

<https://doi.org/10.15388/vu.thesis.277>

<https://orcid.org/0000-0003-2557-5727>

VILNIAUS UNIVERSITETAS

Rūta

JANECKAITĖ

Europos Sąjungos vidaus rinkos laisvių
ir konkurencijos taisyklių poveikis
Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos
organizavimui ir reguliavimui

DAKTARO DISERTACIJA

Socialiniai mokslai,
teisė (S 001)

VILNIUS 2022

Disertacija rengta 2011–2020 metais Vilniaus universitete.

Mokslinis vadovas – dr. Irmantas Jarukaitis (Vilniaus universitetas, socialiniai mokslai, teisė, S 001).

Disertacijos autorė yra Europos Komisijos tarnautoja. Disertacijoje pateikiama asmeninė autorės nuomonė.

VILNIUS UNIVERSITY

Rūta
JANECKAITĖ

The impact of the European Union
internal market freedoms and
competition rules on the organisation
and regulation of the Lithuanian system
of health protection

DOCTORAL DISSERTATION

Social sciences,
Law (S 001)

VILNIUS 2022

The dissertation was prepared between 2011 and 2020 at Vilnius University.

Academic supervisor – Dr. Irmantas Jarukaitis (Vilnius University, social sciences, law, S 001).

The author of the dissertation is a servant of the European Commission. The dissertation presents the personal opinion of the author.

SANTRUMPOS

- ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga
- BESP – bendros ekonominės svarbos paslaugos
- EBPO – Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija
- EB – Europos bendrija
- EBSS – Europos bendrijos steigimo sutartis
- EEE – Europos ekonominė erdvė
- EEE ELPA valstybės – Europos laisvosios prekybos asociacijos valstybės narės, pasirašiusios EEE susitarimą
- EK – Europos Komisija
- ELPA – Europos laisvosios prekybos asociacija
- ES – Europos Sąjunga
- ESS – Europos Sąjungos Sutartis
- ESTT – Europos Sąjungos Teisingumo Teismas
- EVA – Europos Vaistų Agentūra
- IMI - Vidaus rinkos informacijos sistema
- LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema
- LR – Lietuvos Respublika
- LRKT – Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas
- LVAT – Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas
- OTP – ortopedijos techninės priemonės
- PAL – papildomas apsaugos liudijimas
- PSD – privalomasis sveikatos draudimas
- PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas
- PVM – pridėtinės vertės mokestis
- SESV – Sutartis dėl Europos Sąjungos veikimo

TAIS – Teisės aktų informacinė sistema

TLK – teritorinė ligonių kasa

UAB - uždaroji akcinė bendrovė

VK – Valstybės kontrolė

VLK – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

VVKT – Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos

TURINYS

ĮVADAS.....	12
a. Tyrimo objektas.....	16
b. Tyrimo metodai	20
c. Tyrimo eiga	21
d. Tyrimo tikslas ir uždaviniai.....	26
e. Ginami darbo teiginiai	27
f. Mokslinis naujumas	27
g. Tyrimo šaltiniai.....	28
h. Darbo praktinė reikšmė	29
i. Darbo struktūra.....	29
j. Hipotezė.....	30
k. Disertacijoje vartojami terminai	30
1. ES VIDAUS RINKOS LAISVIŲ POVEIKIS LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS ORGANIZAVIMUI IR REGULIAVIMUI	33
1.1. PREKIŲ JUDĖJIMO LAISVĖ: TEISĖ Į SAUGIŲ VAISTŲ IR MEDICINOS PRIEMONIŲ PRIEINAMUMĄ.....	35
1.1.1. Lygiagretus vaistų ir medicinos priemonių importas.....	41
1.1.1.1. Lygiagretaus vaistų ir medicinos priemonių importo teisinis pagrindas pagal Lietuvos teisės aktus.....	45
1.1.1.2. Lygiagretaus vaistų ir medicinos priemonių importo reguliavimo Lietuvoje alternatyvos.....	49
1.1.1.3. Lygiagretaus vaistų ir medicinos priemonių importo poveikis Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui....	54
1.1.2. Lygiagretus vaistų eksportas.....	58
1.1.2.1. Lygiagretaus vaistų eksporto ribojimai ir poveikis Lietuvos sveikatos sistemos organizavimui ir reguliavimui	60
1.1.3. Vaistų reklama ir nuotolinė prekyba vaistais.....	62
1.1.3.1. Vaistų reklamos ir nuotolinės prekybos vaistais teisinis pagrindas pagal Lietuvos teisės aktus.....	65

1.1.3.2. Nuotolinės prekybos vaistais poveikis Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui	68
1.1.4. Vaistų kainų nustatymas ir įtraukimas į kompensavimo sistemas	69
1.1.4.1. Direktyvos 89/105 perkėlimas į nacionalinę teisę.....	72
1.1.4.2. Direktyvos 89/105 poveikis Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui.....	73
1.1.5. Prekių judėjimo laisvės poveikis Lietuvos sveikatos sistemos organizavimui ir reguliavimui	74
1.2. DARBUOTOJŲ IR SAVARANKIŠKAI DIRBANČIŲ ASMENŲ JUDĖJIMO LAISVĖ: TEISĖ Į PROFESINIŲ KVALIFIKACIJŲ PRIPAŽINIMĄ	75
1.2.1. Direktyvos 2005/36 perkėlimas į nacionalinę teisę.....	84
1.2.2. Lietuvoje sveikatos apsaugos srityje reglamentuojamos profesijos... 86	
1.2.2.1. Profesijos, kurias Lietuva notifikavo EK	86
1.2.2.2. Kitos Lietuvoje reglamentuojamos profesijos.....	87
1.2.3. Reikalavimų užsiimti ar verstis reglamentuojamomis profesijomis sveikatos apsaugos srityje proporcingumo patikra.....	92
1.2.4. Profesijų sveikatos apsaugos srityje būtinausių rengimo reikalavimų suderinimo sąlygoti pokyčiai organizuojant ir reguliuojant Lietuvos sveikatos apsaugos sistemą	96
1.2.5. Darbuotojų ir savarankiškai dirbančių asmenų judėjimo laisvės poveikis Lietuvos sveikatos sistemos organizavimui ir reguliavimui	99
1.3. ĮSISTEIGIMO LAISVĖ: APSAUGOS NUO NEPAGRĮSTŲ ĮSISTEIGIMO LAISVĖS APRIBOJIMŲ GARANTIJA	109
1.3.1. Įsisteigimo laisvės taikymo Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai apimtis	114
1.3.2. Įsisteigimo laisvės apribojimų proporcingumo patikra pagal LR teisės aktų rengimo reikalavimus	119
1.3.3. Įsisteigimo laisvės apribojimų sveikatos apsaugos srityje proporcingumo patikra prieš priimant LR teisės aktus.....	128
1.3.4. Teisminė įsisteigimo laisvės apribojimų pagrįstumo ir proporcingumo kontrolė.....	137

1.3.5. Įsisteigimo laisvės poveikis Lietuvos sveikatos sistemos organizavimui ir reguliavimui	151
1.4. PASLAUGŲ TEIKIMO LAISVĖ: TEISĖ Į TARPVALSTYBINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IŠLAIDŲ KOMPENSAVIMĄ.....	155
1.4.1. Teisinis pagrindas kompensuoti tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidas.....	159
1.4.2. Pacientų teisės į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą įgyvendinimo Lietuvoje alternatyvų pasirinkimai	161
1.4.2.1. Direktyva 2011/24.....	161
1.4.2.2. ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentai.....	168
1.4.3. Paslaugų teikimo laisvės poveikis Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui	170
1.4.3.1. Direktyva 2011/24.....	170
1.4.3.2. ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentai.....	173
1.5. ES VIDAUS RINKOS LAISVIŲ POVEIKIS LIETUVOS VALDŽIOS INSTITUCIJŲ REGULIAVIMO KOMPETENCIJAI IR DISKRECIJAI SVEIKATOS APSAUGOS SRITYJE.....	178
2. ES KONKURENCIJOS TAISYKLIŲ POVEIKIS LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS ORGANIZAVIMUI IR REGULIAVIMUI	187
2.1. KRITERIJAI, PAGAL KURIUOS SPRENDŽIAMA, AR SUBJEKTAS LAIKOMAS ĮMONE ES KONKURENCIJOS TEISĖS PRASME.....	191
2.2. KONKREČIŲ SUBJEKTŲ SOCIALINĖS APSAUGOS SRITYJE STATUSO VERTINIMAS ES TEISMŲ IR EK PRAKTIKOJE	193
2.2.1. Socialinį draudimą teikiančių institucijų vertinimas.....	193
2.2.2. Viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų vertinimas.....	203
2.3. LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SRITYJE VEIKIANČIŲ SUBJEKTŲ STATUSO VERTINIMAS ES KONKURENCIJOS TEISĖS POŽIŪRIU	214
2.3.1. PSD vykdančių institucijų vertinimas.....	214
2.3.2. Lietuvos viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų vertinimas ..	218

