Belgijoje ir Liuksemburge ir netaikytini kitose valstybėse, kur paslaugos teikiamos natūra. Po šių bylų tik Belgijoje, Danijoje ir Liuksemburge buvo redaguota įstatyminė bazė ir sukurtos administracinės procedūros besąlygiškam kitoje šalyje narėje gautų ambulatorinių paslaugų kompensavimui. Kitose valstybėse, kaip, pavyzdžiui, Austrijoje jau iki šių bylų buvo nustatyta, kad kompensuojama 80 procentų kainos, kuri nustatyta gyvenamojoje valstybėje už analogišką sveikatos paslaugą (Mossialos, 2002).

3) Vanbraekel byloje (2001 m. liepos 12 d., byla C-368/98) Teismas nusprendė, kad tai, jog paciento valstybės narės teisės aktai negarantuoja pacientui, kuriam šie teisės aktai taikomi, kad bus suteikta tokio dydžio kompensacija, kuri būtų lygiavertė kompensacijai, kurią gauti jis turėtų teisę, jeigu jam sveikatos priežiūros paslaugos būtų buvusios suteiktos jo valstybėje narėje, yra laisvės teikti paslaugas pagal EB sutarties 49 straipsnį apribojimas. Teismas apibrėžia, kurios gydymosi išlaidos padengiamos operacijos ligoninėje atveju. Jei buvo nepagrįstai atsisakyta

išduoti leidimą gydytis kitos šalies ligoninėje, o vėliau gydymosi leidimas vis dėlto buvo išduotas (pvz.: teismo sprendimu), privalo būti padengta bent tokia gydymosi išlaidų suma, kuri kompensuojama apdraustajam gydantis savoje šalyje. Teismas išaiškino, kad EB sutarties 49 straipsnis turi būti taikomas stacionariniam gydymui. Vanbraekel byloje teismas nustatė, kad Reglamentas neapsaugo draudžiančiosios valstybės nuo papildomo kompensavimo, kuomet gydymo įkainiai joje yra didesni už įkainius priimančiojoje valstybėje narėje. Mažesnis kompensavimas mažintų ieškančiųjų gydymo kitoje valstybėje narėje skaičių (Mossialos, 2002).

Sprendimai Kohll ir Vanbraekel bylose palietė 49 straipsnio taikymą šalyse, turinčiose sveikatos draudimo sistemą (Hervey, 2004). Sveikatos paslaugų teikimo sistemoje, pagrįstoje išmokomis natūra nagrinėtos Geraets-Smits ir Peerbooms 2001 m. (C-157/99) bei Müller Faure ir Van Riet 2003 m. (C-385/99) bylos.

4) Byloje Geraets-Smits ir Peerbooms (2001 m. liepos 12 d., byla C-157/99) Teismas pripažino, kad stacionariosios sveikatos priežiūros paslaugos yra ypatingo pobūdžio, nes jas reikia planuoti. Nors išankstiniais gydymosi leidimais pagrįstos sistemos gali riboti ligoninių medicininių paslaugų teikimo laisvę, jos yra reikalingos tam, kad socialinės apsaugos sistemos būtų finansiškai subalansuotos, o ligoninių teikiamos paslaugos visiems prieinamos. Nagrinėdamas dalykinius reikalavimus, Teismas pastebėjo, kad nustatydamas, koks gydymas laikomas „įprastu atitinkamoje profesinėje srityje“ valstybė narė turi vadovautis ES teise, tai yra objektyviais, nediskriminuojančiais, iš anksto žinomais kriterijais, taip išvengiant bet kokio pamatinės laisvės ribojimo (Hervey, 2004). Teismas pastebėjo, kad reikalavimai, kad gydymas būtų laikomas „normaliu“ bei „mediciniškai būtinu“ riboja Sutarties 49 straipsnio taikymą. Teismas patvirtino, kad toks ribojimas būtų pateisinamas šalių narių įstatymais, paremtais EB sutarties 46 ir 55 straipsniuose nustatytais „viešąja politika, viešuoju saugumu bei visuomenės sveikata“, jeigu kiltų rizika rimtai pažeisti socialinio draudimo sistemos finansinę pusiausvyrą, jeigu būtų poreikis palaikyti subalansuotą ir atvirą visiems ambulatorinę ir stacionarinę pagalbą bei poreikis palaikyti medicininės galimybes bei profesinę kompetenciją, siekiant apsaugoti visuomenės gyvybę ir sveikatą (Hervey, 2004; Mossialos, 2002). Reikalavimas, kad gydymas būtų „mediciniškai būtinas“ remiasi prielaida, kad „toks pats arba vienodai efektyvus gydymas“ negali būti suteiktas per „pagrįstą laukimo laikotarpį“ gydymo įstaigoje, su kuria ligonių kasos yra pasirašiusios sutartį. Priėmus sprendimą šioje byloje, atrodo, kad nacionaliniu lygmeniu buvo prarasta kontrolė vertinant, kas yra laikoma „normaliu“ gydymu esant atitinkamam susirgimui. Tai ypač svarbu naujai priimtoms ES narėms, kuriose taikoma mažiau gydymo metodų nei senbuovėse. Šioje byloje Teismas atmetė eilės valstybių, įsijungusių į bylos procesą, argumentus, kad stacionarinis gydymas nelaikytinas „paslauga“ ir nėra reguliuojamas EB Sutarties 49 straipsnio dėl laisvo paslaugų teikimo. Teismas pažymėjo, kad paslauga nebūtinai turi būti

apmokama ją gaunančio asmens, kad ji būtų laikoma paslauga. Teismas nustatė, kad Kohll ir Decker bylose priimti sprendimai yra taikytini ir ambulatorinei, ir stacionarinei pagalbai bei abiejose sveikatos paslaugų teikimo sistemose (Mossialos, 2002).

5) Müller-Fauré ir Van Riet byloje (2003 gegužės 13 d., byla C-385/99) nustatyta, kad nėra duomenų, rodančių, kad dėl pacientams iš kitų valstybių narių teikiamų nestacionariosios sveikatos priežiūros paslaugų bus pakenkta bendram finansiniam sveikatos ir socialinės apsaugos sistemų tvarumui ar sveikatos paslaugų organizavimui, planavimui ir teikimui. Taigi kliūtis laisvam judėjimui, kylanti dėl reikalavimo gauti išankstinį leidimą norint, kad pacientui būtų suteikta nestacionariosios sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse, nėra pateisinama, todėl neturi būti reikalaujama gauti išankstinį leidimą dėl nestacionariosios sveikatos priežiūros paslaugų. Tačiau valstybės narės gali nustatyti paslaugų teikėjo pasirinkimo apribojimų ar taikyti kitas planavimo priemones savo teritorijoje, įskaitant sąlygas, tinkamumo kriterijus ir reglamentavimo bei administracinius formalumus. Jos taip pat gali būti taikomos ir pacientams iš kitų valstybių narių nestacionariosios sveikatos priežiūros paslaugų atveju, jeigu jomis nevaržomos vidaus rinkos laisvės, o bet kokie apribojimai gauti nestacionariosios sveikatos priežiūros paslaugų yra būtini, proporcingi ir nediskriminaciniai. Vienas iš ES teisės principų – paslaugų teikimo laisvė. Dėl to valstybės narės negali reikalauti išankstinio gydymosi leidimo, jei asmuo kitoje šalyje naudojasi gydymo ne ligoninėje paslaugomis, kurias teikia nesutartiniai paslaugų teikėjai. Gydymosi ligoninėje atveju reikalavimas turėti išankstinį gydymosi leidimą galėtų būti pagrįstas. Teismas patvirtina, kad teisė į išlaidų kompensavimą nepriklauso nuo sveikatos priežiūros sistemų organizavimo būdo.

Šioje byloje Teismas nuėjo toliau nei Geraets-Smits byloje nagrinėdamas, kas yra teisėtas pagrindas išankstinio leidimo neišdavimui Nyderlandų sistemoje. Kriterijus „be nepagrįstai ilgo laukimo“ privalo būti paremtas kiekvieno paciento individualia sveikatos būkle, o finansinių nuostolių baimė negali būti teisėtas to pagrindas. Sprendimas byloje Van Riet paremtas požiūriu, kad nacionalinės valdžios institucijos kiekvienu konkrečiu atveju turi išnagrinėti visas aplinkybes, atsižvelgdamos tiek į paciento ligos istoriją bei būklę, tiek į patiriamą skausmą arba paciento negalios, dėl kurios jam gali būti neįmanoma ar labai sunku užsiimti profesine veikla, pobūdį (Barnard, 2005).

6) Byloje Ioannidis (2003 m. vasario 25 d., byla C-326/00) Teismas nusprendė, jog pensininkai turi teisę reikalauti, kad būtų padengtos užsienyje gautų medicininių paslaugų išlaidos. Nacionalinės valdžios institucijos neturi reikalauti išankstinio gydymosi leidimo ir padengti išlaidas tik tuo atveju, jei asmuo lankydamasis kitoje šalyje susirgo netikėtai.

7) Savo sprendimus aukščiau išvardytose bylose teismas patvirtino 2003 m. spalį nagrinėtoje byloje Inizan (2003 m. spalio 23 d., C-56/01).

Remiantis ETT jurisprudencija, laisvo pacientų judėjimo apribojimai gali būti taikomi 3 pagrindais: dėl viešosios politikos, viešo saugumo bei visuomenės sveikatos. Tokios lengvatos taikymas nustatomas ETT Europos Sąjungos, o ne nacionaliniu lygiu ir negali būti naudojamas valstybių narių joms konkuruojant dėl ekonominių interesų. Laisvo asmenų judėjimo apribojimai, nors ir vienodai taikomi piliečiams ir ne piliečiams, gali būti neteisėti, jeigu taip yra ribojamas laisvas paslaugų teikimas. Viešojo intereso pagrįstumą ribojant laisvą paslaugų teikimą nustato ETT, o ne valstybė narė (Hervey, 2004).

Daugumoje bylų nagrinėjamos nacionalinės taisyklės, kuriomis siekiama atgrasinti kitų valstybių narių paslaugų teikėjus nuo naudojimosi savo teisėmis priimančiosios valstybės rinkoje. Tačiau kita grupė bylų yra susijusi su nacionalinėmis taisyklėmis, kuriomis siekiama sumažinti potencialių šalies paslaugų gavėjų norą vykti į kitą valstybę narę ir ten gauti paslaugą. Kohll, Geraets-Smits ir Müller-Faure byloje pagal nacionalinę teisę buvo reikalaujama, kad asmenys iš anksto gautų institucijų leidimą naudotis neskubiu medicininiu gydymu kitose valstybėse narėse. Visose šiose bylose Teisingumo Teismas pripažino, kad toks reikalavimas pažeidė EB Sutarties 49 straipsnį. Kiekvienoje byloje „eksportuojanti“ valstybė teigė, jog reikalavimas iš anksto gauti leidimą buvo būtinas, kad visiems prieinamos medicinos paslaugos išliktų aukštos kokybės ir būtų sklandžiai teikiamos. *Teisingumo Teismas pripažino, kad toks tikslas, „net jei jis neatsiejamai susijęs su socialinio draudimo sistemos finansavimo būdu“, galėtų būti priskirtas visuomenės sveikatos sumetimais leidžiančių nukrypti nuostatų taikymo sričiai pagal 46 straipsnį, jei tik jis padeda siekti aukšto lygio sveikatos apsaugos. Teisingumo Teismas taip pat nusprendė, kad 46 straipsnis leido valstybėms narėms „riboti laisvą medicinos ir ligoninių paslaugų judėjimą, jei tik visuomenės sveikatai ar net visuomenės išlikimui nacionalinėje teritorijoje būtina išlaikyti gydymo pajėgumą ar medicinos kompetentingumą“. Neatsižvelgdamas į nusistovėjusį principą, kad leidžiančiomis nukrypti nuostatomis negalima naudotis ekonominiiais tikslais, Teisingumo Teismas Geraets-Smits byloje pažymėjo, kad reikalavimas gauti institucijų leidimą padėjo įgyvendinti „sieki kontroluoti išlaidas ir kiek įmanoma išvengti bet kokio finansinių, techninių ir žmogiškųjų išteklių eikvojimo“. Jis pridūrė, kad toks eikvojimas būtų tuo labiau žalingas, nes „apskritai yra pripažinta, kad gydymo ligoninėse sektoriaus išlaidos yra labai didelės, ir jis turi tenkinti vis didėjančius poreikius, sveikatos apsaugai skirti finansiniai ištekliai nėra beribiai, kad ir kokie finansavimo būdai būtų taikomi“. Todėl Teisingumo Teismas padarė išvadą, kad iš esmės išankstinio leidimo procedūra buvo „būtina ir pagrįsta“ visuomenės sveikatos sumetimais užtikrinant „racionalų, stabilų, sklandų ir prieinamą ligoninės paslaugų teikimą“. Tačiau Müller-Faure byloje Teisingumo Teismas išaiškino, kad atsisakymas iš anksto suteikti leidimą, jei jis paremtas ne baime išsikvoti ligoninės perteklinius pajėgumus, o tik tuo, kad yra sudaryti gydymo ligoninėje laukiančiųjų*

sąrašai, negali būti laikomas tinkamai pateisinamu laisvo paslaugų judėjimo apribojimu. Teisingumo Teismas nenustatė, kodėl laukimo laikas buvo būtinas visuomenės sveikatai saugoti, – jo nuomone, yra visiškai priešingai. Jei vienintelė priežastis buvo susijusi tik su „grynai ekonominio pobūdžio motyvais“, jie negali „savaime pateisinti pagrindinio laisvės teikti paslaugas principo apribojimų“. (Barnard, 2005, p. 213-214).