2.3.2.1. Sprendimų <i>FENIN / Komisija</i> ir <i>FENIN</i> reikšmė vertinant Lietuvos viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų statusą ES konkurencijos teisės prasme	221
2.3.2.2. Lietuvoje taikomas viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir finansavimo modelis	224
2.3.2.3. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimui valstybinėse ir privačiose ASPĮ būdingi solidarumo ir konkuravimo elementai	229
2.4. ES KONKURENCIJOS TAISYKLIŲ TAIKYMAS VIEŠĄSIAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS TEIKIANTIEMS SUBJEKTAMS.....	234
2.4.1. BESP sąvoka	236
2.4.2. SESV 101 ir 102 straipsnių taikymo specifika, kai teikiamos BESP socialinės apsaugos srityje.....	237
2.4.3. Taisyklių dėl valstybės pagalbos taikymo specifika, kai teikiamos BESP sveikatos apsaugos srityje	245
2.4.4. Įmonės atrinkimas teikti BESP	250
2.5. ES KONKURENCIJOS TAISYKLIŲ TAIKYMAS ORGANIZUOJANT IR REGULIUOJANT LIETUVOJE VIEŠŲJŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMĄ.....	252
2.5.1. SESV 101 straipsniui prieštaraujantys susitarimai viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų srityje.....	253
2.5.2. Išimtinės teisės Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje.....	255
2.5.3. Valstybės pagalba finansuojant viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas	257
2.5.4. BESP Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje.....	259
2.5.4.1. Esama situacija	259
2.5.4.2. LRKT išaiškinimų dėl nemokamos medicinos pagalbos teikimo valstybinėse įstaigose įgyvendinimo alternatyvos	262
2.5.5. Teisė į vienodas konkurencijos sąlygas sveikatos priežiūros įstaigoms ir ES konkurencijos taisyklių poveikis valdžios institucijų diskrecijai sveikatos apsaugos srityje	264
IŠVADOS.....	268
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	270

a. Teisės norminiai aktai.....	270
b. Specialioji literatūra	285
c. Teismų praktika	291
d. Kiti šaltiniai	301
PADĖKA.....	321
PUBLIKACIJŲ SĄRAŠAS	322

ĮVADAS

2013 m. balandžio mėn. skaitydamas pranešimą konferencijoje Lietuvos Respublikos (LR) Seime tuometinis LR sveikatos apsaugos ministras, o vėliau – Europos Komisijos (EK) narys V. P. Andriukaitis taip paaiškino nemažėjančius mirtingumo Lietuvoje rodiklius: „*Brangėja vaistai, gerėja technologijos, bet kažkas netvarkoj mūsų karalystėje, kad <gerėjant> vaistams ir technologijoms rezultatai vis tiek tokie. Žinoma, jeigu mes teikiame paslaugas, tai tada kuo daugiau sergančių, tuo geriau <...> Bet jeigu mes gydome <...>, tai tada šie rodikliai verčia susimąstyti“ (Andriukaitis, 2013).*

Tuo metu, o ir iki šiol, Lietuvoje itin daug diskutuojama apie tai, kokiais principais turėtų būti pagrįsta, kaip turėtų atrodyti Lietuvos sveikatos apsaugos sistema, įskaitant tai, kiek privačių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir konkurencijos turėtų būti sveikatos apsaugos sektoriuje. Į diskusiją buvo įtrauktas ir LR Konstitucinis Teismas (LRKT), pagal LR Seimo narių kreipimąsi 2013 m. gegužės 16 d. priėmęs nutarimą, kuriame pirmąjį kartą išaiškino LR Konstitucijos (Lietuvos Respublikos Konstitucija, 1992, toliau – Konstitucija) 53 straipsnio 1 dalyje įtvirtintos valstybės priedermės rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus turinį¹. Pagrįstai ar ne, tačiau šias diskusijas paskatino ir ES teisė, iš kurios kyla ir ministro kritikuotos (sveikatos priežiūros) paslaugos sąvoka.

Pagal Europos Sąjungos Sutarties (ESS) 4 ir 5 straipsnius Europos Sąjungos (ES) kompetencijos ribų nustatymas grindžiamas suteikimo principu. Tai reiškia, kad ES veikia neperžengdama ribų kompetencijos, kurią jai Sutartyse suteikė valstybės narės, o Sąjungos kompetencijos įgyvendinimas grindžiamas ESS 5 straipsnyje apibrėžtais subsidarumo ir proporcingumo principais. Tuo tarpu visa Sutartimis ES nepriskirta kompetencija priklauso valstybėms narėms. Pagal Sutarties dėl Europos Sąjungos Veikimo (SESV) 6 ir 168 straipsnius kompetencija visuomenės sveikatos srityje iš esmės priklauso valstybėms narėms, o ES kompetencija yra tik papildanti. Būtent valstybės narės visų pirma yra atsakingos už sveikatos apsaugos organizavimą, todėl pabrėžiama, kad jos pačios turi teisę pasirinkti, kokį apsaugos lygį garantuoti ir kaip organizuoti savo nacionalines sveikatos apsaugos sistemas (*Duphar ir kt.*, 1984, 16 punktas; *Poucet ir Pistre*, 1993, 6 punktas; *Sodemare*, 1997, 27 punktas; *Kohll*, 1998, 17 punktas; *Pérez*

¹ Kitais aspektais minėta Konstitucijos nuostata anksčiau buvo aiškinta, pavyzdžiui, LRKT 2002 m. kovo 14 d. nutarime (Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2002 m. kovo 14 d. nutarimas).

ir Gómez, 2010, 43 ir 44 punktai). Pagal SESV 168 straipsnį valstybių narių teisės aktų derinimas (angl. „*harmonisation*“) visuomenės sveikatos srityje yra neleidžiamas, išskyrus kelias konkrečias sritis, išvardytas šio straipsnio 4 dalyje. Nors tai ir nereiškia, kad valstybių narių teisės aktus suderinančios priemonės, priimtose remiantis kitomis SESV nuostatomis, negali turėti jokios įtakos žmonių sveikatos apsaugai (*Vokietija / Europos Parlamentas ir Taryba*, 2000, 78 punktas).

Tačiau remiantis ES teismų praktika, sveikatos apsaugos srityje taip pat veikia ES vidaus rinkos laisvės ir konkurencijos taisyklės. Savo „intervenciją“ į sveikatos apsaugos sritį šie teismai pagrindžia remdamiesi klasikine formule, kurią galima rasti daugelyje šioje srityje priimtų sprendimų. Pavyzdžiui, 2001 m. liepos 12 d. sprendime *Geraets-Smits ir Peerbooms*, kalbant apie valstybių narių kompetenciją nustatyti jų socialinio draudimo sistemas, teigiama: „*pirmiausia reikia priminti, kad pagal nusistovėjusią teismo praktiką Bendrijos teisė neriboja valstybių narių kompetencijos nustatyti jų socialinio draudimo sistemas. <...> Tačiau naudojamosi šia kompetencija valstybės narės turi laikytis Bendrijos teisės*“ (*Geraets-Smits ir Peerbooms*, 2001, 44 ir 46 punktai)².

Taigi, viena vertus, SESV 6 ir 168 straipsniuose bei ES teismų praktikoje akcentuojama valstybių narių kompetencija pačioms organizuoti savo socialinės apsaugos sistemas bei pasirinkti, kokį apsaugos lygį garantuoti. Kita vertus, laikui bėgant ES teismai ES vidaus rinkos laisvės ir konkurencijos taisyklės sveikatos apsaugos srityje taikė vis intensyviau ir ekstensyviau. Kalbant apskritai šios ES teisės nuostatos suteikia privatiems asmenims subjektines teises³, kurias šie gali ginti nacionaliniuose teismuose, veikia tiesiogiai ir kartu su ES teisės viršenybės principu bei prejudicinio sprendimo priėmimo procedūra pasižymi dideliu integraciniu potencialu (Jarukaitis, 2014, p. 56-73)⁴. Todėl valstybėms narėms pačioms nesiimant integracinių veiksmų, nenuostabu, kad būtent ES Teisingumo Teismas (**ESTT**) vadinamas

² Šią formulę galima rasti pakartotą ir LRKT praktikoje (žr., pavyzdžiui, Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2009 m. rugsėjo 2 d. nutarimas).

³ ES konkurencijos teisės atveju – taip pat nustato jiems pareigas.

⁴ Žr. apskritai dėl ESTT praktikos, kurioje buvo patvirtinti esminiai ES teisės principai, tokie kaip tiesioginio veikimo ar ES teisės viršenybės, taip pat dėl tiesioginio veikimo principo ir prejudicinio sprendimo procedūros reikšmės Weiler, 1991; Weiler, 2014.

pagrindiniu integracijos sveikatos apsaugos srityje varikliu (Martinsen, 2017, p. 39)⁵.

Reikia pasakyti, kad valstybių narių reakcija į tokią ESTT praktiką iš pradžių buvo itin priešiška. Antai buvo priimti ES antrinės teisės aktų pakeitimai, siekiant panaikinti 1978 m. kovo 16 d. sprendime *Pierik (I)* (*Pierik*, 1978) ir 1979 m. gegužės 31 d. sprendime *Pierik (II)* (*Pierik*, 1979) ESTT suformuluotus principus, o po 1998 m. balandžio 28 d. sprendimų *Kohll* (*Kohll*, 1998) ir *Decker* (*Decker*, 1998) buvo siūlymų apskritai keisti Sutartis (Martinsen, Falkner, 2011; Rieder, 2017, p. 73). Tokią valstybių narių reakciją galima paaiškinti ir istoriškai, nes Prancūzijos visuomenės sveikatos ministro P. Ribeyre 1952 m. rugsėjo 24 d. pateiktas pasiūlymas įsteigti Europos sveikatos bendriją nesulaukė kitų valstybių narių palaikymo, o tai iš esmės rodo politinės valios integracijai šioje srityje nebuvimą (Martinsen, 2017, p. 36). Kaip liudija ir citata iš V. P. Andriukaičio pranešimo, iki šiol esama nemažai abejonių ar net nusistatymo prieš – savo esme ekonominių – vidaus rinkos principų taikymą šiame jautriame sektoriuje.

Šiame kontekste nagrinėjant minėtą ESTT praktiką, kyla pagrįsti klausimai, kur yra ES vidaus rinkos laisvių ir konkurencijos taisyklių taikymo sveikatos apsaugos srityje ribos ir ar valstybės narės tebeturi pakankamai kompetencijos organizuoti savo socialinės apsaugos sistemas. Kitaip tariant, kyla klausimas, ar iš ES teismų praktikos kylantis vidaus rinkos laisvių ir ES konkurencijos taisyklių taikymas šioje srityje nepaneigia ES ir valstybių narių kompetenciją apibrėžiančių Sutarčių nuostatų, kaip antai SESV 168 straipsnio 7 dalies, pagal kurią ES pripažįsta valstybių narių atsakomybę už jų sveikatos politikos apibrėžimą ir už sveikatos paslaugų ir sveikatos priežiūros organizavimą bei teikimą.

ES teisės poveikis apskritai valstybių narių kompetencijai organizuoti savo sveikatos apsaugos sistemas ar atskirus jų aspektus (ES lygmuo *v* nacionalinis lygmuo) analizuojamas ir į minėtus klausimus siekiama atsakyti nemažo būrio – ypač užsienio⁶ – autorių darbuose. Taip pat nemažai publikacijų tiria ES teisės poveikį valstybių narių reguliavimui atskirose srityse, ypač susijusiose su pacientų mobilumu. Tačiau šios disertacijos autorei neteko aptikti mokslinės literatūros, nagrinėjančios, kaip ES vidaus rinkos laisvės ir konkurencijos taisyklės sistemaiškai, konceptualiai paveikė kurios konkrečios valstybės narės sveikatos apsaugos sistemos organizavimą ir reguliavimą, t. y.

⁵ Žr. dėl to kaip kai kuriais atvejais netgi ES antrinės teisės aktų priėmimas netrukdo ESTT toliau vykdyti šią integracinę funkciją Davies, 2014.

⁶ Žr. plačiau toliau „g. Tyrimo šaltiniai“.

kaip būtent dėl šių ES teisės nuostatų pasikeitė šios sistemos organizavimas ir reguliavimas, taip pat ar ir kaip konkrečiai buvo paveikta šios valstybės narės kompetencija organizuoti ir reguliuoti savo sveikatos apsaugos sistemą. Šioje disertacijoje tiriama, kaip konkrečiai ES vidaus rinkos laisvės ir konkurencijos taisyklės paveikė būtent Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos, su kuria šios disertacijos autorė yra bene geriausiai susipažinusi, organizavimą ir reguliavimą, taip pat siekiama atsakyti į klausimą, ar šios ES teisės nuostatos riboja Lietuvos kompetenciją organizuoti ir reguliuoti šią sistemą. Kitaip tariant, disertacijoje nagrinėjama, kaip konkrečiai pasireiškia ES vidaus rinkos laisvių ir konkurencijos taisyklių poveikis šios sistemos organizavimui ir reguliavimui (t. y. ar ir kokių konkrečiai subjektinių teisių dėl šių nuostatų veikimo įgavo privatūs asmenys, taip pat kokius kitus sveikatos apsaugos sistemos reguliavimo pasikeitimus lemia šios ES teisės nuostatos) ir ar, atsižvelgiant į šį konkretų ES teisės nuostatų poveikį, galima teigti, kad buvo apribota Lietuvos kompetencija organizuoti ir reguliuoti savo sveikatos apsaugos sistemą (ES lygmuo v nacionalinis lygmuo).

Atskleidamas ir išryškindamas tuos Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos elementus, kuriems yra daromas didžiausias poveikis, atliktas tyrimas siekia prisidėti prie pirmiau minėtų diskusijų dėl šios sistemos organizavimo tobulinimo. Be to, nustatydamas konkrečius būdus, kuriais ES vidaus rinkos laisvės ir konkurencijos taisyklės daro poveikį sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui, disertacijoje atliktas tyrimas gali būti pagrindas tolimesnėms diskusijoms, susijusioms su ES kompetencijos ir reguliavimo sveikatos apsaugos srityje plėtra. Ypač tai aktualu, atsižvelgiant į COVID-19 pandemijos kontekste sustiprėjusią nuomonę, kad ES turėtų tekti didesnis vaidmuo šioje srityje⁷.

⁷ Žr., pavyzdžiui, bendrą Europos Vadovų Tarybos narių 2020 m. kovo 26 d. pareiškimą (Joint statement of the Members..., 2020), kuriame, atsižvelgiant į COVID-19 krizės pamokas, siūloma pradėti galvoti apie visuomenės atsparumą, susidūrus su panašiais įvykiais, ir šiuo tikslu įdiegti ambicingesnę ir platesnę (visuomenės sveikatos) krizių valdymo sistemą ES lygiu. Žr. taip pat peticiją, kurią pasirašė daugiau nei 6 000 ES piliečių, įskaitant buvusius valstybių narių ministrus pirmininkus, buvusį EK pirmininką ir narius, buvusį Europos Parlamento pirmininką, ir kurioje siūloma, kad visuomenės sveikata ir kova su epidemijomis būtų perduota pasidalijamajai ES ir valstybių narių kompetencijai (CesUE. A European answer...). Žr. EK pirmininkės U. von der Leyen 2020 m. rugsėjo 16 d. metinį pranešimą apie ES padėtį, kuriame ji kvietė sukurti Europos sveikatos sąjungą, taip pat Konferencijoje dėl ES ateities diskutuoti dėl ES kompetencijos sveikatos apsaugos srityje (Von der Leyen, 2020). Žr. taip pat 2020 m. lapkričio 11 d. EK paskelbtą Europos sveikatos sąjungos paketą, skirtą bendrai kovai su sveikatos krizėmis (Europos Komisija, 2020).

a. Tyrimo objektas

Disertacijos tyrimo objektas – ES vidaus rinkos laisvių ir konkurencijos taisyklių poveikis Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui. Šis tyrimas – tai tarsi atvejo tyrimas, nes (i) tiriama vienos šalies (Lietuvos) situacija; (ii) tiriamas ES vidaus rinkos laisvių ir konkurencijos taisyklių poveikis tos šalies sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui.

Lietuvos sveikatos apsaugos sistema šioje disertacijoje apibrėžiama visų pirma remiantis LRKT 2013 m. gegužės 16 d. nutarime (Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas) ir LRKT 2014 m. vasario 26 d. sprendime dėl 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo nuostatų išaiškinimo (Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2014 m. vasario 26 d. sprendimas) vartojamais terminais. Minėtame nutarime LRKT nustatė, kad konstitucinę valstybės priedermę rūpintis žmonių sveikata, *inter alia* apimančią valstybės pareigą užtikrinti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, lemia nuo žmogaus orumo ir teisės į gyvybę neatsiejama „prigimtinė“⁸ žmogaus teisė į kuo geresnę sveikatą ir socialinė teisė į sveikatos priežiūrą. T. y. šiame nutarime LRKT iš esmės nustatė, kad Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje įtvirtintas reguliavimas susijęs, kyla iš dviejų konstitucinių teisių – žmogaus teisės į kuo geresnę sveikatą ir socialinės teisės į sveikatos priežiūrą.