Bylos turi trejų poveikį, įtakojantį nacionalinę sveikatos teisę ir politiką: pirma, jos sąlygojo tai, kad šalių narių požiūris į savo sveikatos resursų paskirstymą vis labiau tampa nulemtas teisminių ES teisės interpretacijų; antra, didėjant gydytis į užsienį vykstančių pacientų srautams, skatinamas vienodų medicinos paslaugų standartų įdiegimas visose ES šalyse narėse, trečia, galimybė gauti sveikatos paslaugas kitoje šalyje narėje gali sumažinti šalių narių pastangas riboti gydymą, kuris laikomas nepriimtiniu etiniu požiūriu, kaip pavyzdžiui „mirties turizmas“, įvairūs modernūs reprodukcinės medicinos metodai. Šalių narių nacionaliniai (konstituciniai) teismai gali atlikti ribojantį vaidmenį tokiam ES teisės poveikiui. Įvairiais probleminiais klausimais, tokiais kaip eutanazija, abortas, galima tikėtis ES teisės konvergencijos, tai yra, kuomet įvairiomis „soft law“ priemonėmis yra įtakojama „hard law“. Tačiau yra sunku prognozuoti, ar ES teisės taikymas labiau įtakos sveikatos teisę, negu bendrus visuomeninius procesus, kylančius iš kultūrinės internacionalizacijos, didėjančio informuotumo apie įvairias galimybes dėka knygų, laikraščių, televizijos. Galimybę gauti sveikatos paslaugas, tokias, kaip abortas kitoje šalyje narėje galima laikyti „apsauginiu vožtuvu“ ta prasme, kad suteikiama tokia galimybė atskiriems individams „apeiti“ nacionalinę teisę. Valstybės pozicija tuo klausimu nepakinta. Šiuo atveju ES teisės poveikis yra skatinti ir apsaugoti ES narių skirtingą teisinį reguliavimą, o ne konvergenciją ar konsensumą (Hervey, 2004).

Remiantis Teisingumo teismo išaiškinimais, valstybės narės turi diskreciją nustatant teisės į gydymą turinį ir apimtį su sąlyga, kad visi prieštaravimai laisvam judėjimui būtų objektyvūs, nediskriminuojantys tautybės ar gyvenamosios vietos pagrindais, prieinami nešališkam vertinimui ir interpretuoti anti-diskriminaciniame Europos Sąjungos kontekste. Schema, leidžianti gydytis pas „bet kurį ortodontą Liuksemburge“ turėtų reikšti „bet kurį ortodontą ES“, „normalus atitinkamuose profesiniuose ratuose“ turi reikšti „normalus pagal priimtą tarptautinę medicinos praktiką“, „kiekviena gydymo įstaiga, su kuria nesudaryta sutartis“ reiškia „bet kuri gydymo įstaiga Europos Sąjungoje, su kuria nesudaryta sutartis“. Gauti gydymą kitoje valstybėje narėje esančioje įstaigoje, su kuria nesudaryta sutartis turi būti vienodai lengva kaip ir tokioje įstaigoje, esančioje savoje šalyje. Kuomet nacionalinė sistema leidžia naudotis privačiais ar nesutariniais sveikatos paslaugų teikėjais, tokio leidimo galiojimas turi būti išplėstas į kitas šalis nares. Ambulatorinė medicinos pagalba neturinti įtakos finansiniam gyvenamosios valstybės sistemos stabilumui, gali būti teikiama užsienyje be išankstinio leidimo, tačiau kompensuojama

suma neturi viršyti mokamos už tokias paslaugas gyvenamojoje valstybėje. Todėl pacientui gali būti naudingiau prašyti išankstinio savo šalies institucijų leidimo, tokiu būdu gaunant kompensaciją pagal priimančiosios valstybės įkainius. Kalbant apie stacionarinę pagalbą, gali būti reikalaujama išankstinio leidimo, o toks leidimas suteikiamas ne vien išimtinai remiantis laukimo eilėje trukme gyvenamojoje valstybėje. Šiuo atveju kompensuojama pagal gyvenamojoje valstybėje galiojančius įkainius, netgi jeigu tai reikštų, kad pacientas pats apmoka skirtumą (Hervey, 2004).

Tačiau panašu, kad bendras ES taisyklių poveikis nacionalinių sveikatos sistemų apimčiai ir organizacijai yra ribotas. Taip yra iš dalies todėl, kad paslaugų teikimo ir gavimo laisvės ribojimai gali būti pateisinami ES teisėje objektyviu viešuoju interesu. Toks interesas negali būti grynai ekonominio pobūdžio, tačiau Teismas visoje eilėje bylų nustatė, kad nacionalinės socialinės sistemos finansinio pajėgumo išsaugojimas gali būti laikomas viešuoju interesu, jeigu yra laikomasi lygybės ir proporcingumo reikalavimų. Nors galima tikėtis bylinėjimusi dėl tikslaus šio pateisinimo apibrėžimo, tačiau tikėtina, kad taikydamos vidaus rinkos teisę reglamentuojančius aktus, šalys narės apsaugos objektyvų viešąjį interesą, išlaikydamos efektyvų nacionalinių sveikatos sistemų finansavimą.

Teismo jurisprudencija suteikia galimybę pacientams rinktis geresnį gydymą, kuomet jų šalyje jis yra neadekvatus ir uždelstas. Tai gali sąlygoti šio gydymo pagerėjimą. Teismo sprendimai reiškia, kad tam tikrų ligų gydymo apmokėjimas nebėra apsprendžiamas nacionalinės profesionalų nuomonės, ir tai yra pirmas žingsnis Europinių sveikatos paslaugų standartų link. Nors atrodo, kad Teismo sprendimai turėtų sąlygoti sveikatos priežiūros tarnybų restruktūrizavimą, tačiau visą ES apimantys sveikatos paslaugų standartai gali būti pasiekti ne harmonizavimo priemonėmis, tačiau per „soft law“ koordinavimo metodą. Šiuo metu

Teisingumo Teismo jurisprudencijos poveikis yra reliatyviai ribotas. Tai normalu, kadangi realybėje iškyla fundamentalių praktinių aspektų, kaip, pavyzdžiui tai kad Teismo sprendimai tikriausiai negalės būti taikomi skubios pagalbos kontekste, paciento būklė gali neleisti išvykti į kitą šalį. Net jeigu įmanoma nukeliauti, gali atsirasti kitų kliūčių, pavyzdžiui, kalbos barjeras, kelionės išlaidos, netikrumas dėl tolesnio gydymo bei apsauga nuo rizikos. Egzistuoja žymūs sunkumai, susiję su teisine atsakomybe, iškylančia nepavykus gydymui (Hervey, 2004).

2.2 Europos Teisingumo teismo bylos 2004-2008 metais

2.2.1 Sprendimas Leichtle byloje, 2004 m. kovo 18 d., byla C-8/02

2004-2008 metais ETT išnagrinėtų bylų sprendimai yra paremti ankstesne Teismo jurisprudencija laisvo pacientų judėjimo srityje ir toliau ją plėtoja [21].

Vokietijos administracinis teismas nagrinėjo bylą tarp Leichtle, kuris buvo valstybės tarnautojas ir jo darbdavio – Federalinio darbo biuro, kuris atsisakė apmokėti gydymo (gydytis Leichtle buvo numatęs Italijoje) išlaidas. Nesulaukęs ginčo dėl išankstinio leidimo suteikimo išnagrinėjimo pabaigos, Leichtle išvyko gydytis į Italiją. Vokietijos administracinis teismas sustabdė bylos nagrinėjimą ir kreipėsi į ETT dėl preliminaraus sprendimo. Vokietijos administracinis teismas suformulavo du klausimus dėl Europos Bendrijų sutarties 49 ir 50 straipsnių interpretavimo. Minėti du klausimai:

1. Ar Europos Bendrijų sutarties 49 ir 50 straipsniai gali būti aiškinami, kaip užkertantys kelią tokioms nacionalinės teisės taisyklėms, pagal kurias gydymo, suteikto kitoje valstybėje narėje, išlaidos gali būti atlyginamos tik tuo atveju, jeigu įgalioto medicinos darbuotojo išvadoje yra užtikrinama, kad gydymas už Vokietijos ribų turi daug daugiau galimybių, kad jis bus sėkmingas ir atitinkama užsienio gydykla yra įtraukta į specialų Vokietijos sudarytą gydyklų registrą?

2. Ar Europos Bendrijų sutarties 49 ir 50 straipsniai gali būti aiškinami, kaip užkertantys kelią tokioms nacionalinės teisės taisyklėms, pagal kurias išankstinis gydymo pripažinimas yra neleidžiamas, jeigu susijęs asmuo nesulaukia jo pareiškimo nagrinėjimo pabaigos ir pradeda gydymą, ir kur vienintelis ginčo dalykas yra, ar taisyklės, nepripažįstančios kitoje valstybėje narėje teikiamo gydymo, kaip tokio, kurio išlaidos gali būti atlyginamos, yra teisingos?

Teisingumo Teismas, atsakydamas į pirmąjį klausimą ir remdamasis savo ankstesne jurisprudencija nurodė, kad medicinos paslaugos patenka į Europos Bendrijų sutarties 50 straipsnio reguliavimo sritį, nesvarbu, ar tos paslaugos teikiamos ligoninėje ar ne. Teismas taip pat pažymėjo, kad nors ir neginčijama, kad iš valstybių narių Bendrijos teisė neatima galių organizuoti savo socialinės apsaugos sistemas, ir, kad nesant Bendrijos lygmeniu harmonizuotų taisyklių, kiekviena valstybė narė nacionalinės teisės aktais apibrėžia sąlygas, kurioms esant yra teikiamos socialinės apsaugos išmokos, vis dėlto, įgyvendindamos šiuos savo įgaliojimus valstybės narės privalo laikytis Bendrijos teisės. Teismas nurodė, kad Europos Bendrijų sutarties 49 straipsnis draudžia taikyti tokias nacionalines taisykles, kurios išlaidų, patirtų gydantis kitoje valstybėje narėje, atlyginimą sieja su išankstiniu leidimu, kadangi akivaizdu, kad esant tokiam reguliavimui, yra užkertamas kelias apdraustiems asmenims siekti gydymo kitoje valstybėje

narėje, nei toje, kurioje jis yra apdraustas, ir taip yra varžoma paslaugų teikimo laisvė. Teismo teigimu, nors kelionės išlaidos ir lankytojo mokestis nėra savo esme medicininės išlaidos, ir kaip taisyklė nėra mokami sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams, jie vis dėlto yra neatskiriama susiję su gydymu, nes pacientas turi keliauti ir apsistoti gydykloje. Todėl ta aplinkybė, kad Paramos aktas numatė skirtingas šių su gydymu susijusių išlaidų kompensavimo sąlygas besigydantiems Vokietijoje ir už jos ribų, tiesiogiai įtakoja paciento gydymo vietos pasirinkimą. Teismas, nagrinėdamas Federalinio darbo biuro motyvą, kad visišką laisvę gydytis Europos gydymo įstaigose suteikimas pažeistų finansinę pusiausvyrą, medicinos ir ligoninių kompetenciją ir medicininius standartus Vokietijos gydymo įstaigų sistemoje, pasisakė, kad valstybė apribojimo priemonės gali taikyti tik jei jos yra tinkamos ir proporcingos siekiamam tikslui, o nagrinėjamu atveju Teismui nebuvo pateikta jokių aiškių argumentų, pagrindžiančių tvirtinimą, kad Paramos akto 13(3)(1) skirsnis yra būtinas finansinės pusiausvyros, medicinos ir ligoninių kompetencijos ir medicininių standartų Vokietijos gydymo įstaigų sistemoje užtikrinimui. Dar daugiau, reikia neužmiršti, kad pati valstybė narė apibrėžia, koku mastu apdraustiesiems bus atlyginamos gydymo išlaidos. Todėl valstybei nėra užkertamas kelias nustatyti tokią ribą iki kurios bus atlyginamos kelionės, apgyvendinimo, lankytojo mokesčio, galutinės medicininės išvados pateikimo išlaidos, patirtos gydantis kitoje valstybėje narėje, kuri yra nustatoma analogiškų gydymo paslaugų, suteiktų Vokietijoje, išlaidų kompensavimui. Kas liečia Paramos akte nustatytą reikalavimą, kad gydykla būtų įtraukta į specialų sąrašą, Teismo nuomone, jis nėra apsunkinantis laisvę teikti paslaugas, kadangi analogiškas reikalavimas yra nustatytas ir Vokietijos gydykloms. Teismas pažymėjo, kad nacionalinių teismų kompetencijai priklauso kiekvienu konkrečiu atveju nustatyti, ar gydyklų įrašymas į gydyklų registrą yra objektyvus.

Atsižvelgdamas į aukščiau nurodytus motyvus, Teisingumo Teismas į pirmąjį Vokietijos administracinio teismo klausimą pateikė tokį atsakymą:

Europos Bendrijų sutarties 49 ir 50 straipsniai aiškinami, kaip draudžiantys tokias valstybės narės taisykles, pagal kurias gydymo, suteikto kitoje valstybėje narėje, išlaidos, susiję su kelione, apgyvendinimu, lankytojo mokesčiu ir galutinės medicininės išvados apie suteiktą gydymą parengimu gali būti atlyginamos tik tuo atveju, jeigu išankstinėje įgalioto medicinos darbuotojo išvadoje yra užtikrinama, kad gydymas už Vokietijos ribų yra būtinas ir yra daug didesnė tikimybė, kad jis bus sėkmingesnis nei Vokietijoje. Europos Bendrijų sutarties 49 ir 50 straipsniai aiškinami, kaip iš principo nedraudžiantys tokių valstybės narės taisyklių, pagal kurias gydymo, suteikto toje valstybėje narėje ar kitoje valstybėje narėje, išlaidos, susijusios su kelione, apgyvendinimu, lankytojo mokesčiu ir galutinės medicininės išvados apie suteiktą gydymą parengimu gali būti atlyginamos tik tuo atveju, jeigu atitinkama gydykla yra įrašyta gydyklų

registre. Tačiau nacionalinis teismas privalo užtikrinti, kad gydyklos įtraukimas į tokį registrą būtų objektyvus ir nedarytų tokio poveikio, kad paslaugų teikimas tarp valstybių narių būtų labiau apsunkintas lyginant su paslaugų teikimu atitinkamoje valstybėje narėje.

Teisingumo Teismas, atsakydamas į pirmąjį klausimą ir remdamasis savo ankstesne jurisprudencija nurodė, kad išankstinio leidimo gauti gydymo paslaugas kitoje valstybėje narėje reikalavimas, kuris numatytas Tarybos Reglamento Nr. 1408/71 22(1)(c) straipsnyje, pataisytame Tarybos Reglamentu Nr. 2001/83, reiškia, kad jeigu suinteresuotam asmeniui nebuvo suteiktas išankstinis sutikimas gauti gydymo paslaugas kitoje valstybėje narėje, o vėliau teismas tokį atsisakymą pripažino neteisėtu, suinteresuotas asmuo turi teisę gauti tokį gydymo išlaidų atlyginimą, kokį jis būtų gavęs, jei būtų gavęs išankstinį sutikimą. Teismas pažymėjo, kad šią nuostatą traktuojant kitaip, daugelis pacientų, kurie dėl savo sveikatos būklės negalėtų sulaukti, kol pasibaigs teismo procesai, būtų priversti atsisakyti minties vykti gydytis į kitą valstybę narę.