LRKT nurodė, kad įgyvendinant šią konstitucinę valstybės priedermę rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus turi būti sukurta veiksminga sveikatos apsaugos sistema, sudarytos deramos sąlygos jai veikti. Valstybė turi pareigą saugoti asmenis nuo grėsmių sveikatai (sumažinti sveikatai keliamą pavojų, o tam tikrais atvejais, kai tai įmanoma, užkirsti jam kelią), pagerinti žmogaus, visuomenės gebėjimą įveikti kilusį pavojų sveikatai, susirgus užtikrinti medicininių paslaugų prieinamumą. Taigi valstybė privalo sudaryti teises ir organizacines prielaidas veikti tokiai sveikatos apsaugos sistemai, kuri užtikrintų kokybišką ir visiems prieinamą sveikatos priežiūrą (ne tik *expressis verbis* laiduojamą medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, *inter alia* nemokamą medicinos pagalbą piliečiams valstybinėse gydymo įstaigose, bet ir kitas asmens bei visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas), taip pat kitą sveikatinimo veiklą (kaip antai

⁸ Nors nekyla abejonių, kad žmogaus teisė į kuo geresnę sveikatą yra pagrindinė, konstitucinė teisė, tačiau galima suabejoti, ar ji laikytina prigimtine, nes jai realizuoti būtini pozityvūs valstybės veiksmai, t. y. turi būti sukurta veiksminga sveikatos apsaugos sistema.

farmacinę), būtiną tam, kad būtų galima realiai, veiksmingai įgyvendinti žmogaus teisę į kuo geresnę sveikatą.

Vykdydamos šią konstitucinę funkciją valstybės sveikatos politiką formuojančios ir įgyvendinančios valstybės institucijos, be kita ko, turi: imtis priemonių visuomenės poreikiui turėti pakankamą kiekį aukštos profesinės kvalifikacijos sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų patenkinti, *inter alia* prognozuoti jų poreikį ateityje ir skirti jiems rengti būtinas valstybės lėšas; sudaryti sąlygas, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų visiems realiai prieinamos, taigi kad būtų sukurta reikiama infrastruktūra ir veiktų tiek ir taip paskirstytų įvairias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų (tarp jų valstybinių) ir vaistinių, kad veiksmingą medicinos pagalbą bei kitas sveikatos priežiūros paslaugas būtų galima gauti laiku; prižiūrėti sveikatinimo veiklą, kontroliuoti sveikatos priežiūros paslaugų ir vaistų kokybę; sukurti tokią sveikatos priežiūros finansavimo sistemą, kuri užtikrintų reikiamų sveikatos priežiūros paslaugų ir būtinų vaistų finansinį prieinamumą (įperkumą).

Taigi LRKT praktikoje sąvoka „sveikatos apsaugos sistema“ yra suprantama kaip sistema, užtikrinanti kokybišką ir visiems prieinamą sveikatos priežiūrą ir kitą sveikatinimo veiklą, o valstybė turi pareigą sukurti tokią sistemą ir sudaryti prielaidas jai veikti. Pagal LRKT sveikatos priežiūra – tai medicinos pagalba bei paslaugos žmogui susirgus, *inter alia* nemokama medicinos pagalba piliečiams valstybinėse gydymo įstaigose, ir kitos asmens bei visuomenės sveikatos priežiūros paslaugos. O kita sveikatinimo veikla – tai, pavyzdžiui, farmacinė veikla.

Vykdydamos konstitucinę funkciją sukurti veiksmingą sveikatos apsaugos sistemą valstybės institucijos imasi priemonių, susijusių su sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų poreikio patenkinimu, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu, sveikatinimo veiklos priežiūra, sveikatos priežiūros paslaugų ir vaistų kokybės užtikrinimu, sveikatos priežiūros finansavimo sistemos sukūrimu ir kt.

Sveikatos priežiūros finansavimo sistema užtikrina reikiamų sveikatos priežiūros paslaugų ir būtinų vaistų finansinį prieinamumą (įperkumą). Įstatymų leidėjas gali pasirinkti tokį sveikatos priežiūros paslaugų, kurių neapima piliečiams garantuota nemokama medicinos pagalba, finansavimo modelį, kuris būtų grindžiamas, *inter alia* privalomuoju sveikatos draudimu (PSD).

Su Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalimi yra susijusi ir Konstitucijos 46 straipsnio 1 dalis, pagal kurią Lietuvos ūkis grindžiamas privačios nuosavybės teise, asmens ūkinės veiklos laisve ir iniciatyva. Anot LRKT, sveikatos priežiūros įstaigų veikla kaip ūkinės veiklos sritis pasižymi specifika, kurią lemia ir tai, kad daugelis sveikatos priežiūros paslaugų yra

finansuojama iš viešųjų lėšų, kurios gali būti sukauptos ir įstatymų leidėjui pasirinkus PSD.

Ordinariniame lygmenyje Lietuvos sveikatos apsaugos sistemą reglamentuoja LR sveikatos sistemos įstatymas (Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994, toliau – Sveikatos sistemos įstatymas), nustatantis sąvoką „Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema“ (LNSS), kuri apibrėžiama kaip valstybės sveikatos reikalų, institucijų, sveikatinimo veiklos bei jos išteklių tvarkymo sistema, kurią sudaro LNSS vykdomieji subjektai, sveikatinimo veiklos valdymo subjektai, LNSS ištekliai ir LNSS veikla ir teikiamos paslaugos.

Pagal Sveikatos sistemos įstatymo 38 straipsnio 2 dalį LNSS vykdomųjų subjektų finansavimo iš privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžeto lėšų tvarką nustato LR sveikatos draudimo įstatymas (Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996, toliau – Sveikatos draudimo įstatymas). Šiame įstatyme nustatytos *inter alia* sveikatos draudimo rūšys, PSD sistema: PSD draudžiami asmenys, PSDF biudžeto sudarymo ir išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms ir vaistams bei medicinos pagalbos priemonėms kompensavimo iš PSDF biudžeto pagrindai, taip pat papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo pagrindai.

Pagal Sveikatos draudimo įstatymo 2 straipsnio 5 dalį PSD yra apibrėžiamas kaip valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, šio įstatymo nustatytais pagrindais ir sąlygomis garantuojanti PSD draudžiamiesiems asmenims sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas, vaistus ir medicinos pagalbos priemones ar jų nuomą kompensavimą iš PSDF biudžeto, įvykus draudiminiam įvykiui, t. y. pagal šio įstatymo 5 straipsnį esant gydytojo diagnozuotiems šiuo draudimu draudžiamų asmenų sveikatos sutrikimams ar sveikatos būklei.

Sveikatos sistemos įstatymo 16 straipsnis reglamentuoja teisę verstis sveikatinimo veikla, *inter alia*, asmens ar visuomenės sveikatos priežiūra ir farmacine veikla. Pagal šio įstatymo 2 straipsnio 1 dalį asmens sveikatos priežiūra – tai valstybės licencijuota fizinių ir juridinių asmenų veikla, kurios tikslas – laiku diagnozuoti asmens sveikatos sutrikimus ir užkirsti jiems kelią, padėti atgauti ir sustiprinti sveikatą⁹, o visuomenės sveikatos priežiūra – tai

⁹ Sveikatos priežiūra yra ne tik ligonių gydymas, bet ir veiksmai, susiję, be kita ko, su asmens sveikatos būklės tikrinimu, sveikatos būklės vertinimu, tyrimų atlikimu, ligų diagnozavimu ir medicininio pobūdžio patarimų davimu (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2015 m. gruodžio 17 d. nutartis).

organizacinių, teisinių, ekonominių, techninių, socialinių bei medicinos priemonių, padedančių įgyvendinti ligų ir traumų profilaktiką, išsaugoti visuomenės sveikatą bei ją stiprinti, visuma (2 straipsnio 40 dalis). Tuo tarpu pagal LR farmacijos įstatymą (Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymas, 2006, toliau – Farmacijos įstatymas) farmacinė veikla – tai sveikatinimo veikla, apimanti, be kita ko, vaistinių preparatų gamybą, importą iš trečiųjų šalių, kokybės kontrolę; didmeninį vaistinių preparatų platinimą; vaistinių preparatų lygiagretų importą ir lygiagretų platinimą; vaistinių preparatų pardavimą ar išdavimą galutiniams vartotojams (įstatymo 2 straipsnio 14 dalis).

Pagal Sveikatos sistemos įstatymo 50 straipsnio 1 dalį pagrindines profesines sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų pareigas, teises, jų praktikos ribojimo tvarką, atsakomybę už padarytą žalą sveikatai nustato LR medicinos praktikos įstatymas (Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas, 1996, toliau – Medicinos praktikos įstatymas), LR odontologijos praktikos įstatymas (Lietuvos Respublikos odontologijos praktikos įstatymas, 1996, toliau – Odontologijos praktikos įstatymas), LR slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymas (Lietuvos Respublikos slaugos praktikos... įstatymas, 2001), Farmacijos įstatymas, LR žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymas (Lietuvos Respublikos žmonių užkrečiamųjų ligų... įstatymas, 1996), LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (Lietuvos Respublikos pacientų teisių... įstatymas, 1996, toliau – Pacientų teisių įstatymas).

Sveikatos sistemos įstatyme vardijami ir kiti sveikatos apsaugos srities įstatymai. Tačiau jame minimas LR darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymas (Lietuvos Respublikos darbuotojų saugos... įstatymas, 2003), kuris nustato profesinių ligų ir nelaimingų atsitikimų darbe profilaktikos tvarką, nepriklauso valdymo sritims, kurios yra pavestos LR sveikatos apsaugos ministrui (toliau – sveikatos apsaugos ministras) (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. kovo 24 d. nutarimas Nr. 330) ir šiai disertacijai nėra aktualus.

Atsižvelgiant į tai, kas išdėstyta, disertacijoje Lietuvos sveikatos apsaugos sistema suprantama kaip sveikatos priežiūra ir kita sveikatinimo veikla, kurią, siekiant užtikrinti žmogaus teisę į kuo geresnę sveikatą ir socialinę teisę į sveikatos priežiūrą ir atsižvelgiant į privačių asmenų ūkinės veiklos laisvę ir iniciatyvą, teisę pasirinkti darbą bei verslą sveikatos apsaugos srityje, organizuoja ar kuriai veikti prielaidas sudaro valstybė, ir jos ribojimai, kylantys iš valstybės priimtų priemonių, taip pat jos finansavimo iš viešųjų lėšų organizavimas ir reguliavimas.

Atsižvelgiant į šį apibrėžimą, tyrimas neapima ES konkurencijos taisyklių, draudžiančių įmonių susitarimus, kurie iškraipo konkurenciją, (SESV 101 straipsnis) ir piktnaudžiavimą dominuojančia padėtimi (SESV 102 straipsnis), taikymo sveikatos apsaugos srityje veikiančioms įmonėms, išskyrus įmones, teikiančias viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas. Plačiąja prasme šių ES konkurencijos taisyklių taikymas privataus kapitalo įmonėms, kurios neteikia viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų, taip pat gali būti laikomas ūkinės veiklos laisvės ir iniciatyvos, teisės pasirinkti darbą bei verslą sveikatos apsaugos srityje ribojimu. Tačiau pasirinktas sveikatos apsaugos sistemos apibrėžimas neapima tokio taikymo, nes, pirma, šios įmonių veiksmus ribojančios taisyklės yra nustatytos SESV, o ne kyla iš valstybės priimtų nuostatų, ir antra, jų taikymas privataus kapitalo subjektams, kurie neteikia viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų, nėra susijęs su Lietuvos valdžios institucijų vykdomu Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimu.

Be Konstitucijos, sveikatos apsaugos sistemą reguliuoja pirmiau išvardyti sveikatos apsaugos srities įstatymai, taip pat kai kurie kiti įstatymai ir kiti teisės aktai. Tai suponuoja, kad disertacijoje bus tiriamas tiek konstitucinis, tiek ordinarinis sveikatos apsaugos sistemos organizavimo ir reguliavimo lygmuo.

b. Tyrimo metodai

Atliekant tyrimą buvo naudojami tradiciniai teisėtyros metodai (Kūris, 2015, p. 18), visų pirma, – teksto analizės (lingvistinis) ir loginis. *Teksto analizės (lingvistinis) metodas* naudotas siekiant nustatyti ES ir Lietuvos teisės nuostatų turinį remiantis teisės aktuose įtvirtintomis formuluočėmis. Šis metodas taip pat taikytas analizuojant teismų praktiką ir kitus dokumentus. *Loginis metodas* padėjo nustatyti analizuojamų teisės nuostatų ir teismų praktikos turinį ir įvertinti jų tarpusavio ryšius.

Be to, buvo taikomi teleologinis (teisėkūros subjektų ketinimų nustatymo (Kūris, 2015, p. 18-19), lyginamasis, sisteminės analizės, istorinis tyrimo metodai. *Teleologinis (teisėkūros subjektų ketinimų nustatymo) metodas* naudotas daug kur disertacijoje analizuojant teisės aktų *travaux préparatoires*.

Lyginamasis metodas daugiausia naudotas, siekiant palyginti ES teisės poveikį vidaus rinkos laisvių ir konkurencijos srityje, taip pat siekiant paaiškinti ES teisės nuostatų turinį, remiantis teismų praktika kitose srityse, išskyrus sveikatos apsaugos sritį. Be to, lyginamasis metodas naudotas, tiriant ES konkurencijos taisyklių poveikį Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui, lyginant su kitų valstybių narių sistemomis.

Sisteminės analizės metodas leido nustatyti analizuojamų teisės nuostatų padėtį ES teisės sistemoje, sveikatos apsaugos sistemai tirti pasitelkiant

bendras sąvokas, vartojamas analizuojant ES vidaus rinkos laisves ir konkurencijos taisykles. Šis metodas ypač naudotas atsirenkant ES antrinės teisės nuostatas, kurių poveikis tiriamas, taip pat siekiant paaiškinti kai kuriuos ES teisės poveikio Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui aspektus.

Istorinis metodas naudotas siekiant atskleisti istorines aplinkybes, lėmusias ES ir Lietuvos teisės nuostatų ar teismų praktikos turinį bei poveikį Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui, taip pat atrenkant ES antrinės teisės nuostatas, kurios analizuojamos šioje disertacijoje.

c. Tyrimo eiga

Atliktas tyrimas nagrinėja būtent SESV įtvirtintų ES vidaus rinkos laisvių ir konkurencijos taisyklių poveikį Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui. ES antrinės teisės aktų nuostatos nagrinėjamos tik tiek, kiek šie teisės aktai priimti tiriamų SESV nuostatų pagrindu ir (arba) kodifikuoja jų aiškinimo praktiką. Taigi tyrimas neapima valstybių narių įstatymų ir kitų teisės aktų suderinimo priemonių, priimtų pagal SESV 114 straipsnį, taip pat priemonių, priimtų pagal SESV 168 straipsnį, išskyrus jeigu jos kodifikuoja SESV nuostatų dėl vidaus rinkos laisvių aiškinimo ES teismuose praktiką, kaip, pavyzdžiui, Europos Parlamento ir Tarybos 2011 m. kovo 9 d. direktyva 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo (Europos Parlamento ir Tarybos 2011 m. kovo 9 d. direktyva, toliau – Direktyva 2011/24) ar Tarybos 1988 m. gruodžio 21 d. direktyva 89/105/EEB dėl priemonių, reglamentuojančių žmonėms skirtų vaistų kainų nustatymą ir šių vaistų įtraukimą į nacionalinių sveikatos draudimo sistemų sritį, skaidrumo (Tarybos 1988 m. gruodžio 21 d. direktyva 89/105/EEB, toliau – Direktyva 89/105). Kiekvienu atveju pasirenkant nagrinėti ES antrinės teisės akto nuostatas, pateikiamas tokio pasirinkimo pagrindimas.

Apibrėžus kurios konkrečiai ES teisės nuostatos nagrinėjamos atliekama šių nuostatų taikymo sveikatos apsaugos srityje analizė. Šio darbo tikslas nėra pateikti išsamios ES teisės nuostatų analizės – tokią analizę galima rasti tiek šios disertacijos autorės¹⁰, tiek kitų autorių darbuose. Todėl šios nuostatos tiriamos tik tiek, kiek tai reikalinga siekiant nustatyti jų poveikį Lietuvos

¹⁰ Disertacijos autorė yra paskelbusi du straipsnius, kuriuose nagrinėjama ES teisės taikymo sveikatos apsaugos srityje apimtis: įsisteigimo laisvės ir laisvo paslaugų judėjimo, taip pat ES konkurencijos teisės taikymo viešosioms sveikatos priežiūros paslaugoms srityse: Janeckaitė, 2015; Janeckaitė, 2016.

sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui. Atsižvelgiant į tai, atitinkamose disertacijos dalyse pateikta ES teisės nuostatų turinio analizė yra gana lakoniška, daugiausia darant nuorodas į kitus tyrimus. Tačiau kiek tai susiję su ES konkurencijos taisyklėmis, šalia šios trumpos analizės taip pat paaishkinta, kaip atitinkamos nuostatos buvo pritaikytos vertinant konkrečius atvejus socialinės apsaugos srityje kitose valstybėse narėse.