Atsižvelgdamas į aukščiau nurodytus motyvus, Teisingumo Teismas į antrąjį Vokietijos administracinio teismo klausimą pateikė tokį atsakymą:

Europos Bendrijų sutarties 49 ir 50 straipsniai aiškinami, kaip draudžiantys tokių nacionalinių taisyklių nustatymą, pagal kurias gydymo, suteikto kitoje valstybėje narėje, išlaidos, susiję su kelione, apgyvendinimu, lankytojo mokesčiu ir galutinės medicininės išvados apie suteiktą gydymą parengimu negali būti atlyginamos, jeigu suinteresuotas asmuo, nesulaukęs teismo proceso, kuriame ginčijamas atsisakymas pripažinti gydymo išlaidas tinkamomis apmokėti, pabaigos, pradėjo gydymą.

2.2.2 Sprendimas Keller byloje, 2005 m. balandžio 12 d., C-145/03

Šią bylą išnagrinėjo ir prejudicinį sprendimą joje priėmė Teisingumo Teismo didžioji kolegija. Pagrindinės bylos faktinių aplinkybių metu Vokietijos pilietė A. Keller gyveno Ispanijoje ir buvo apdrausta pagal Ispanijos bendrosios socialinės apsaugos sistemą. Dėl šeimyninių priežasčių norėdama išvykti į Vokietiją, A. Keller kreipėsi į Ispanijos kompetentingą įstaigą, prašydama išduoti E 111 pažymą, kuri jai buvo išduota. Šios viešnagės metu A. Keller buvo paguldyta į rajono ligoninę prie Kelno universitetinės klinikos. Jai diagnozuotas nosies, nosies ertmės, akiduobės ir kaukolės pagrindo piktybinis auglys, kuris buvo išsiplėtęs į kaukolės ertmę ir labai pavojingas, nes bet kuriuo metu galėjo sukelti suinteresuotosios mirtį. Norėdama ir toliau Vokietijoje gauti būtiną gydymą, A. Keller pateikė prašymą išduoti E 112 pažymą. Vokietijos gydymo įstaiga išsiuntė A. Keller operuotis į Šveicariją. Už gydymą sumokėjo pati A. Keller.

Vėliau A. Keller kreipėsi į E formą išdavusią įstaigą su prašymu šias išlaidas kompensuoti. Ši įstaiga prašymą atmetė, grįsdama savo sprendimą tvirtina, kad norint gauti gydymo trečiojoje valstybėje išlaidų atlyginimą, turi būti gautas jos išankstinis leidimas. A. Keller pateikė ieškinį Ispanijos teismui, kuris pateikė Teisingumo Teismui du klausimus.

Pirmasis klausimas iš esmės yra toks: ar kompetentingos įstaigos E 111 pažymos, kuri yra būtina taikyti Reglamento Nr. 1408/71 22 straipsnio 1 dalies a punkto 1 papunktį, arba E 112 pažymos, būtinos taikyti šio reglamento 22 straipsnio 1 dalies c punkto i papunktį, išdavimas reiškia, kad šiai įstaigai yra privaloma buvimo vietos valstybės narės įstaigos gydytojų diagnozė, jeigu dėl pavojaus gyvybei būtina atlikti skubią chirurginę operaciją, taip pat gydytojų sprendimas pervežti apdraustąjį į gydymo įstaigą, esančią trečiojoje valstybėje remiantis tuo, kad akivaizdu, jog ši įstaiga, atsižvelgiant į to laiko medicinos žinių lygį, yra vienintelė galinti sėkmingai atlikti tokią operaciją.

Į pirmąjį klausimą Teisingumo Teismas atsakė taip: Reglamento Nr. 1408/71 22 straipsnio 1 dalies a punkto i papunktis ir c punkto i papunktis bei Reglamento Nr. 574/72 22 straipsnio 1 ir 3 dalys turi būti aiškinamos taip, kad kompetentinga įstaiga, kuri išduodama E 111 arba E 112 pažymą sutinka, kad jos socialiniu draudimu apdraustas asmuo gautų gydymo paslaugas kitoje valstybėje narėje nei kompetentinga valstybė narė, privalo pripažinti buvimo vietos valstybės narės įstaigų gydytojų šios pažymos galiojimo metu nustatytą diagnozę dėl gydymo būtinybės kritinės būklės atveju, bei minėtų gydytojų sprendimą, priimtą tuo pačiu laikotarpiu, atsižvelgiant į nustatytą diagnozę ir to laiko medicinos mokslo žinias, pervežti suinteresuotąjį asmenį į kitą valstybę, įskaitant trečiąją valstybę. Tačiau esant tokiai situacijai pagal Reglamento Nr. 1408/71 22 straipsnio 1 dalies a punkto i papunktį ir c punkto i papunktį apdrausto asmens teisės į išmokas natūra suteikimui kompetentingos įstaigos sąskaita taikoma sąlyga, kad pagal buvimo vietos valstybės narės įstaigos taikomus teisės aktus ši įstaiga teiktų joje apdraustam asmeniui jo sveikatos būklę atitinkančias išmokas natūra. Tokiomis aplinkybėmis kompetentinga įstaiga neturi teisės reikalauti, kad suinteresuotasis asmuo sugrįžtų į kompetentingą valstybę narę medicinos apžiūrai, ar nustatyti reikalavimą, kad buvimo vietos valstybėje narėje nustatyta diagnozė ir sprendimai būtų teikiami jai patvirtinti.

Prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikęs teismas antruoju klausimu iš esmės Teisingumo Teismo prašo apibrėžti trečiojoje valstybėje suteikto gydymo tokiomis aplinkybėmis, kurios yra nurodytos ankstesniame punkte, išlaidų atlyginimo sąlygas bei tvarką.

Teisingumo Teismas atsakė taip:

Tuo atveju, kai buvimo vietos valstybės narės įstaigos gydytojais kritinės būklės atveju bei atsižvelgę į to laiko medicinos mokslo žinias pasirinko apdraustąjį asmenį pervežti į trečiojoje valstybėje esančią ligoninę, Reglamento Nr. 1408/71 22 straipsnio 1 dalies a punkto i papunktį ir

c punkto i papunktį reikia aiškinti taip, kad jie reikalauja, jog pastarojoje valstybėje patirtas gydymo išlaidas padengtų buvimo vietos valstybės narės įstaiga pagal taikomus teisės aktus tokiais pačiomis sąlygomis, kuriomis naudojasi socialiniu draudimu apdrausti asmenys, kuriems šie aktai yra taikomi. Dėl kompetentingos valstybės narės teisės aktuose numatyto gydymo darytina išvada, kad kompetentinga įstaiga vėliau padengia suteiktų paslaugų išlaidas, kompensuodama jas buvimo vietos valstybės narės įstaigai pagal Reglamento Nr. 1408/71 36 straipsnio sąlygas.

2.2.3 Sprendimas Silvia Hosse byloje, 2006 m. vasario 21 d., byla C-286/03

Vokietijos pilietis Hosse dirbo mokytoju Zalcburgo žemėje, Austrijos pasienyje. Jis moka mokesčius ir socialines įmokas Austrijoje ir yra apdraustas sveikatos draudimu šioje valstybėje. Jis su savo didele negalia turinčia dukra S. Hosse gyvena Vokietijoje netoli Austrijos sienos. S. Hosse mama anksčiau dirbo apmokamą darbą Vokietijoje, kuris suteikė teisę gauti Vokietijos slaugos draudimą. Iki jos tėvystės atostogų pabaigos 2000 m. rugsėjo mėn. jos dukra, kaip asmuo, kuriam reikalinga slauga, galėjo gauti šią išmoką. Tačiau pasibaigus šioms tėvystės atostogoms, ji nebuvo mokama, nes motina nebedirbo apmokamo darbo. Todėl buvo paprašyta S. Hosse skirti priežiūros pašalpą pagal Zalcburgo žemės įstatymą dėl priežiūros pašalpos (toliau – SPGG). Zalcburgo žemė atmetė šį prašymą, remdamasi tuo, kad norint gauti šią pašalpą, asmens, kuriam reikalinga slauga, pagrindinė gyvenamoji vieta turi būti šioje Žemėje. Teismas, nagrinėjantis bylą pirmąja instancija, kuriame buvo pareikštas ieškinys dėl šio sprendimo, jį atmetė. Jis nusprendė, kad nagrinėjama pašalpa, kiek tai susiję su S. Hosse, yra speciali neįmokinė išmoka, kurios neapima Reglamentas Nr.1408/71, ir todėl neturi būti perkelta. Priešingai, apeliacinis teismas, remdamasis Teisingumo Teismo praktika, nusprendė, kad nagrinėjama pašalpa taip pat yra ligos išmoka Reglamento Nr. 1408/71 4 straipsnio 1 dalies a punkto prasme ir kad ši išmoka pinigais turėtų būti perkelta kaip Austrijos mokama priežiūros pašalpa pagal jai taikytinus principus.

Oberster Gerichtshof, gavęs kasacinį skundą dėl apeliacinio teismo sprendimo, nusprendė sustabdyti bylos nagrinėjimą ir pateikti Teisingumo Teismui šiuos prejudicinius klausimus:

1. Ar priežiūros pašalpa yra speciali neįmokinė išmoka, nepatenkanti į šio reglamento taikymo sritį pagal Reglamento Nr. 1408/71 4 straipsnio 2 dalį?

Iš bendros Reglamento Nr. 1408/71 struktūros matyti, kad „socialinės apsaugos išmokos“ sąvoka šio reglamento 4 straipsnio 1 dalies prasme ir „specialios neįmokinės išmokos“ sąvoka to paties reglamento 4 straipsnio 2a ir 2b dalių prasme tarpusavyje yra priešingos. Be to, išmoka,

kuri atitinka „socialinio draudimo išmokos“ sąlygas Reglamento Nr. 1408/71 4 straipsnio 1 dalies prasme, negali būti nagrinėjama kaip „speciali neįmokinė išmoka“. Išmoka gali būti laikoma socialinės apsaugos išmoka tada, kai ji suteikiama gavėjams neatsižvelgiant į individualų ir diskrecinį asmeninių poreikių vertinimą remiantis teisės aktais apibrėžta situacija, ir kai ji yra susijusi su viena iš Reglamento Nr. 1408/71 4 straipsnio 1 dalyje aiškiai išvardytų sričių. Iš to išplaukia, kad objektyviai skirtos išmokos, remiantis teisės aktais apibrėžta situacija, kuriomis siekiama pagerinti asmenų, kuriems reikalinga slauga, sveikatos būklę ir gyvenimą, iš esmės skirtos papildyti sveikatos draudimo išmokas ir turi būti laikomos „ligos išmokomis“ Reglamento Nr. 1408/71 4 straipsnio 1 dalies a punkto prasme. Priežiūros pašalpa, kaip nustatyto dydžio išmoka, siekiama kompensuoti papildomas išlaidas, susijusias su gavėjų slaugos poreikiu, ir ypač išlaidas, susijusias su pagalba, kurią būtina jiems suteikti.

Todėl į pirmą klausimą reikia atsakyti taip, kad SPGG numatyta priežiūros pašalpa nėra speciali neįmokinė išmoka Reglamento Nr. 1408/71 4 straipsnio 2b dalies prasme, bet yra ligos išmoka šio reglamento 4 straipsnio 1 dalies a punkto prasme.

2. Savo antru klausimu teismas klausia, ar pagal darbo sutartį Zalcburgo žemėje dirbančio darbuotojo šeimos narys, gyvenantis su savo šeima Vokietijos Federacinėje Respublikoje, gali reikalauti tokios priežiūros pašalpos, kuri mokama kaip ligos išmoka pinigais, numatytos Reglamento Nr. 1408/71 19 straipsnyje, jeigu jis atitinka kitas išmokos skyrimo sąlygas.

Teisingumo Teismas aiškiai nusprendė, kad pagal Reglamento Nr. 1408/71 2 straipsnį darbuotojo šeimos nariai turi tik išplaukiančias teises, tai yra teises, kurias jie įgijo būtent dėl šio statuso, o ne savo pačių teises, kuriomis jie naudojasi nepaisant jokio giminystės ryšio su darbuotoju.

Vis dėlto Teisingumo Teismas vėliau apribojo šią teismo praktiką tik atvejais, kai darbuotojo šeimos nariai remiasi Reglamento Nr. 1408/71 nuostatomis, taikomomis išimtinai darbuotojams, o ne jų šeimos nariams, būtent šio reglamento 67-71 straipsniais, susijusiais su bedarbio išmokomis. Tai netaikoma minėto reglamento 19 straipsniui, kurio tikslas būtent užtikrinti darbuotojui ir jo šeimos nariams, kurie gyvena kitoje valstybėje narėje nei kompetentinga valstybė, taikytinuose teisės aktuose numatytų ligos išmokų skyrimą, jeigu šeimos nariai neturi teisės į šias išmokas pagal valstybės, kurios teritorijoje jie gyvena, teisės aktus. Be to, Reglamento Nr. 1408/71 19 straipsnio 2 dalis būtent siekia, kad ligos išmokų skyrimas nebūtų sąlygojamas darbuotojo šeimos narių gyvenamąja vieta kompetentingoje valstybėje narėje tam, kad Bendrijos darbuotojas nebūtų atgrasintas naudotis laisvo judėjimo teise. Todėl draudimas darbuotojo dukrai gauti išmoką, į kurią ji turėtų teisę, jeigu ji gyventų kompetentingoje valstybėje narėje, prieštarautų Reglamento Nr. 1408/71 19 straipsnio 2 daliai.

Taigi atsakymas į antrą klausimą yra toks, kad pagal darbo sutartį Zalcburgo žemėje dirbančio darbuotojo šeimos narys, gyvenantis su savo šeima Vokietijos Federacinėje Respublikoje, jeigu jis atitinka kitas išmokos skyrimo sąlygas, gali iš kompetentingos pagal darbo sutartį dirbančio asmens darbo vietos institucijos reikalauti tokios priežiūros pašalpos, kuri mokama kaip ligos išmoka pinigais, numatyta Reglamento Nr. 1408/71 19 straipsnyje, jeigu šeimos narys neturi teisės į analogišką išmoką pagal valstybės, kurios teritorijoje jis gyvena, teisės aktus.

2.2.4 Sprendimas Watts byloje, 2006 m. gegužės 16 d., byla C-372/04

Byla *The Queen*, prašoma Yvonne Watts, prieš *Bedford Primary Care Trust and Secretary of State*. Didžiosios Britanijos pilietei Y. Watts, kuri savo šalyje buvo du kartus apžiūrėta specialisto dėl abiejų klubų patologijos ir jai buvo atsisakyta išduoti išankstinį leidimą E 112 formos tvarka. Prancūzijoje buvo įstatytas klubo protezas, už kurį ji sumokėjo 3900 Didžiosios Britanijos svarų sterlingų. Ji pareikalavo atlyginti Prancūzijoje patirtas gydymo išlaidas. High Court of Justice atmetė ieškinį tuo pagrindu, kad po to, kai 2003 m. sausį Y. Watts atvejis buvo pakartotinai peržiūrėtas, ji nepatyrė nepagrįsto delsimo. Vertindamas Reglamento Nr. 1408/71 apimtį, Teisingumo Teismas nusprendė, jog tam, kad turėtų teisę atsisakyti išduoti leidimą nustatyto laukimo termino pagrindu, ši institucija turi įrodyti, kad ligoninės paslaugų pasiūlos planavimo ir valdymo tikslų lemiamas terminas neviršija termino, kuris yra pateisinamas objektyviu atitinkamo asmens klinikinių poreikių medicininio įvertinimu atsižvelgiant į jo sveikatos būklę, ligos istoriją ir numanomą eigą, jo skausmo lygį ir (arba) negalią tuo metu, kai prašoma išduoti leidimą. Be to, laukimo terminai turi būti nustatomi lanksčiai ir dinamiškai, kad būtų galima iš naujo peržiūrėti terminą, apie kurį iš pradžių buvo pranešta atitinkamam asmeniui, atsižvelgiant į galimą jo sveikatos būklės pablogėjimą po to, kai pateiktas pirmasis prašymas išduoti leidimą.

Šiuo atveju prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikęs teismas turi patikrinti, ar kompetentingos NHS įstaigos nurodytas laukimo terminas viršijo terminą, kuris yra mediciniškai priimtinas atsižvelgiant į situaciją ir individualius medicininis atitinkamo asmens poreikius. Teismas pažymėjo, kad išankstinio leidimo sistema, pagal kurią NHS apmoka kitoje valstybėje narėje teikiamą gydymą ligoninėje, atgraso atitinkamus pacientus arba riboja jų galimybę kreiptis į kitoje valstybėje narėje įsteigtus gydymo ligoninėje paslaugų teikėjus ir tiek šiems pacientams, tiek teikėjams yra laisvės teikti paslaugas ribojimas. Todėl jis mano, kad toks ribojimas gali būti pateisinamas privalomaisiais pagrindais. Iš tiesų jis nusprendė, jog atsižvelgiant į kokybiško gydymo ligoninėje paslaugų subalansuotos įvairovės pakankamumo ir nuolatinio prieinamumo užtikrinimą ir išlaidų kontrolę bei, kiek įmanoma, bet kokio finansinių,

techninių ir žmogiškųjų išteklių iššvaistymo vengimą, reikalavimas gauti išankstinį leidimą tam, kad nacionalinė gydymo ligoninėje sistema sumokėtų už kitoje valstybėje narėje numatytą gydymą ligoninėje, šiuo atveju yra būtina ir pagrįsta priemonė. Vis dėlto būtina, kad tokio leidimo išdavimo sąlygas būtų galima pateisinti minėtais privalomaisiais sumetimais ir kad jos tenkintų proporcingumo reikalavimą. Tačiau su NHS susiję teisės aktai nedetalizuoja kriterijų, pagal kuriuos išduodama arba atsisakoma išduoti išankstinį leidimą, būtiną, kad būtų apmokėtas kitos valstybės narės ligoninėje suteiktas gydymas. Todėl minėti teisės aktai neriboja kompetentingų nacionalinės valdžios institucijų diskrecijos šiuo atžvilgiu. Šis teisinio ribojimo trūkumas, be kita ko, apsunkina teisminę atsisakymo išduoti leidimą kontrolę.

2.2.5 Sprendimas Herrera byloje, 2006 m. birželio 15 d., byla C-466/04

Šis prašymas pateiktas nagrinėjant ginčą, kilusį dėl Kantabrijos autonominės srities sveikatos priežiūros tarnybos (Servicio Cántabro de Salud, toliau – SCS) atsisakymo atlyginti Ispanijoje gyvenančiam M. Acereda Herrera kelionės, apsistojimo ir maitinimosi, susijusio su gydymusi Prancūzijoje esančioje ligoninėje, išlaidas bei jį lydėjusio šeimos nario išlaidas.

M. Acereda Herrera yra apdraustas pagal nacionalinę sveikatos priežiūros sistemą kaip savarankiškai dirbantis asmuo. Jis buvo skubiai paguldytas į SCS priklausančią ligoninę, kurioje jam diagnozuota sunki liga. Jis buvo gydomas šioje ligoninėje. Manydamas, kad šis gydymas buvo nepakankamas atsižvelgiant į jo sveikatos būklę, M. Acereda Herrera paprašė kompetentingos įstaigos išduoti E 112 formą, kad galėtų gydytis Prancūzijoje esančioje ligoninėje. Ši forma, kurios galiojimo laikas – vieneri metai, jam buvo išduota. SCS apmokėjo Prancūzijoje esančioje ligoninėje suteikto gydymo išlaidas. Gydydamasis M. Acereda Herrera keletą kartų vyko į Prancūziją ir dėl silpnos savo sveikatos būklės jį lydėjo šeimos narys. M. Acereda Herrera paprašė SCS atlyginti su šiais persikėlimais susijusias kelionės, apsistojimo ir maitinimosi išlaidas. Bendra šių išlaidų suma sudarė 19594 eurų. SCS atmetė šį prašymą. M. Acereda Herrera apskundė šį sprendimą atsisakyti atlyginti išlaidas Juzgado de lo Social n°1 de Santander, kuris atmetė šį ieškinį 2003 m. lapkričio 17 d. sprendimu. M. Acereda Herrera apeliacine tvarka apskundė šį sprendimą Tribunal Superior de Justicia de Cantabria.

Prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikęs teismas iš esmės nori sužinoti, ar Reglamento Nr. 1408/71 22 straipsnio 1 dalies c punktas bei 2 dalis ir 36 straipsnis turi būti aiškinami taip, kad apdraustas asmuo, kuriam kompetentinga įstaiga davė leidimą vykti į kitą valstybę, kad joje gautų jo sveikatos būklę atitinkantį gydymą, turi teisę į tai, kad ši įstaiga atlygintų kelionės, apsistojimo ir maitinimosi išlaidas, susijusias su šia kelione gydymo tikslais.

Kaip nurodoma Reglamento Nr. 1408/71 22 straipsnio 2 dalies antrojeje pastraipoje, vienintelis to paties straipsnio 1 dalies c punkto i papunkčio tikslas yra užtikrinti kompetentingos įstaigos leidimą turinčiam apdraustam asmeniui galimybę „gydytis“ kitoje valstybėje narėje tiek pat palankiomis išmokos teikimo sąlygomis, kokios užtikrinamos tiems pacientams, kuriems taikomi šios kitos valstybės teisės aktai. Atsižvelgiant į tai, kas išdėstyta pirmiau, į pirmąjį klausimą reikia atsakyti, kad Reglamento Nr. 1408/71 22 straipsnio 1 dalies c punktas bei 2 dalis ir 36 straipsnis turi būti aiškinami taip, kad jie nesuteikia apdraustam asmeniui, kuriam kompetentinga įstaiga davė leidimą vykti į kitą valstybę, kad joje gautų jo sveikatos būklę atitinkantį gydymą, teisės į tai, kad ši įstaiga atlygintų jo ir jį lydėjusio asmens šioje valstybėje narėje patirtas kelionės, apsisistojimo ir maitinimosi išlaidas, išskyrus apdrausto asmens apsisistojimo ir maitinimosi ligoninėje išlaidas.

Prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikęs teismas taip pat nori sužinoti, ar Bendrijos teisė, konkrečiai EB 10 ir EB 249 straipsniai bei Reglamento Nr. 1408/71 22 straipsnis, draudžia tokį nacionalinės teisės aktą, kuris šio straipsnio 1 dalies a punkte nurodytais atvejais suteikia teisę į išmokas, papildančias Reglamento Nr. 1408/71 22 straipsnyje numatytas išmokas, tačiau šios teisės nesuteikia tos pačios dalies c punkte nurodytais atvejais. Šiuo atžvilgiu, nesant reikalo pareikšti nuomonę, ar minėto 22 straipsnio 1 dalies a ir c punktuose numatytos situacijos yra panašios, ar ne, reikia pažymėti, kad šis 22 straipsnis neapima nagrinėjamų papildomų paslaugų.

Atsižvelgiant į tai, kas išdėstyta pirmiau, į minėtą klausimą reikia atsakyti, kad nacionalinės teisės aktas, kuris suteikia teisę į išmokas, papildančias Reglamento Nr. 1408/71 22 straipsnio 1 dalyje numatytas išmokas 1 dalies a punkte nurodytu atveju, tačiau šios teisės nesuteikia šios dalies c punkte nurodytu atveju, nekelia grėsmės šios nuostatos tiesioginiam veikimui ir nepažeidžia iš EB 10 straipsnio kylančio lojalios bendradarbiavimo principo.

2.2.6 Sprendimas Stamatelaki byloje, 2007 m. balandžio 19 d., byla C-444/05

Prašymas priimti prejudicinį sprendimą susijęs su EB 49 straipsnio išaiškinimu ir konkrečiai su atsakymu į klausimą, ar ši nuostata draudžia nacionalinės teisės aktą, pagal kurį nacionalinė sveikatos apsaugos institucija neatlygina jos apdrausto asmens, vyresnio nei 14 metų, stacionaraus gydymosi privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje užsienyje išlaidų. Šis prašymas buvo pateiktas nagrinėjant ieškinį, kurį pareiškė Graikijoje gyvenantis ir Laisvųjų profesijų draudimo institucijos (Organismos Asfaliseos Eleftheron Epangelmaton, toliau – OAE), buvusios Savarankišką veiklą vykdančių asmenų draudimo kasos, apdraustas asmuo, siekdamas išlaidų už stacionarinį gydymąsi privačioje Jungtinės Karalystės sveikatos priežiūros įstaigoje atlyginimo. Negavęs kompensacijos, Atėnų pirmosios instancijos teisme pareikštu ieškiniu šis

asmuo pareikalavo iš OAE atlyginti išlaidas. Gavęs skundą Atėnų pirmosios instancijos teismas nusprendė sustabdyti bylos nagrinėjimą ir kreipėsi į Teisingumo Teismą pateikdamas prejudicinius klausimus.

Trimis klausimais, kuriuos reikia nagrinėti kartu, prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikęs teismas iš esmės klausia, ar EB 49 straipsnis turi būti aiškinamas taip, kad jis draudžia tokį valstybės narės teisės aktą, koks nagrinėjamas pagrindinėje byloje, pagal kurį neatlyginamos privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje kitoje valstybėje narėje suteiktos sveikatos priežiūros išlaidos, išskyrus atvejį, kai jos skirtos jaunesnių kaip 14 metų vaikų sveikatos priežiūrai. Teismas priminė, kad pagal nusistovėjusią Teisingumo Teismo praktiką atlygintinai teikiamos medicinos išmokos patenka į nuostatų dėl laisvės teikti paslaugas taikymo sritį, nesant reikalo atskirti stacionarinės ir nestacionarinės sveikatos priežiūros. Taip pat buvo nuspręsta, kad laisvė teikti paslaugas apima paslaugų gavėjų, ypač asmenų, kuriems reikalinga medicininė priežiūra, laisvę vykti į kitą valstybę narę šioms paslaugoms gauti. Be to, Teisingumo Teismas nusprendė, kad medicinos išmoka nenustoja būti paslaugų teikimas EB 49 straipsnio prasme dėl to, kad pacientas, už gautą sveikatos priežiūrą atsiskaitęs su užsienio teikėju, vėliau nacionalinės socialinės apsaugos sistemos prašo sumokėti už šią sveikatos priežiūrą.

Vadinasi, darytina išvada, kad EB 49 straipsnis taikomas paciento, kuris, kaip D. Stamatelakis, atlygintinai gauna medicinos išmokas ligoninėje ne savo gyvenamojoje valstybėje narėje, padėčiai, nesvarbu, ar ši įstaiga būtų viešoji, ar privati. Nors neginčijama, kad Bendrijos teisė nepažeidžia valstybių narių kompetencijos tvarkyti savo socialinės apsaugos sistemas ir kad nesant teisės normų suderinimo Bendrijos lygmeniu, socialinės apsaugos sistemos išmokų suteikimo sąlygos turi būti nustatytos kiekvienos valstybės narės teisės aktuose, vis dėlto tai nepaneigia to, kad naudodamasi šia kompetencija valstybės narės turi laikytis Bendrijos teisės, ypač jos nuostatų, susijusių su laisve teikti paslaugas. Šios nuostatos valstybėms narėms nustato draudimą įvesti arba palikti galioti nepagrįstus naudojimosi šia laisve ribojimus sveikatos priežiūros srityje. Todėl Teismas nusprendė patikrinti, ar priimdama pagrindinėje byloje nagrinėjamus teisės aktus Graikijos Respublika laikėsi šio draudimo.

Šiuo klausimu reikia priminti, kad Teisingumo Teismas yra kelis kartus nusprendęs, jog EB 49 straipsnis draudžia taikyti bet kokį nacionalinės teisės aktą, kuris paslaugų teikimą tarp valstybių narių padaro sunkesnę už paslaugų teikimą vienos valstybės narės viduje. Pagrindinėje byloje iš Graikijos teisės aktų matyti, kad jei Graikijoje socialinės įstaigos apdraustas pacientas gauna priežiūrą viešojoje įstaigoje arba toje pačioje valstybėje narėje esančioje privačioje įstaigoje, su kuria sudaryta sutartis, jam nieko nereikia mokėti. Kitaip yra tuomet, kai šis pacientas stacionariai gydomas privačioje priežiūros įstaigoje, esančioje kitoje valstybėje narėje; tokiu atveju suinteresuotasis asmuo privalo padengti stacionaraus gydymo išlaidas be jokios jų

atlyginimo galimybės. Vienintelė išimtis yra numatyta vaikams iki 14 metų. Be to, nors skubi situacija yra neatlyginimo už stacionarinį gydymą privačioje įstaigoje, su kuria nesudaryta sutartis Graikijoje, išimtis, tokia situacija jokių atvejų nėra išimtis stacionaraus gydymosi kitoje valstybėje narėje esančioje privačioje įstaigoje atveju. Todėl toks teisės aktas atgraso arba net kliudo socialiniu draudimu apdraustiems asmenims kreiptis į stacionaraus gydymo paslaugų teikėjus, įsteigtus kitose nei draudimo valstybėse narėse, ir tiek apdraustų asmenų, tiek paslaugų teikėjų atžvilgiu yra laisvės teikti paslaugas apribojimas.