Atliekant šią analizę nustatyta, kad tyrimo tikslais kapitalo judėjimo laisvės turinys iš esmės sutampa su įsisteigimo laisvės turiniu: SESV 63 straipsnis, kaip ir SESV 49 straipsnis, įpareigoja valstybes nars atlikti sveikatos apsaugos srityje taikomų apribojimų pagrįstumo ir proporcingumo vertinimą pagal ES teisės nustatytus kriterijus. Kuri nuostata bus taikoma konkrečiu atveju, priklausys nuo to, kokie valstybės narės teisės aktai yra nagrinėjami. Jeigu valstybės narės teisės aktai susiję su kapitalo dalimi, kuri jos turėtojui leidžia daryti didelę įtaką atitinkamos bendrovės sprendimams ir nulemti jos veiklą, taikomos su įsisteigimo laisve susijusios nuostatos. Tačiau jei šie teisės aktai taikomi ne tik toms kapitalo dalims, kurios leidžia daryti didelę įtaką atitinkamos bendrovės sprendimams ir nulemti jos veiklą, juos reikia nagrinėti atsižvelgiant tiek į SESV 49, tiek į SESV 63 straipsnius (*Komisija / Italija*, 2009, 40 punktas ir jame minima teismo praktika).

Be to, kapitalo judėjimo laisvė išsiskiria iš kitų laisvių tuo, kad ji draudžia ne tik kapitalo judėjimo apribojimus tarp ES valstybių narių, tačiau ir tarp ES valstybių narių ir trečiųjų valstybių¹¹. Taigi tais atvejais, kai valstybės narės teisės aktai riboja kapitalo judėjimą iš / į trečiąsias valstybes, bus taikomas SESV 63 straipsnis¹².

Šioje disertacijoje nagrinėjant įsisteigimo laisvės poveikį Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui buvo įvertinta, ar Lietuvoje prieš priimant teisės aktus sveikatos apsaugos srityje yra atliekama ES vidaus rinkos laisvių apribojimų proporcingumo patikra ir kaip nacionaliniai teismai atlieka tokius apribojimus sveikatos srityje nustatančių teisės aktų reikalavimų pagrįstumo ir proporcingumo teisminę kontrolę. Atliekant šį tyrimą nebuvo nustatyta tokių sveikatos apsaugos sričiai

¹¹ Žr. apie priežastis, dėl kurių laisvo kapitalo judėjimo apimtis yra tokia plati Barnard, 2016, p. 524.

¹² Tačiau, palyginti su kitomis vidaus rinkos laisvėmis, SESV nustato papildomas išimtis, kuriomis valstybės narės gali grįsti atitinkamus laisvo kapitalo judėjimo apribojimus (SESV 64 straipsnio 1 dalis ir 65 straipsnis). Be to, Taryba ar Europos Parlamentas kartu su Taryba turi įgaliojimus tam tikrais atvejais apriboti kapitalo judėjimą tarp ES valstybių narių ir trečiųjų valstybių (SESV 64 straipsnio 2 ir 3 dalys, 66 ir 75 straipsniai).

specifinių įstatymų projektų nuostatų, kurias reikėtų vertinti pagal SESV 63 straipsnį. Taip pat nebuvo tokios nacionalinių teismų praktikos, kur LR teisės aktų nuostatos sveikatos apsaugos srityje buvo ar galėjo būti vertinamos dėl jų atitikties kapitalo judėjimo laisvei ar Lietuvos teismų prašymų kreiptis į ESTT dėl prejudicinio sprendimo priėmimo prašant išaiškinti, ar LR teisės aktų nuostatos sveikatos apsaugos srityje nepažeidžia šios laisvės.

ES mastu pripažįstama, kad SESV 63 straipsnyje garantuojama kapitalo judėjimo laisvė nekelia jokių specifinių klausimų, susijusių su sveikatos apsaugos sistemomis (European Commission, 2001, p. 20). Atsižvelgiant į tai, šioje disertacijoje kapitalo judėjimo laisvė toliau nėra nagrinėjama.

Toliau tyrimo metu vertinama, kokį poveikį nagrinėjamos nuostatos daro Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui.

Šiame kontekste pastebėtina, kad tyrime nėra vertinamas bendras ES vidaus rinkos laisvių poveikis Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui, pavyzdžiui, dėl asmenų judėjimo apskritai (mokesčių mokėtojų ir pacientų skaičiaus pasikeitimai ir pan.), taip pat pokyčiai, kurie nėra specifiniai sveikatos apsaugos sričiai (pavyzdžiui, apribojimų įmonių steigimo ar mokesčių srityje panaikinimas).

Apskritai poveikis gali būti teisinis, ekonominis, socialinis, politinis ir pan. Kadangi atliktas būtent teisinis tyrimas, pirmiausia buvo tiriamas teisinis poveikis. Šiuo tikslu buvo tiriami Lietuvos teisės aktai, teismų dokumentai, teisės aktų *travaux préparatoires* ir kt.¹³ Ten, kur įmanoma, disertacijoje pateikti viešai prieinami statistiniai duomenys, parodantys atitinkamo judėjimo mastą ir analizuojama, ar teisinės priežastys turi įtakos šiam mastui.

Teorijoje išskiriami teisėkūros ir teisminis ES teisės nuostatų teisinio poveikio aspektai. Teisėkūra – tai ES teisės nuostatų perkėlimo į nacionalinę teisę būdas. O teisminis būdas (siaurąja prasme) – tai ESTT sprendimo vykdymas, kuris gali apimti ir nacionalinės teisės nuostatų, pripažintų neatitinkančiomis ES teisės reikalavimų, netaikymą, tiek šių nacionalinės teisės nuostatų pakeitimą ar papildymą arba jų panaikinimą (Švedas, 2010, p. 12). Plačiąja prasme teisminis būdas taip pat apima nacionalinių teismų atliekamą suderinamą su ES teise nacionalinės teisės nuostatų aiškinimą ar ES teisei prieštaraujančios nacionalinės teisės nuostatos netaikymą, remiantis ES teismų sprendimuose pateiktu ES teisės aiškinimu, taip pat valstybės narės valdžios institucijų vykdomą pareigą taikyti ES teisę, kaip ji aiškinama ES

¹³ Žr. plačiau šios disertacijos įvado dalį „g. Tyrimo šaltiniai“.

teismuose. Papildomai, savarankišku ES teisės nuostatų poveikio aspektu laikytinas tiesioginis reglamentų taikymas.

Sveikatos apsaugos srityje teisėkūra ir tiesioginis reglamentų taikymas yra vyraujantys būdai, kurie būtent ir yra tiriami šioje disertacijoje. Teisminio poveikio (siaurąja prasme) yra vienas pavyzdys¹⁴. Tai – 2010 m. spalio 28 d. sprendimas *Komisija / Lietuva (Komisija / Lietuva, 2010)*, tačiau jis buvo susijęs ne su SESV, o su Akto dėl Čekijos Respublikos, Estijos Respublikos, Kipro Respublikos, Latvijos Respublikos, Lietuvos Respublikos, Vengrijos Respublikos, Maltos Respublikos, Lenkijos Respublikos, Slovėnijos Respublikos ir Slovakijos Respublikos stojimo sąlygų ir Sutarčių, kuriomis yra grindžiama Europos Sąjunga, pritaikomųjų pataisų (Aktas dėl Čekijos Respublikos... stojimo..., 2003, toliau – 2003 m. Stojimo aktas) pereinamojo laikotarpio ir ES antrinės teisės nuostatomis, be to, buvo priimtas jau pasibaigus įsipareigojimų nevykdymui pagal atitinkamas ES teisės nuostatas ir nacionalinės teisės aktų pakeitimų nesąlygojo. Todėl šio tyrimo tikslais sprendimas tiesiogiai nėra aktualus.