Teisingumo Teismas yra kelis kartus nusprendęs, kad negalima atmesti galimybės, jog šiurkštus socialinės apsaugos sistemos finansinės pusiausvyros pažeidimo pavojus gali būti privalomasis bendrojo intereso pagrindas, galintis pateisinti laisvės teikti paslaugas principo suvaržymą. Teisingumo Teismas taip pat yra pripažinęs, kad tikslas išlaikyti medicinos ir stacionaraus gydymo tarnybą subalansuotą ir visiems prieinamą taip pat gali sudaryti vieną iš su visuomenės sveikata EB 46 straipsnio prasme susijusių išimčių tiek, kiek toks tikslas padeda pasiekti aukštą sveikatos apsaugos lygį.

Teisingumo Teismas taip pat yra nusprendęs, kad ta pati EB sutarties nuostata leidžia valstybėms narėms apriboti laisvę teikti medicinos ir stacionaraus gydymo paslaugas tiek, kiek gydymo pajėgumo arba medicininės kompetencijos išlaikymas nacionalinėje teritorijoje yra būtinas visuomenės sveikatai ir netgi jos gyventojų išgyvenimui.

Teisingumo teismas atmetė Graikijos vyriausybės argumentą, kad Graikijos socialinės apsaugos institucijos neturi galimybės patikrinti kitoje valstybėje narėje esančiose privačiose sveikatos priežiūros įstaigose teikiamos sveikatos priežiūros kokybės ir kad netikrinama, ar stacionaraus gydymo įstaigos, su kuriomis sudarytos sutartys, gali suteikti tinkamą, identišką arba lygiavertį medicininį gydymą. Teisingumo Teismas konstatavo, 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 [16].

Atsižvelgiant į visa tai, kas išdėstyta pirmiau, Teisingumo Teismas į pateiktus klausimus atsakė, kad EB 49 straipsnis draudžia tokį valstybės narės teisės aktą, koks nagrinėjamas pagrindinėje byloje, pagal kurį nacionalinė socialinės apsaugos institucija neatlygina jokių jos apdraustų asmenų stacionaraus gydymo privačiose sveikatos priežiūros įstaigose, įsteigtose kitoje valstybėje narėje, išlaidų, išskyrus atvejus, kai jos skirtos jaunesnių kaip 14 metų vaikų sveikatos priežiūrai.

2.2.7 Sprendimas byloje Prancūzų bendruomenės vyriausybė, Valonijos vyriausybė prieš Flandrijos vyriausybę, 2008 m. balandžio 1 d., byla C-212/06

Teisingumo teismas 2006 m. gegužės 10 d. gavo Belgijos Cour d'arbitrage prašymą, pateiktą vadovaujantis EB sutarties 234 straipsniu, priimti prejudicinį sprendimą. Šis prašymas pateiktas nagrinėjant ginčą tarp kelių Belgijos Karalystės federacijos subjektų. Šis ginčas kilo tarp Prancūzų bendruomenės vyriausybės bei Valonijos vyriausybės, iš vienos pusės, ir Flandrijos vyriausybės, iš kitos pusės, dėl draudimo pagal Flamandų bendruomenės įtvirtintą asmenų, kurių savarankiškumas yra sumažėjęs dėl sunkaus ir užsitęsusio nedarbingumo, slaugos draudimo sistemą sąlygų. Ieškovės vyriausybės, 2004 m. gruodžio 10 d. prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikusiam teisme pareikštame ieškinyje konkrečiai rėmėsi Reglamento Nr. 1408/71 ir įvairių EB sutarties nuostatų pažeidimais. Jos tvirtino, kad asmenų, dirbančių olandakalbiam regione ar dvikalbiam Briuselio-Sostinės regione, bet gyvenančių už šių dviejų regionų ribų esančioje nacionalinėje teritorijoje, neįtraukimas į šią sistemą yra laisvą asmenų judėjimą ribojanti priemonė. Tokiomis aplinkybėmis Cour d'arbitrage nusprendė sustabdyti bylos nagrinėjimą ir pateikti Teisingumo Teismui keturis prejudicinius klausimus.

Teisingumo Teismas savo sprendime pažymėjo, jog jis ankstesnėse bylose jau yra nusprendęs, kad išmokos, kuriomis siekiama pagerinti asmenų, kuriems reikalinga slauga, kaip antai nagrinėjamieji pagrindinėje byloje, sveikatos būklę ir gyvenimą, iš esmės skirtos papildyti sveikatos draudimo išmokas ir turi būti laikomos „ligos išmokomis“ Reglamento Nr. 1408/71 4 straipsnio 1 dalies a punkto prasme.

Atsižvelgiant į tai, į teismo klausimą „Ar slaugos draudimo sistema, kurią įtvirtino Europos Bendrijų federacinės valstybės narės autonominė bendruomenė, kuri taikoma asmenims, gyvenantiems šios federacinės valstybės dalyje, priklausančioje šios bendruomenės kompetencijai, pagal kurią suteikiama teisė į išlaidų, atsiradusių dėl nemedicininų paslaugų ir pagalbos teikimo asmenims, kurių stipriai sumažėjęs savarankiškumas yra užsitęsęs bei kurie apdrausti pagal šią sistemą, atlyginimą, mokant nustatyto dydžio išmokas už atitinkamas išlaidas ir kuri finansuojama, viena vertus, iš jos narių metinių įmokų ir, kita vertus, iš atitinkamos autonominės bendruomenės biudžeto išlaidoms skirtų lėšų, laikoma sistema, patenkančia į Reglamento (EEB) Nr. 1408/71 *rationae materiae* taikymo sritį, apibrėžtą šio reglamento 4 straipsnyje?“ ETT atsakė, kad tokios išmokos, kokios mokamos iš dalies pakeistu 1999 m. kovo 30 d. Dekretu įtvirtintos slaugos draudimo sistemos pagrindu, patenka į Reglamento Nr. 1408/71 *rationae materiae* taikymo sritį.

Antruoju ir trečiuoju klausimais, kuriuos reikia nagrinėti kartu, prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikęs teismas iš esmės klausia, ar EB sutarties 18, 39 ir 43 straipsnius arba Reglamentą Nr. 1408/71 reikia aiškinti taip, kad jie draudžia valstybės narės federacijos subjekto teisės aktus, pagal kuriuos leidžiama apsidrausti pagal sistemą, kaip antai pagrindinėje byloje nagrinėjama slaugos draudimo sistema, ir gauti joje numatytas išmokas tik šio subjekto kompetencijai priskirtinoje teritorijoje gyvenantiems asmenims, taip pat šioje teritorijoje dirbantiems, bet kitoje valstybėje narėje gyvenantiems asmenims, neįtraukiant šio subjekto teritorijoje teisėtai dirbančių, bet kitame šios valstybės federacijos subjekte gyvenančių asmenų. Teisingumo Teismas priminė, kad nors valstybės narės išsaugo įgaliojimus socialinės apsaugos sistemų organizavimo srityje, vis dėlto naudodamosi šiais įgaliojimais jos privalo laikytis Bendrijos teisės, ypač Sutarties nuostatų laisvo darbuotojų judėjimo ir įsisteigimo teisės srityje. Taip pat iš nusistovėjusios Teisingumo Teismo praktikos matyti, kad visomis Sutarties nuostatomis laisvo asmenų judėjimo srityje siekiama palengvinti Bendrijos piliečiams bet kokios profesinės veiklos vykdymą Bendrijos teritorijoje ir draudžiamos priemonės, galinčios sudaryti nepalankesnes sąlygas šiems piliečiams, siekiantiems vykdyti ekonominę veiklą kitos valstybės narės teritorijoje. Šiomis aplinkybėmis valstybių narių piliečiai turi specialią tiesiogiai Sutarties jiems suteikiamą teisę išvykti iš savo kilmės valstybės ir atvykti į kitos valstybės narės teritoriją bei joje apsigyventi siekiant verstis ekonomine veikla.

Todėl, kaip nurodė Teisingumo Teismas, EB 39 ir 43 straipsniai draudžia bet kokią nacionalinę priemonę, kuri, nors ir taikoma nediskriminuojant dėl pilietybės, gali kliudyti Bendrijos piliečiams pasinaudoti Sutartimi garantuojamomis pagrindinėmis laisvėmis arba dėl kurios naudojimas jomis gali tapti mažiau patrauklus. Atsižvelgus į šiuos principus, priemonės, dėl kurių savo teise laisvai judėti pasinaudoję darbuotojai prarastų socialinės apsaugos lengvatas, užtikrintas jiems vienos valstybės narės teisės aktais, buvo pripažintos kliūtimi. Taigi teisės aktai, kaip antai nagrinėjamieji pagrindinėje byloje, gali sukelti tokias ribojančias pasekmes, nes jais draudimui pagal slaugos draudimo sistemą nustatoma gyvenamosios vietos arba ribotoje nacionalinės teritorijos dalyje, t.y. olandakalbiamame regione ar dvikalbiamame Briuselio-Sostinės regione, arba kitoje valstybėje narėje sąlyga. Iš tiesų darbuotojai migrantai, dirbantys arba ketinantys dirbti pagal darbo sutartį ar savarankiškai viename iš šių dviejų regionų, galėtų būti atgrasomi nuo naudojimosi laisve judėti ir išvykti iš savo kilmės valstybės narės siekiant apsigyventi Belgijoje, nes apsigyvenę tam tikrose Belgijos teritorijos dalyse jie prarastų galimybę pasinaudoti išmokomis, kurias kitu atveju būtų galėję gauti. Kitaip sakant, tai, kad atitinkami pagal darbo sutartį ar savarankiškai dirbantys asmenys patenka į tokią situaciją, jog jie arba netenka galimybės pasinaudoti slaugos draudimu, arba ribojamas jų naujos gyvenamosios vietos pasirinkimas, mažų mažiausiai kliūdo pasinaudoti EB 39 ir 43 straipsniais suteikiamomis

teisėmis. Šiuo atžvilgiu, priešingai nei iš esmės teigia Flandrijos vyriausybė, tai, kad nagrinėjamas atskyrimas grindžiamas vien gyvenamąja vieta nacionalinėje teritorijoje, o ne kuria nors sąlyga dėl pilietybės, neturi reikšmės, nes juo daromas vienodas poveikis visiems pagal darbo sutartį ar savarankiškai dirbantiems asmenims, gyvenantiems Belgijoje. Iš tiesų tam, kad priemonė būtų pripažinta ribojanti laisvą judėjimą, nebūtina, kad ji būtų grindžiama atitinkamų asmenų pilietybe ar kad dėl jos į nepalankią padėtį patektų visi nacionaliniai darbuotojai ar į nepalankią padėtį patektų tik kitų valstybių narių piliečiai, o ne nacionaliniai darbuotojai. Pakanka, kad priemonė būtų palankesnė tam tikroms asmenų, dirbančių atitinkamoje valstybėje narėje, kategorijoms, kaip tai buvo padaryta pagrindinėje byloje nagrinėjama slaugos draudimo sistema. Be to, kalbant apie Flandrijos vyriausybės argumentavimą, jog bet kuriuo atveju šie teisės aktai, atsižvelgus į ribotą nagrinėjamų išmokų dydį ir ribotą suinteresuotųjų asmenų skaičių, laisvam judėjimui gali sukelti tik nedidelį poveikį, pakanka nurodyti, kad pagal nusistovėjusią Teisingumo Teismo praktiką Sutarties straipsniai laisvo prekių, asmenų, paslaugų ir kapitalo judėjimo srityje yra pagrindinės Bendrijos nuostatos ir kad draudžiama net mažiausia kliūtis šiai laisvei. Bet kuriuo atveju, atsižvelgus į tokius reiškinius kaip gyventojų senėjimas, negalima atmesti to, jog atitinkami teise laisvai judėti besinaudojantys asmenys atsižvelgs į galimybę pasinaudoti išmokomis, kaip antai suteikiamos pagal pagrindinėje byloje nagrinėjamą slaugos draudimo sistemą.

Iš to išplaukia, jog nacionalinės teisės aktai, kaip antai nagrinėjamieji pagrindinėje byloje, sudaro kliūčių laisvam darbuotojų judėjimui ir įsisteigimo laisvei, o tai iš esmės draudžia EB 39 ir 43 straipsniai. Pagal nusistovėjusią Teisingumo Teismo praktiką nacionalinės priemonės, galinčios apriboti galimybę pasinaudoti Sutarties garantuotomis pagrindinėmis laisvėmis ar naudojimąsi jomis padaryti mažiau patrauklų, gali būti leistinos, jei jomis siekiama bendrojo intereso tikslo, jos yra tinkamos šiam tikslui pasiekti ir neviršija to, kas reikalinga pasiekti minėtą tikslą. Vis dėlto nei prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikęs teismo Teisingumo Teismui perduotoje bylos medžiagoje, nei Flandrijos vyriausybės pastabose nėra įrodymų, pateisinančių tai, kad pagrindinėje byloje nagrinėjamo slaugos draudimo taikymo tikslais asmenims, dirbantiems olandakalbiamame regione ar dvikalbiamame Briuselio-Sostinės regione, taikoma gyvenamosios vietos viename šių regionų arba kitoje valstybėje narėje sąlyga.

Atsižvelgus į visa, kas išdėstyta, į antrąjį ir trečiąjį klausimus reikia atsakyti taip, kad EB 39 ir 43 straipsnius reikia aiškinti kaip draudžiančius valstybės narės federacijos subjekto teisės aktus, šiuo atveju reglamentuojančius slaugos draudimą, įtvirtintą iš dalies pakeistu 1999 m. kovo 30 d. Flamandų bendruomenės dekretu, pagal kuriuos apsidrausti socialiniu draudimu ir naudotis juo teikiamomis išmokomis leidžiama tik asmenims, gyvenantiems šio subjekto kompetencijai priskirtinoje teritorijoje arba dirbantiems toje teritorijoje, bet gyvenantiems kitoje valstybėje

narėje, nes toks apribojimas daro poveikį kitų valstybių narių piliečiams arba savo teise į laisvą judėjimą Europos Bendrijoje pasinaudojusiems šios valstybės piliečiams.

Į ketvirtąjį klausimą „Ar EB sutarties 18, 39 ir 43 straipsnius reikia aiškinti kaip neleidžiančius susiaurinti tokios sistemos taikymo srities, įtraukiant vien šioje sistemoje numatytuose Europos Bendrijos federacinės valstybės narės subjektuose gyvenančius asmenis?“ ETT atsakė, kad EB 39 ir 43 straipsnius reikia aiškinti kaip draudžiančius valstybės narės federacijos subjekto teisės aktus, kuriais apsidrausti socialiniu draudimu ir naudotis juo teikiamomis išmokomis leidžiama tik šio subjekto teritorijoje gyvenantiems asmenimis, nes toks apribojimas daro poveikį šio subjekto teritorijoje dirbantiems kitų valstybių narių piliečiams arba savo teise į laisvą judėjimą Europos Bendrijoje pasinaudojusiems šios valstybės piliečiams.

2.3 Naujausiųjų Europos Teisingumo teismo bylų įtaka laisvam pacientų judėjimui

Naujausiose savo bylose ETT dar plačiau išaiškino Reglamento 1408/71 nuostatas, teigiamai įtakodamas laisvą pacientų judėjimą. Sprendime Leichtle byloje, ETT papildė Kohll byloje suformuotą praktiką, kuomet pacientas gali naudotis ambulatorinio gydymo paslaugomis be išankstinio kompetentingos įstaigos leidimo. Šioje byloje Teismas išnagrinėjo naują klausimą dėl išlaidų, susijusių su kelione, apgyvendinimu, lankytojo mokesčiu ir galutinės medicininės išvados apie suteiktą gydymą parengimu, atlyginimo. ETT nustatė, kad nepriklausomai nuo to, kad nebuvo gautas išankstinis leidimas, tokios išlaidos turi būti atlygintos. Šioje byloje ETT taip pat pažymėjo, kad siunčiančiajai valstybei nėra draudžiama nustatyti reikalavimą, kad priimančiosios šalies gydymo įstaiga būtų įtraukta į jos patvirtintą sąrašą.

Savo sprendime Keller byloje ETT dar kartą pasirėmė laisvo asmenų judėjimo ES principu, nurodydamas, kad visų ES pripažįstamus diplomus turinčių sveikatos apsaugos darbuotojų kvalifikacija yra vertintina vienodai. Taip pat šioje byloje pirmą kartą buvo patvirtinta priimančiosios šalies gydytojų teisė išsiųsti pacientą gydytis į trečiąją valstybę, garantuojant išlaidų kompensaciją.

Silvia Hosse byloje ETT pareiškė, kad asmuo gali iš kompetentingos pagal darbo sutartį dirbančio asmens darbo vietos institucijos reikalauti tokios priežiūros pašalpos, kuri mokama kaip ligos išmoka pinigais, numatyta Reglamento Nr. 1408/71 19 straipsnyje, jeigu šeimos narys neturi teisės į analogišką išmoką pagal valstybės, kurios teritorijoje jis gyvena, teisės aktus, nereikalaujant, kad asmuo gyventų pašalpa mokančioje valstybėje.

Watts byloje priimtas sprendimas patvirtino anksčiau nagrinėtose Vanbraekel bei Van Riet bylose suformuluotą taisyklę, kad gydymo laukimo eilės, sąlygojančios „nereikalingą atidėliojimą“ yra pagrindas medicinos paslaugoms užsienyje gauti.

Herrera bylos sprendime matome, kad ETT palieka diskreciją siunčiančiajai valstybei nuspręsti, koku mastu kompensuoti gydymo išlaidas, šioje byloje Teismas pritarė kompetentingos įstaigos sprendimui nekompensuoti paciento bei jį lydinto asmens kelionės išlaidų.

Stamatelaki bylos sprendime ETT draudžia priimančiosios šalies privačių gydymo įstaigų diskriminaciją, jeigu analogiškos sveikatos paslaugos leidžiamos siunčiančiosios valstybės privačiose gydymo įstaigose.

Byloje Prancūzų bendruomenės vyriausybė, Valonijos vyriausybė prieš Flandrijos vyriausybę Teismas įtvirtino draudimą diskriminuoti pacientus ne tik pilietybės pagrindu, bet ir jų gyvenamosios vietos pagrindu.

3. EUROPOS TEISINGUMO TEISMO JURISPRUDENCIJOS POVEIKIS LIETUVOS TEISEI

Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2007 m. gegužės 15 d. nutarime *inter alia* konstatuota: „Konstitucinis Teismas savo nutarimuose ne kartą yra konstatavęs, kad Europos Žmogaus Teisių Teismo jurisprudencija, kaip teisės aiškinimo šaltinis, yra svarbi ir Lietuvos teisės aiškinimui bei taikymui; tai *mutatis mutandis* pasakytina ir apie Europos Teisingumo Teismo bei Europos Bendrijų Pirmosios instancijos teismo jurisprudenciją“ [10]. Teisingumo Teismas yra atsakingas už tai, kad bendrieji teisės principai būtų įtraukti į Bendrijos teisės turinį. Laisvo pacientų judėjimo kontekste vieni iš aktualiausių bendrųjų teisės principų yra teisinio tikrumo principas, teisėtų lūkesčių principas, diskriminacijos draudimo arba lygybės principas. Teisinio tikrumo principas apibūdinamas kaip valstybės valdžios institucijų pareiga užtikrinti, kad asmenys, kuriems turi būti taikomos tam tikros teisės normos, galėtų numatyti šių teisės normų buvimą, jų interpretavimo ir taikymo būdą. Teisėtų lūkesčių principas, kuris apibūdinamas kaip valstybės valdžios institucijų pareiga užtikrinti asmens, kuris teisinės sistemos buvo įtikintas, kad jis pasieks tam tikrą rezultatą, jeigu veiks vadovaudamasis galiojančiomis normomis, lūkesčius tą rezultatą pasiekti. Lygybės principas apibūdinamas kaip draudžiantis nevienodą elgesį panašiais atvejais arba vienodą elgesį nevienodais atvejais, išskyrus kai toks skirtingas elgesys gali būti objektyviai pateisinamas.

Leidimų gauti kitos valstybės narės ligoninės paslaugas išdavimo tvarka turi užtikrinti pacientų apsaugą nuo jų nacionalinių valdžios institucijų priimamų savavališkų sprendimų. Siekiant palengvinti laisvą pacientų judėjimą nekenkiant valstybių narių numatytiems plėtros tikslams, remiantis Europos Teisingumo Teismo praktika, gydymas ligoninėje turėtų būti apibrėžtas tiksliai, kaip tik ligoninės infrastruktūrą teikiamas gydymas, bet ne, pavyzdžiui, privataus chirurgo ar paciento namuose teikiamas gydymas. Būtina suteikti galimybę pacientui bet kokią atsisakymą išduoti leidimą užginčyti teisme ir kad siekiant įvertinti kiekvieno paciento sveikatos būklę turėtų būti reikalaujama, kad nepriklausomi ekspertai suteiktų objektyvią ir nešališką konsultaciją.

Leidimus gauti medicinos paslaugas kitoje valstybėje Lietuvoje išduoda Valstybinė (toliau – VLK) ir teritorinės (toliau – TLK) ligonių kasos. Tai valstybinės institucijos, kurios kartu su kitomis institucijomis vykdo privalomąjį sveikatos draudimą. TLK apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu garantuoja sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas apmokėjimą. Teritorinės ligonių kasos vadovaujasi Lietuvos Respublikos Konstitucija, Civiliniu kodeksu, Sveikatos draudimo įstatymu, Privalomojo sveikatos draudimo

tarybos nutarimais, taip pat Sveikatos apsaugos ministerijos ir Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymais, bei kitais teisės aktais.

Sveikatos apsaugos ministro įsakyme „Dėl pacientų nukreipimo konsultuotis (išsitiirti) ir/ar gydytis užsienyje ir išlaidų apmokėjimo tvarkos patvirtinimo“ nurodytoje pacientų siuntimo gydytis į užsienį tvarkoje nėra nustatyta, kuo remiantis Sveikatos apsaugos ministras sudaro komisiją, nėra numatyta, koku būdu pacientas gali skųsti jam nepalankų komisijos sprendimą. Taip pat mūsų nuomone nustatyta tvarka nėra tobula tuo požiūriu, kad visų medicininių išvadų parengimas priklauso vienasmeniškai atitinkamos klinikos vadovui ar ministerijos specialistui konsultantui. Teisė pacientui pasirinkti gydymą užsienio šalyje turėtų būti suteikiama, jei šis pasirinkimas jam leis gauti tinkamą gydymą, kartu suteikiant jam visą informaciją apie prieigos prie šio gydymo terminus ir išankstines sąlygas bei šio pasirinkimo pasekmes. Remiantis Europos Teisingumo Teismo praktika, išankstinis leidimas priežiūrai ligoninėje turėtų būti gaunamas lengvai, svarstomas nedelsiant ir vertinamas remiantis objektyviais ir nešališkais kriterijais, atsisakymas išduoti leidimą turėtų būti pagrįstas objektyviomis priežastimis, kurios turėtų būti skaidriai patikrintos ir argumentuotos, ir atsisakymas turėtų būti motyvuotas remiantis nepriklausomų ekspertų nuomone.

Pagal Lietuvoje galiojančią tvarką, pacientas gali būti siunčiamas gydymui užsienyje tik jeigu visi Lietuvoje galimi tyrimo ir gydymo metodai nedavė teigiamų rezultatų, o užsienyje būtų galima suteikti konsultacijas bei pritaikyti naujus tyrimo ir/ar gydymo metodus, kurių prognozuojami rezultatai būtų geri. Vadovaujantis ETT sprendimais, leidimas turi būti išduodamas, kuomet „eksportuojančioje“ valstybėje narėje yra ilgos gydymo laukiančių pacientų eilės, o ligonio būklė reikalauja greitesnio gydymo. Minėtame sveikatos apsaugos ministro įsakyme galimybė gauti gydymą užsienyje tokiu atveju nėra numatyta. Tuo tarpu, Europos socialinės apsaugos kodekse nėra užsimenama apie laukiančiųjų gydymo eiles, iš ko išplaukia, kad eilės yra nepriimtinos kai kalbama apie gydymą [24].

Išnagrinėję keturiolika Europos teisingumo teismo bylų, matome, kad pacientams nepagrįstai nesuteikus išankstinio kompetentingos įstaigos leidimo gydytis užsienyje, gydymo išlaidos vėliau buvo kompensuotos. Norint išvengti nepagrįsto atsisakymo išduoti leidimą gydytis užsienyje, reikėtų priimant sprendimus atsižvelgti į suformuotą ETT praktiką. Priėmus sprendimus Kohll ir Decker bylose, buvo atvertas kelias gauti medicinos paslaugas užsienyje be išankstinio leidimo. Dėl įvairių priežasčių, pavyzdžiui, greitai blogėjančios sveikatos būklės, neinformuotumo ir kt., Lietuvos piliečiui išvykus gydytis be leidimo, turėtų būti kompensuotos jo patirtos išlaidos. Pažymėtina, kad šis klausimas iki šiol nėra reglamentuotas Lietuvos teisės aktuose.

Lietuvos PSDF nekompensuoja gydymo privačioje užsienio įstaigoje. PSDF biudžeto lėšomis neapmokamas paciento mokestis, priemoka arba paslaugos, suteiktos privačiose, šalies valstybinei sistemai nepriklausančiose įstaigose [43]. Sprendimo Stamatelaki byloje 38 punkte yra nurodyta, kad „EB 49 straipsnis draudžia tokį valstybės narės teisės aktą, koks nagrinėjamas pagrindinėje byloje, pagal kurį nacionalinė socialinės apsaugos institucija neatlygina jokių jos apdraustų asmenų stacionaraus gydymo privačiose sveikatos priežiūros įstaigose, įsteigtose kitoje valstybėje narėje, išlaidų, išskyrus atvejus, kai jos skirtos jaunesnių kaip 14 metų vaikų sveikatos priežiūrai“. Remiantis šiuo sprendimu, gydymas privačioje užsienio gydymo įstaigoje turi būti kompensuojamas. Lietuvoje yra nemažai privačių gydymo įstaigų, kurios teikia nemokamas paslaugas, kompensuojamas pagal sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis. Teisės aktuose nėra numatytos atitinkamo gydymo galimybės ES, EEE šalyje narėje ar Šveicarijoje. Taip gali būti sudaromos sąlygos minėtų užsienio valstybių medicinos paslaugų teikėjų diskriminacijai.

Europos Sąjungos teisės aktuose iki šiol nėra tiksliai apibrėžta, kas laikoma stacionariu ir kas – ambulatoriniu gydymu. Byloje Müller-Faure Teismas jau bandė nustatyti skirtumą tarp jų. Kaip reikia traktuoti ambulatorinį gydymą, kuris praktikoje, nors ir neprivalomai, paprastai skiriamas ligoninėje? Ar svarbu, kad kitoje valstybėje narėje gydoma ambulatoriškai? Nėra pilnai aišku, kaip turi būti kompensuojamas kombinuotas gydymas. ETT linkęs pateisinti leidimų neišdavimą stacionariam gydymui, tačiau nepateisina, kuomet nesuteikiamas leidimas ambulatoriniam gydymui. Lietuvos teisės aktuose nėra aiškios diferenciacijos tarp ambulatorinio ir stacionarinio gydymo užsienyje.

Lietuvoje, kaip ir visoje Europos Sąjungoje diegiami e-sveikatos projektai. E-sveikata apima tarpvalstybinį susižinojimą, duomenų apie paciento draustumą patikrinimą, ligos ir gydymo istorijos išsaugojimą. Šiuo metu yra aiškiai nepakankamas informacinių technologijų išteklių panaudojimas sveikatos srityje. Pavyzdžiui, neturint Europos sveikatos draudimo kortelės, pacientui susirgus užsienyje, pacientas gali patirti nepatogumų, kadangi kompetentinga užsienio šalies įstaiga negalėtų tiesiogiai susižinoti su Lietuvos ligonių kasomis.