Kalbant apie teisminį būdą plačiąja prasme galima paminėti du kitus su sveikatos apsaugos sritimi iš dalies susijusius prejudicinius sprendimus: 2010 m. rugsėjo 2 d. sprendimą *Kirin Amgen (Kirin Amgen, 2010)*, kuriame iš esmės buvo patvirtinta ES reglamento dėl medicinos produktų papildomos apsaugos liudijimo sukūrimo ir 2003 m. Stojimo akto interpretacija, kurios savo sprendimuose laikėsi LR valstybinis patentų biuras ir žemesnės instancijos teismai, bei 2018 m. spalio 25 d. sprendimą „*Roche Lietuva*“ UAB („*Roche Lietuva*“ UAB, 2018), kuriame buvo iškilęs klausimas dėl viešojo pirkimo direktyvos aiškinimo, o pagrindinėje byloje buvo organizuojamas viešasis medicinos diagnostikos prietaisų ir medžiagų pirkimas. Abu jie taip pat nėra tiesiogiai aktualūs atliktam tyrimui, nes yra susiję su ES antrinės teisės nuostatomis, kurios šioje disertacijoje nėra nagrinėjamos.

Kiek tai susiję su teisėkūra, pažymėtina, kad, priklausomai nuo ES teisės nuostatoje numatytos nacionalinės teisės aktų derinimo apimties ir jos turinio, ją perkeltiant į nacionalinę teisę ar priimant ją įgyvendinančius teisės aktus daromi tam tikri pasirinkimai (alternatyvos). Plačiąja prasme tokiu pasirinkimu galima laikyti ir, pavyzdžiui, sprendimą

¹⁴ Papildomai paminėtinas 2021 m. liepos 8 d. sprendimas *BB (BB, 2021)* pagal LVAT 2020 m. balandžio 8 d. prašymą priimti prejudicinį sprendimą (*BB, C-166/20*) (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo prašymas..., 2020). Šis sprendimas aktualus šios disertacijos daliai „1.2. DARBUOTOJŲ IR SAVARANKIŠKAI DIRBANČIŲ ASMENŲ JUDĖJIMO LAISVĖ: TEISĖ Į PROFESINIŲ KVALIFIKACIJŲ PRIPAŽINIMĄ“.

neperkelti / neįgyvendinti ES teisės nuostatų. Pasirinkimai (alternatyvos) atspindi teisinius, ekonominius, socialinius, politinius, administracinius ir pan. veiksmus, kuriems daromas poveikis, ir leidžia nustatyti, kurie Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos elementai lemia vienokį ar kitokį ES teisės nuostatų poveikį. Todėl tiriant ES vidaus rinkos laisvių ir konkurencijos taisyklių poveikį Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui būtina, kiek įmanoma, išnagrinėti šiuos pasirinkimus.

Siekiant nustatyti konkretų ES teisės nuostatų poveikį Lietuvos sveikatos sistemos organizavimui ir reguliavimui bus tirama, pirma, ar dėl ES teisės nuostatos poveikio privatūs asmenys įgavo papildomų subjektinių teisių ir, jeigu atsakymas yra teigiamas, kokių konkrečiai (lygmuo „asmuo *v* viešoji valdžia“), ir antra, kokie kiti (išskyrus susijusius su papildomų subjektinių teisių privatiems asmenims suteikimu) sveikatos apsaugos sistemos reguliavimo pasikeitimai ordinarinės teisės lygmenyje buvo nulemti nagrinėjamų ES teisės nuostatų.

Šio tyrimo uždavinys iš esmės nėra konstatuoti Lietuvos teisės aktų neatitikimą ES teisės nuostatoms, nors kai kurių kritiškų pastebėjimų neišvengta. Taip yra todėl, kad ypač norint įvertinti vidaus rinkos laisvių apribojimų pagrįstumą ar ES konkurencijos teisės taisyklių laikymąsi, būtinas tam tikras dialogas su valdžios institucijomis, kuris ES teisėje užtikrinamas laikantis nustatytų procedūrų. Antai vertinant vidaus rinkos laisvių apribojimų pagrįstumą procedūros dėl įsipareigojimų neįvykdymo metu pagal SESV 258 straipsnį, valstybei suteikiama galimybė pateikti savo paaiškinimus. Tas pat pasakytina ir kai nagrinėjamas valstybės pagalbos priemonių suderinamumas su vidaus rinka pagal SESV 108 straipsnį. Ypač šiais dviem atvejais valstybių narių pateikiama informacija gali būti itin gausi ir pakreipti vertinimą visai kita linkme. Kartu pažymėtina, kad, visų pirma, tam tikrų aspektų vertinimas konkurencijos teisės srityje reikalauja specifinių ekonominių ir techninių žinių (Generalinio advokato P. Pikamäe išvada..., 2019, 31 punktą ir joje nurodyta teismo praktika), o tai išeina už šio teisinio tyrimo ribų. Be to, konkurencijos teisėje kiekvienas atvejis (tiek subjektų, tiek veiklos atžvilgiu) turi būti nagrinėjamas atskirai. Todėl tiriant ES konkurencijos taisyklių poveikį apskritai Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui nebuvo siekiama atlikti tokį vertinimą, kuris pateikiamas, pavyzdžiui, LR konkurencijos tarybos (toliau – Konkurencijos taryba) ar EK bylose.

Nustačius konkretų tiriamų ES teisės nuostatų poveikį, toliau vertinama, ar ir kaip konkrečiai dėl šių nuostatų poveikio buvo apribota Lietuvos kompetencija organizuoti ir reguliuoti savo sveikatos apsaugos sistemą (ES lygmuo *v* nacionalinis lygmuo). Poveikio valstybės narės kompetencijai organizuoti savo sveikatos apsaugos sistemą vertinimas apskritai apima du

aspektus: poveikį valstybės narės reguliavimo kompetencijai („kas gali reguliuoti?“) ir poveikį valdžios institucijų diskrecijai reguliuojant klausimus, priklausančius valstybės narės reguliavimo kompetencijai („kaip galima reguliuoti?“). Remiantis SESV 2 straipsnio 1 ir 2 dalimis, valstybės narės reguliavimo kompetenciją riboja arba tai, kad atitinkamas klausimas yra priskirtas ES išimtinai reguliavimo kompetencijai (SESV 3 straipsnis), arba – dažnai – ES antrinės teisės akto priėmimas. Šioje disertacijoje tiriami klausimai nėra susiję su ES išimtinai kompetencija, todėl pirmasis reguliavimo kompetencijos ribojimo aspektas atliekamam tyrimui nėra aktualus. Tuo tarpu valdžios institucijų diskreciją riboja priežastys, kuriomis gali būti pateisinta ES vidaus rinkos laisvę ribojanti nacionalinė nuostata, ir proporcingumo principas, o taip pat ES teisės nuostatos tikslai (žr., pavyzdžiui, SESV 288 straipsnio 3 dalį, pagal kurią direktyva yra privaloma *rezultato*, kurį reikia pasiekti, atžvilgiu, bet nacionalinės valdžios institucijos pasirenka jos įgyvendinimo *formą ir būdus*).

d. Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Disertacijos tikslas – nustatyti ES vidaus rinkos laisvių ir konkurencijos taisyklių poveikį Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui.

Disertacijos uždaviniai:

1. Nustatyti ES vidaus rinkos laisvių poveikį Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui:

1.1. nustatyti prekių judėjimo laisvės, darbuotojų ir savarankiškai dirbančių asmenų judėjimo laisvės, įsisteigimo laisvės ir paslaugų teikimo laisvės poveikį Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui privačių asmenų teisių ir kitų šios sistemos reguliavimo pasikeitimų požiūriu;

1.2. atsižvelgiant į nustatytą konkretų ES vidaus rinkos laisvių poveikį Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui, įvertinti šių ES teisės nuostatų poveikį Lietuvos kompetencijai organizuoti ir reguliuoti savo sveikatos apsaugos sistemą.

2. Nustatyti ES konkurencijos taisyklių poveikį Lietuvos sveikatos sistemos organizavimui ir reguliavimui:

2.1. nustatyti, ar Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje veikiantys subjektai yra įmonės ES konkurencijos teisės prasme;

2.2. jeigu Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje veikiantys subjektai laikytini įmonėmis, įvertinti, kokie konkrečiai reikalavimai kyla iš ES konkurencijos taisyklių organizuojant ir reguliuojant Lietuvos sveikatos

apsaugos sistemą privačių asmenų teisių ir kitų šios sistemos reguliavimo pasikeitimų požiūriu;

2.3. atsižvelgiant nustatytą konkretų ES konkurencijos taisyklių poveikį Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai įvertinti šių taisyklių poveikį Lietuvos kompetencijai organizuoti ir reguliuoti savo sveikatos apsaugos sistemą.

e. Ginami darbo teiginiai

1. Atsižvelgiant į tai, kad pagal ESTT praktiką vidaus rinkos laisvės veikia tiesiogiai, sveikatos apsaugos srityje jos suteikia privatiems subjektams tam tikras subjekto teises, kurios turi būti užtikrintos nacionaliniu lygmeniu.