ETT sprendimai įpareigoja užtikrinti laisvę teikti paslaugas visoje ES. Lietuvai įsiliejus į ES vidaus rinką, Lietuvos gydymo įstaigos gali sulaukti naujų pacientų srautų iš kitų ES šalių narių, kuriose yra ilgesnės eilės, paslaugos kainuoja brangiau ar atitinkamo gydymo kokybė laikoma žemesne. Gali atsitikti, kad pacientams iš užsienio būtų teikiama pirmenybė dėl geresnio apmokėjimo už paslaugas.

Kadangi Lietuva yra maža šalis, kai kurių retų (našlaitėlinių) ligų gydymui gali tekti kreiptis pagalbos į kitų (didesnių) ES šalių gydymo įstaigas turinčias tokio gydymo galimybes. Kai kurie pasaulyje populiaraus gydymo būdai Lietuvoje dar netaikomi, pavyzdžiui, neatliekama gyvo

donoro kepenų transplantacija, kai tuo tarpu ES senbuvėse tai jau tapo kasdienybe. Žmonių, laukiančių kepenų transplantacijos, sąrašas nuolat ilgėja ir tikriausiai atsirastų ne vienas potencialus donoras. Manytume, kad kai kuriais atvejais būtų efektyviau išsiųsti ligonį gydytis į kitą ES šalį narę, tokiu būdu sutaupant lėšų, kurios yra skiriamos mažiau efektyviems gydymo būdams Lietuvoje.

Siekiant efektyvaus pacientų judėjimo, visi susiję asmenys turi būti informuoti apie sistemos funkcionavimą ir jos privalumus. Siunčiantys gydytojai turi norėti suteikti informaciją savo pacientams ir juos nukreipti bei užtikrinti tęstinį gydymą jiems sugrįžus. Nacionaliniai paslaugų teikėjai turi noriai bendradarbiauti su savo užsienio kolegomis. Nukreipiančių gydytojų informavimas, kaip rodo Nyderlandų ir Belgijos patirtis, užtikrina sklandesnį pacientų mobilumą (Rosenmöller, 2006). Išnagrinėtuose Lietuvos teisės aktuose neradome informacijos apie tęstinio gydymo užtikrinimą pacientui sugrįžus.

Apibendrinant, išnagrinėjus minėtus teisės aktus, nenustatėme tiesioginės ETT jurisprudencijos įtakos Lietuvos teisei. Jeigu bus patvirtinta 2008 m. liepos 2 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva „Dėl pacientų teisių į sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse įgyvendinimo“, ETT praktika bus perkelta į nacionalinius teisės aktus, tokiu būdu tiesiogiai įtakodama Lietuvos teisę.

IŠVADOS IR SIŪLYMAI

1) Laisvas pacientų judėjimas ES gali būti laikomas sudėtine laisvės teikti paslaugas ir laisvo asmenų judėjimo dalimi.

2) Pacientų mobilumą ES skatina išaugęs ES gyventojų mobilumas, pasienio teritorijų integracija, išaugusi medicinos paslaugų kokybė kai kuriose valstybėse, didėjančios gydymo laukiančių pacientų eilės, skirtingos ES šalių narių nuostatos dėl kai kurių medicinos paslaugų, sveikatos paslaugų teikėjų, sveikatos draudimo įstaigų, politikos ir masinės informacijos priemonių įtaka, ETT sprendimai.

3) Laisvas pacientų judėjimas yra trikdomas daugelio įvairių kliūčių, tokių kaip asmenų diskriminacija, sveikatos priežiūros teikėjų sukeliama žala ir teisminė gynyba dėl jos, asmens duomenų apsaugos problema, informuotumo stoka, sudėtingos administracinės procedūros, finansavimo problemos, užsienio gydytojų išrašytų receptų nepripažinimas.

4) ETT savo sprendimuose įtvirtino draudimus riboti pacientų judėjimo laisvę, tuo sudarydamas sąlygas didėti išvykstančių gydytis į užsienio gydymo įstaigas skaičiui.

5) Lietuvos teisės aktai, reglamentuojantys laisvą pacientų judėjimą, yra tobulintini vadovaujantis suformuota Europos Teisingumo Teismo praktika, kadangi juose pacientų teisės nėra užtikrinamos tokia apimtimi, kokią garantuoja ETT jurisprudencija.

Siekiant patobulinti Lietuvos teisės aktus, reglamentuojančius pacientų judėjimą Europos Sąjungoje, siūlytume:

1) Lietuvos teisės aktai, reglamentuojantys gydymo įstaigų darbą, turėtų būti tobulinami atsižvelgiant į Europos Teisingumo Teismo jurisprudenciją ir Lietuvos pacientų mobilumo tendencijas. Šiuo metu galiojanti Sveikatos sistemos įstatymo 4 straipsnio 1 dalyje įtvirtinta nuostata, kad vienas iš sveikatinimo veiklos tikslų yra „mažinti atskirų visuomenės socialinių ir profesinių grupių atsilikimą nuo kitų visuomenės grupių pagal sveikatos būklės rodiklius, nepabloginant bendrojo gyventojų sveikatos lygio“ turėtų būti papildyta tikslu mažinti Lietuvos gyventojų atsilikimą nuo kitų ES valstybių narių gyventojų pagal sveikatos būklės rodiklius.

2) Išankstinis leidimas turėtų būti gaunamas lengvai, svarstomas nedelsiant ir vertinamas remiantis objektyviais ir nešališkais kriterijais, atsisakymas išduoti leidimą turėtų būti pagrįstas objektyviomis priežastimis, kurios turėtų būti skaidriai patikrintos ir argumentuotos, ir atsisakymas turėtų būti motyvuotas remiantis nepriklausomų ekspertų nuomone.

3) Reglamentuoti užsienyje patirtų gydymo išlaidų kompensavimą, kuomet Lietuvos piliečiai išvyksta gydytis be išankstinio leidimo.

- 4) Teisės aktuose turėtų būti numatyta išlaidų kompensavimo galimybė gydantis privačioje gydymo įstaigoje ES, EEE šalyje narėje ar Šveicarijoje.
- 5) Lietuvos teisės aktuose turėtų atsirasti diferenciacija tarp ambulatorinio ir stacionarinio gydymo užsienyje.
- 6) Siūlytume tobulinti teisinę bazę spartesniam ir visapusiškesniam e-sveikatos įdiegimui Lietuvoje.
- 7) Įstatymų leidėjas turėtų pasirengti apsaugoti Lietuvos pacientų teises, kad užsienio pacientams nebūtų teikiama pirmenybė dėl geresnio apmokėjimo už paslaugas.
- 8) Siūlytume Lietuvos ligonių kasoms suderinti iš PSDF biudžeto finansuojamų paslaugų sąrašą su kitomis ES valstybėmis ir nustatyti tvarką, pagal kurią esant efektyvesnio gydymo galimybei ligonis būtų siunčiamas gydytis į kitą valstybę, neikvojant lėšų mažiau efektyviems gydymo būdams Lietuvoje. Galėtų būti pasirašomos tarpvalstybinio bendradarbiavimo sutartys.
- 9) Kadangi yra sunku kontroliuoti sveikatos paslaugų teikėją užsienio valstybėje, jo atliekamų tyrimų kiekį ir tikslingumą bei gydymo kainą, siūlome Lietuvos ir užsienio valstybės kompetentingų įstaigų sutartyse nustatyti, kad vidutinė gydymo kaina galėtų būti viršyta tik tam tikru dydžiu, priešingu atveju siūloma reikalauti išankstinio leidimo.
- 10) Siūlytume reglamentuoti pacientų, grįžusių į Lietuvą, tęstinį gydymą.
- 11) Būtina stiprinti pacientų apsaugą, reikalaujant, kad sveikatos priežiūros specialistai apsidraustų profesinės civilinės atsakomybės draudimu.

LITERATŪRA

1. **Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas**// Valstybės žinios. 1996, Nr. 102-2317; 2004, Nr. 115-4284
2. **Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas**// Žin., 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr. 112-3099
3. **Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8 d. įsakymas Nr. V-205** „Dėl Europos Sąjungos šalių narių piliečiams Lietuvoje suteiktų privalomojo sveikatos draudimo paslaugų išlaidų kompensavimo tvarkos patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2004, Nr.54-1844
4. **Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. rugsėjo 6d. įsakymas Nr. 478** „Dėl pacientų nukreipimo konsultuotis (išsitiirti) ir/ar gydytis užsienyje ir išlaidų apmokėjimo tvarkos patvirtinimo“//Valstybės žinios. 2001, Nr. 78-2735
5. **Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. sausio 6d. įsakymas Nr. V-20** „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. rugsėjo 6d. įsakymo Nr. 478 „Dėl pacientų siuntimo konsultuotis (išsitiirti) ir/ar gydytis Europos Sąjungos ir kitose šalyse tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“//Valstybės žinios. 2006, Nr. 5-182
6. **Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro ir sveikatos apsaugos ministro 2007 m. birželio 4 d. įsakymas Nr. A1-152/V-443** „Dėl E 104 LT formos pažymos išdavimo Lietuvos Respublikoje apdraustiems socialiniu ir(ar) privalomuoju sveikatos draudimu asmenims tvarkos aprašo patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2007, Nr. 65-2531
7. **Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. birželio 22 d. įsakymas Nr. V-510** „Dėl Europos sveikatos draudimo kortelės išdavimo Lietuvos Respublikoje privalomuoju sveikatos draudimu apdraustiems asmenims“ // Valstybės žinios. 2005, Nr. 80-2925
8. **Lietuvos Respublikos Valstybinės ligonių kasos prie sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2008 m. sausio 23 d. įsakymas Nr. 1K-3** „Dėl E 106 formos pažymų tvarkymo aprašo patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2008, Nr. 9-332
9. **Lietuvos Respublikos Valstybinės ligonių kasos prie sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2006 m. balandžio 11 d. įsakymas Nr. 1K-57** „Dėl E 126 formos pažymų pildymo ir išdavimo bei apdraustųjų išlaidų kompensavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2006, Nr. 42-1550
10. **Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2007 m. gegužės 15 d. nutarimas** „Dėl Lietuvos Respublikos administracinių bylų teisenos įstatymo 57 straipsnio 3 dalies (2000 m. rugsėjo 19 d. redakcija), Lietuvos Respublikos valstybės ir tarnybos paslapčių įstatymo 10 straipsnio 4 dalies (1999

m. lapkričio 25 d. redakcija), 11 straipsnio (1999 m. lapkričio 25 d. redakcija) 1, 2 dalių atitiktis Lietuvos Respublikos Konstitucijai“ // Valstybės žinios. 2007, Nr. 54-2097

11. **Lietuvos Respublikos Seimo Žmogaus Teisių komiteto išvada Gyvybės prenatalinėje fazėje apsaugos įstatymo projektui.** http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=318449&p_query=n%EB%F0tumo%20nutraukimas&p_tr2=2 [žiūrėta 2008 11 02]

12. **EB Reglamento 1408/71 ir EB Reglamento 574/72 jungtinė tekstų versija.** OJ 1992 L235 <http://eur-lex.europa.eu> [žiūrėta 2008.11.03]

13. **Europos Tarybos reglamentas (EEB) Nr. 1408/71** dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims, savarankiškai dirbantiems asmenims ir jų šeimų nariams, judantiems Bendrijoje su paskutiniaisiais pakeitimais, padarytais Europos Parlamento ir Tarybos reglamentu (EB) Nr. 629/2006 OL L 149, 1971 7 5, p. 2. OL L 114, 2006 4 27, p. 1. <http://eur-lex.europa.eu/JOIndex.do?year=2006&serie=L&textfield2=114&Submit=Ie%C5%A1koti&submit=Ie%C5%A1koti&ihmlang=lt> [žiūrėta 2007 09 01]

14. **Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2006/123/EB** dėl paslaugų vidaus rinkoje 2006 m. gruodžio 12 d.. OL L 376. 2006 12 27, p. 36. http://eur-lex.europa.eu/JOIndex.do?year=2006&serie=L&textfield2=376&Submit=Ie%C5%A1koti&_submit=Ie%C5%A1koti&ihmlang=lt [žiūrėta 2008 10 15]

15. **Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2005/36/EB** dėl profesinių kvalifikacijų pripažinimo 2005 m. rugsėjo 7 d. OL L 255, 2005 9 30, p. 22 http://eur-lex.europa.eu/JOIndex.do?year=2005&serie=L&textfield2=255&Submit=Ie%C5%A1koti&_submit=Ie%C5%A1koti&ihmlang=lt [žiūrėta 2008 10 10]

16. **Europos Tarybos direktyva 93/16/EEB** skirta palengvinti laisvą gydytojų judėjimą ir jų diplomų, pažymėjimų ir kitų oficialias kvalifikacijas patvirtinančių dokumentų abipusį pripažinimą 1993 m. balandžio 5 d.. http://www3.lrs.lt/pls/inter1/dokpaieska.showdoc_l?p_id=32652 [žiūrėta 2008 11 03]

17. **Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 95/46/EB** 1995 m. spalio 24 d. OL L 281, 1995 11 23, p. 31

18. **Europos Parlamento ir Tarybos direktyva** dėl pacientų teisių į sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse įgyvendinimo/ pasiūlymas. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/healthcare/docs/COM_lt.pdf [žiūrėta 2008 11 02]

19. **Europos Bendrijų darbuotojų migrantų socialinės apsaugos Administracinė komisija.** Sprendimas Nr. 202 2005 m. kovo 17 d. <http://www.sodra.lt/get.php?f.1552> [žiūrėta 2008 11 02]

20. **Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartija.** OL C 364, 2000 12 18, p.1. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2000:364:0001:0022:EN:PDF> [žiūrėta 2008 08 25]

21. **Europos Teisingumo teismo sprendimai.** <http://curia.europa.eu> [žiūrėta 2008 11 03]
22. **Barnard C.** Europos Sąjungos materialinė teisė: keturios laisvės / Vilnius, 2005-. 4 t. – ISBN 9955-682-07-8
23. **Cairns W.** Europos Sąjungos teisės įvadas. Vilnius Eugrimas, 1999. 407 p. – ISBN 9986-752-55-8
24. **European Code of Social Security: Short guide/** Council of Europe, March 2003. 135 p. – ISBN 92-871-4885-6
25. **Glinos I. A., Rita Baeten.** A literature review of cross-border patient mobility in the European Union. Europe for patients project. 2006. p. 6. http://www.ose.be/files/health/WP12_lit_review_final.pdf [žiūrėta 2008 07 03]
26. **Hermans HE.** Cross-border health care in the European Union: recent legal implications of “Decker and Kohll” // J Eval Clin Pract. 2000 Nov; 6(4):431-9 <http://www3.interscience.wiley.com/journal/121445683/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0> [žiūrėta 2007 11 03]
27. **Hervey T. K., McHale J. V.** Health law and the European Union. – Cambridge University Press, 2004, 469 p. – ISBN 0-521-60524-5
28. **Junevičius A., Schafer H. M.** Europos Bendrijos bendrosios rinkos teisė. – Kaunas: 2005. 422 p. – ISBN 9955-665-44-0
29. **Kleinys St. ir kt.** Dabartinės lietuvių kalbos žodynas. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidykla, 1993. – 967 p. – ISBN 5-420-01242-1
30. **Legido-Quigley H. et al.** Patient mobility in the European Union // BMJ 2007;334: p. 188-190 <http://www.bmj.com/cgi/content/extract/334/7586/188> [žiūrėta 2008 09 15]
31. **Liubarskienė Z.** Normatyvioji medicinos etika: bendrasis vadovėlis. – Kaunas: Kauno medicinos universiteto leidykla, 2005. – 259 p. – ISBN 9955-15-032-7
32. **Mossialos E.** Is a European healthcare policy emerging? Yes, but its nature is far from clear // BMJ 2001 August 4; 323(7307): 248. [http://www .pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1120872](http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1120872) [žiūrėta 2008 09 15]
33. **Mossialos E., McKee M.** EU law and the social character of health care. – Bruxelles: 2002. 259 p. – ISBN 90-5201-110-9
34. **Pečkaitis J. S., Mačerinskienė I.** Magistro baigiamojo darbo rengimo tvarka/ Mokomasis leidinys. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2008. 80 p. – ISBN 978-9955-19-083-7
35. **Rosenmöller M. et al.** Patient mobility in the European Union. Learning from experience, 2006. http://www.euro.who.int/Document/Obs/Patient_Mobility.pdf [žiūrėta 2008 11 03]
36. **Sabalienė J., Noreikienė L.** Šiandieninė Lietuvos patirtis įgyvendinant Europos Tarybos reglamentus. VLK Tarptautinių ryšių ir ES integracijos skyrius. http://www.vlk.lt/vlk/za_sd/?page=item&item_id=129 [žiūrėta 2008 09 03]
37. **Šimonis M.** Gydytojų ir pacientų teisiniai santykiai // Justitia. – Vilnius: 2005, Nr. 2 (56), p. 58

38. **Vaitkevičiūtė V. Tarptautinių žodžių žodynas.** – Vilnius: leidykla „Žodynas“, 2000, 2 t. 672 p. – ISBN 9986-465-39-7
39. **Žaltauskaitė – Žalimienė S.** Teisė besikeičiančioje Europoje. Naujausios įsteigimo laisvės tendencijos Europos Sąjungoje/ Laisvas asmenų judėjimas pagal Europos Bendrijos teisę: įsteigimo teisė. – Vilnius, Rosma, 2002, p. 885-886. – ISBN 9986-00-341-5
40. **Judumas Europoje/ Sveikata** –ES. Europos sąjungos portalas apie sveikatą http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/mobility_in_europe/index_lt.htm [žiūrėta 2008 11 03]
41. **Bendrijos socialinės apsaugos teisės aktų nuostatos/ Jūsų teisės judant Europos Sąjungoje.** Europos komisijos vadovas. p. 45 http://ec.europa.eu/employment_social/publications/2005/ke6404022_lt.pdf [žiūrėta 2008 09 03]
42. **Leidimas (forma E112)/** Europos komisija, teismų praktika. [http:// ec. europa.eu/employment_social/social_security_schemes/healthcare/e112/caselaw_lt.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/social_security_schemes/healthcare/e112/caselaw_lt.htm) [žiūrėta 2008 11 03]
43. **Būtinoji medicinos pagalba Europos Sąjungos šalyse.** http://www.vlk.lt/vlk/p_r/?page=item&kat_id=7&date=2004-05-10&item_id=1246 [žiūrėta 2008 11 02]
44. **Health consumer powerhouse.** Response to European Commission Consultation regarding Community action on health services. January 20070131. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co147.pdf [žiūrėta 2008.09.03]

Urbanavičius L. Laisvas pacientų judėjimas Europos Teisingumo teismo jurisprudencijoje ir poveikis Lietuvos teisei. / Teisės magistro baigiamasis darbas. Vadovas doc. dr. J. Juškevičius – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Teisės fakultetas, 2008. – 60 p.

ANOTACIJA

Darbe išnagrinėta Europos Teisingumo teismo jurisprudencija pacientų judėjimo srityje, jos įtaka laisvam pacientų judėjimui Europos Sąjungoje ir Europos Ekonominės Erdvės šalyse bei Šveicarijoje. Išanalizuoti Lietuvos teisės aktai, reglamentuojantys laisvą pacientų judėjimą, nustatyta, kiek jie yra įtakojami Europos Teisingumo teismo jurisprudencijos, pateikti pasiūlymai Lietuvos teisinės bazės tobulinimui. Pirmojoje darbo dalyje apibrėžta paciento sąvoka, pacientų judėjimo samprata, priežastys, laisvo pacientų judėjimo kliūtys bei teisinis reglamentavimas. Antroje dalyje išnagrinėta Teismo jurisprudencija, išanalizuota naujausiųjų bylų, kuriose sprendimai priimti 2004-2008 metais, įtaka laisvam pacientų judėjimui. Trečiojoje dalyje nagrinėti Lietuvos teisės aktai, reglamentuojantys laisvą pacientų judėjimą. Lietuvos teisės aktai palyginti su Europos Teisingumo teismo priimtais sprendimais šioje srityje, analizuotas šių sprendimų poveikis Lietuvos teisei.

Pagrindiniai žodžiai: laisvas pacientų judėjimas, gydymas užsienyje, Europos Teisingumo teismas, medicininių išlaidų kompensavimas, Valstybinė ligonių kasa.

Urbanavičius L. Free movement of patients in the jurisprudence of the European Court of Justice and impact on the Lithuanian law. / Master's work in Law. Supervisor assoc. prof. dr. J. Juškevičius – Vilnius: Faculty of Law, Mykolas Romeris University, 2008. – 60 p.

ANOTATION

Jurisprudence of the European Court of Justice in the area of patient mobility and its impact on the free movement of patients within the European Union, the European Economic Area countries and Switzerland was analyzed in this master's work. Lithuanian legislation regulating free movement of patients was studied, the impact of the jurisprudence of the European Court of justice was determined; proposals for improvement of the Lithuanian normative-legal basis were made. Conception of the patient and the mobility of patients, its causes, obstacles and the legislative regulation are defined in the first part of the work. The second part consists of the analysis of the jurisprudence of the Court, analysis of impact of rulings made between 2004 and 2008 on the free movement of patients.

Lithuanian legislation regulating free movement of patients was analyzed in the third part of the work, comparison between the Lithuanian legislative acts and the rulings of the Court in this area was made, and the impact of these rulings on the Lithuanian law was studied.

Keywords: free movement of patients, treatment abroad, European Court of Justice, reimbursement of medical expenditure, State Patient Fund.

Urbanavičius L. Laisvas pacientų judėjimas Europos Teisingumo teismo jurisprudencijoje ir poveikis Lietuvos teisei. / Teisės magistro baigiamasis darbas. Vadovas doc. dr. J. Juškevičius – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Teisės fakultetas, 2008. – 60 p.

SANTRAUKA

Laisvo pacientų judėjimo Europos Teisingumo teismo jurisprudencijoje tema yra aktuali, kadangi Europos Teisingumo teismui tenka pagrindinis vaidmuo kilus abejonėms dėl Europos Bendrijos taisyklių taikymo srityje, jų taikymo atskirais atvejais ir jų išaiškinimo nacionalinės teisės aktų atžvilgiu. Tema yra nauja, kadangi darbe nagrinėjamos naujausios Europos Teisingumo teismo bylos pacientų judėjimo srityje, analizuojamas jų poveikis Lietuvos teisės aktams, reglamentuojantiems gydymąsi užsienyje. Tiriama **problema** – laisvo asmenų judėjimo kliūtys ES bei nacionalinės teisės lygmenyje. Magistro baigiamojo darbo **tyrimo objektas** – laisvas pacientų judėjimas ETT jurisprudencijoje. Magistrinio darbo **tikslas** – išanalizuoti ETT jurisprudencijos įtaką laisvam pacientų judėjimui ES, EEE šalyse bei Šveicarijoje, jos pagrindu sukurti praktines rekomendacijas Lietuvos teisės aktų, reglamentuojančių laisvą pacientų judėjimą, tobulinimui. **Uždaviniai:** atskleisti laisvo pacientų judėjimo sampratą; išanalizuoti ETT jurisprudenciją pacientų judėjimo srityje; įvertinti ETT jurisprudencijos poveikį Lietuvos teisei; remiantis atlikta analize, pateikti savo vertinimus ir pasiūlymus Lietuvos teisės aktų pacientų mobilumo srityje tobulinimui. **Hipotezė:** ETT jurisprudencija sąlygoja pacientų mobilumo didėjimą; laisvą pacientų judėjimą ES reglamentuojantys nacionaliniai teisės aktai yra tobulintini vadovaujantis suformuota ETT praktika. Darbe naudoti mokslinio tyrimo **metodai:** loginis, lingvistinis, sisteminės analizės, dokumentų, mokslinės metodinės literatūros analizės. **Rezultatai.** Išanalizuotos 7 ETT nuo 2004 metų išnagrinėtos bylos pacientų judėjimo srityje, jos palygintos su ankstesne Teismo jurisprudencija, nustatyta jų įtaka laisvam pacientų judėjimui. Išnagrinėti Lietuvos teisės aktai, reglamentuojantys pacientų judėjimą, įvertinta Teisingumo teismo jurisprudencijos įtaka Lietuvos teisei. **Išvados.** Laisvas pacientų judėjimas ES gali būti laikomas sudėtine laisvės teikti paslaugas ir laisvo asmenų judėjimo dalimi. Pacientų mobilumą ES skatina išaugęs ES gyventojų mobilumas, pasienio teritorijų integracija, išaugusi medicinos paslaugų kokybė kai kuriose valstybėse, didėjančios gydymo laukiančių pacientų eilės, skirtingos ES šalių narių nuostatos dėl kai kurių medicinos paslaugų, sveikatos paslaugų teikėjų, sveikatos draudimo įstaigų, politikos ir masinės informacijos priemonių įtaka, ETT sprendimai. Laisvas pacientų judėjimas yra trikdomas daugelio įvairių kliūčių, tokių kaip asmenų diskriminacija, sveikatos priežiūros teikėjų sukeliama žala ir teisminė gynyba dėl jos, asmens duomenų apsaugos problema, informuotumo stoka, sudėtingos administracinės procedūros, finansavimo problemos, užsienio gydytojų išrašytų receptų

nepripažinimas. ETT savo sprendimuose įtvirtino draudimus riboti pacientų judėjimo laisvę, tuo sudarydamas sąlygas didėti išvykstančių gydytis į užsienio gydymo įstaigas skaičiui. Lietuvos teisės aktai, reglamentuojantys laisvą pacientų judėjimą, yra tobulintini vadovaujantis suformuota Europos Teisingumo Teismo praktika, kadangi juose pacientų teisės nėra užtikrinamos tokia apimtimi, kokią garantuoja ETT jurisprudencija. Darbas susideda iš įvado, trijų skyrių bei išvadų. Pabaigoje autorius pateikia siūlymus Lietuvos teisės aktų, reglamentuojančių pacientų judėjimą Europos Sąjungoje, tobulinimui.

SUMMARY

Urbanavičius L. Free movement of patients in the jurisprudence of the European Court of Justice and impact on the Lithuanian law. / Master's work in Law. Supervisor assoc. prof. dr. J. Juškevičius – Vilnius: Faculty of Law, Mykolas Romeris University, 2008. – 60 p.

The theme of this Master's thesis is relevant since the European Court of Justice plays the main role when there are doubts concerning application area of the European rules, their application in individual cases, and their explication with regard to the national legislation. The subject is new as new cases from the European Court of justice and their implication on the Lithuanian legislation regulating treatment abroad are analyzed. Obstacles of free patient movement at the level of the European Union and at the national level comprise **the problem** of this thesis. **The object** of this research is free movement of patients in the jurisprudence of the European Court of Justice. **The aim** of this Master's work was to analyze the impact of jurisprudence of the European Court of Justice on the free mobility of patients in the countries of the European Union, European Economic Area and Switzerland, and on the basis hereof to create practical recommendations for the improvement of the Lithuanian legislation in the patient mobility area. **Hypothesis:** jurisprudence of the European Court of Justice stimulates movement of patients; national legislation regulating free movement of patients within the European Union must be improved on the basis of the practice of the European Court of Justice. The following scientific research methods were applied: logical, linguistic, systemic analysis, documentary, analysis of the scientific methodologic literature. **Results.** 7 new cases since 2004 from the European Court of Justice were analyzed and compared to the previous jurisprudence of the Court. The impact thereof on the free movement of patients was defined. Lithuanian legislation regulating patient mobility was analyzed; the impact of the jurisprudence of the Court on the Lithuanian law was evaluated. **Conclusions:** Free movement of patients can be considered a part of freedom to provide services and freedom of movement of persons. Increasing patient mobility in the EU is due to the increased mobility of the EU citizens, integration of the border regions, improved quality of medical services in some countries, increasing number of patients on the waiting lists, different rules regarding certain medical services in different EU countries, the influence of the health care providers, health insurance institutions, politics and media, and rulings of the ECJ. Free movement of patients is hindered by the number of obstacles: discrimination of persons, harm caused by the health care providers and litigation procedures, problems of personal data protection, insufficient information, complex administrative procedures, reimbursement problems, and disclaimer of doctor prescriptions by the foreign doctors. ECJ has implemented prohibition of patient mobility limitations in its rulings, thereby providing better conditions for the patients seeking treatment abroad. Lithuanian legislation protects patients' rights to

the lesser extent than does the jurisprudence of the ECJ, thus it should be improved on the basis of the ECJ practice. This Master's work consists of introduction, three parts and conclusions. The author makes proposals for improving the Lithuanian legislation regulating patient mobility in the EU.