2. Lietuvoje PSD vykdančios institucijos nėra įmonės ES konkurencijos teisės prasme, tačiau privatūs ir valstybiniai viešųjų sveikatos paslaugų teikėjai laikytini tokiomis įmonėmis.

3. Esant dabartinei viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir reguliavimo Lietuvoje sistemai ES konkurencijos taisyklės reikalauja garantuoti viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams teisę į vienodas konkurencines sąlygas.

4. Nežiūrint SESV nuostatų dėl vidaus rinkos laisvių ir konkurencijos taisyklių suteikiamų subjekto teisių, jos nedaro poveikio Lietuvos principinei, sisteminei kompetencijai organizuoti ir reguliuoti savo sveikatos apsaugos sistemą.

f. Mokslinis naujumas

Vertinant darbo naujumą Lietuvos teisės mokslo atžvilgiu, pažymėtina, kad ši disertacija yra pirmoji disertacija Lietuvoje, skirta analizuoti ES vidaus rinkos laisvių ir konkurencijos taisyklių poveikį Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui. Dr. M. Zalepūgos daktaro disertacijoje buvo analizuojamas lygiagretus medicinos produktų importas, įskaitant ir jo teisinį poveikį Lietuvoje (Zalepūga, 2016). Ji yra aktuali šio tyrimo daliai, susijusiai su prekių judėjimo laisve.

Šiuo metu esama nemažai literatūros, apskritai nagrinėjančios ES teisės poveikį valstybių narių kompetencijai organizuoti savo sveikatos apsaugos sistemas ar atskirus jų aspektus (ES lygmuo v nacionalinis lygmuo). Taip pat nemažai publikacijų analizuoja ES teisės poveikį valstybių narių reguliavimui atskirose srityse, ypač susijusiose su pacientų mobilumu. Disertacijoje šia literatūra daugiausia remiamasi, siekiant nustatyti ES vidaus rinkos laisvių ir konkurencijos taisyklių taikymo sveikatos apsaugos srityje apimtį.

g. Tyrimo šaltiniai

ESS, SESV ir kiti ES teisės aktai.

ES ir Lietuvos teisminių bei konkurencijos institucijų sprendimai.

Lietuvos ir kitų valstybių narių teisės aktai.

EK priimti dokumentai.

Valstybės kontrolės valstybinio audito ataskaitos.

Lietuvos valdžios institucijų išvados ir nuomonės.

Teisės mokslo darbai. Nemažai autorių Lietuvoje įvairiais aspektais yra analizavę teisę į sveikatos priežiūrą, jos įgyvendinimo problemas, nemokamos medicinos pagalbos teikimo Lietuvoje konstitucines garantijas, solidarumo principo veikimą sveikatos apsaugos srityje ir kitą su sveikatos apsauga susijusią problematiką (žr., pavyzdžiui, Markauskas, 2005; Birmontienė, 2007; Špokienė, 2008; Birmontienė, 2010; Špokienė, 2010; Juškevičius, Balsienė, 2010; Čelkis, 2011; Čelkis, Venckienė, 2011; Špokienė, 2012; Špokienė, 2013; Beliūnienė, Kavoliūnaitė-Ragauskienė, 2013; Birmontas, 2013). Taip pat daug publikacijų paskelbta ES vidaus rinkos laisvių ir ES konkurencijos teisės srityje (paminėtinos šios: Žaltauskaitė-Žalimienė, 2002; Vėgėlė, 2002; Žaltauskaitė-Žalimienė, 2005; Butkevičius, 2006; Daukšienė, 2007; Žalimienė, 2008; Moisejevas, 2009; Stanikūnas, 2009; Vėgėlė, 2011; Keserauskas, 2011; Novosad, 2011; Butkevičius, 2012; Miniotas, 2015; Kačerauskas, 2016). Tačiau kiek tai susiję su ES teisės taikymu sveikatos apsaugos srityje, tik T. Elzbergas (Elzbergas, 2010), dr. A. Veršelytė (Veršelytė, 2012) ir dr. V. Milašiūtė (Milašiūtė, 2018) yra publikavę straipsnius, konkrečiai analizuojančius pacientų teisės į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugas apimtį.

Iš užsienio autorių ypač reikėtų išskirti tokius autorius kaip R. Baeten, G. Davies, T. K. Hervey ir E. Szyszczak, kurie yra paskelbę nemažai publikacijų, skirtų ES teisės taikymo sveikatos apsaugos srityje apimčiai, poveikiui ir tendencijoms nagrinėti. Taip pat šioje srityje paminėtini J. L. Buendía Sierra, N. Fieldziuk, L. Hancher, V. G. Hatzopoulos, E. Mossialos, L. Nistor, W. Sauter, P. Nicolaidis, C. S. Rusu, S. Shorthose, J. W. van de Gronden, B. Zaglmayer ir kt., be kita ko, nagrinėję ES teisės taikymą sveikatos apsaugos srityje. Iš publikacijų Lietuvoje ypač paminėtinas 2012 m. periodiniame leidinyje „Jurisprudencija“ išspausdintas dabartinio ESTT prezidento K. Lenaerts straipsnis (Lenaerts, 2012). Visa šia literatūra buvo remiamasi, siekiant nustatyti ES vidaus rinkos laisvių ir konkurencijos taisyklių taikymo sveikatos apsaugos srityje apimtį. C. Barnard darbai buvo remiamasi, siekiant paaiškinti bendrus ES vidaus rinkos laisvėms taikomus

principus, P. Nicolaidis, M. Kekeleki, M. Kleis darbais – taisyklės valstybės pagalbos srityje.

Aktuali disertacijos daliai, susijusiai su prekių judėjimo laisvės poveikiu Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui, buvo dr. M. Zalepūgos disertacija lygiagretaus medicinos produktų importo srityje (Zalepūga, 2016). Taip pat tyrime remiamasi Lietuvos autorių darbais, kuriuose, be kita ko, nagrinėjami teisėkūros procesui keliami reikalavimai, įskaitant prof. E. Kūrio (Kūris, 2012; Kūris 2015), dr. D. Murausko (Murauskas, 2019) darbus. Šia literatūra remiamasi disertacijos dalyje, susijusioje su įsisteigimo laisvės poveikiu Lietuvos sveikatos sistemos organizavimui ir reguliavimui. 2014 m. paskelbtas dr. I. Jarukaičio straipsnis „Europos Sąjungos ekonominė konstitucija kaip papildoma Lietuvos Respublikos konstitucijos dimensija: tyrimų kontūrai“ (Jarukaitis, 2014) puikiai apibrėžia kontekstą, kuriame galima vertinti šioje disertacijoje pateiktą tyrimą ir jo rezultatus.

Tačiau nė vienas iš paminėtų autorių, išskyrus iš dalies dr. M. Zalepūgą, tiesiogiai neanalizavo šioje disertacijoje nagrinėjamų klausimų, susijusių su ES vidaus rinkos laisvių ir konkurencijos taisyklių poveikiu Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui.

h. Darbo praktinė reikšmė

Šio mokslinio tyrimo adresatai – tai pirmiausia teisės mokslininkai, teisininkai, studentai, doktorantai, kitų profesijų atstovai, taip pat galimai valstybės tarnautojai ar kiti sprendimų priėmėjai.

Disertacijoje atliktas tyrimas gali būti pagrindas tolimesnėms (mokslinėms) diskusijoms dėl Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos tobulinimo ar privačių asmenų teisių sveikatos apsaugos srityje ir jų gynimo, taip pat ES teisės plėtros šioje srityje tendencijų. Disertacijoje pateikiama metodologija galėtų būti panaudota tiriant ES teisės poveikį kitoms sritims, kaip antai švietimo.

i. Darbo struktūra

Šis darbas susideda iš dviejų pagrindinių dalių, kurios atitinka pagrindinius šio tyrimo uždavinius: pirmojoje tiriamas ES vidaus rinkos laisvių poveikis Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui, antrojoje – ES konkurencijos taisyklių poveikis šios sistemos organizavimui ir reguliavimui.

Pirmosios disertacijos dalies pirmosios keturios struktūrinės dalys atitinka ES vidaus rinkos laisvės: prekių judėjimo laisvė (1.1 dalis), darbuotojų ir

savarankiškai dirbančių asmenų judėjimo laisvė (1.2 dalis), įsisteigimo laisvė (1.3 dalis) ir paslaugų teikimo laisvė (1.4 dalis), o paskutinėje – apibendrinančioje – struktūrinėje dalyje (1.5 dalis), atsižvelgiant į nustatytą konkretų nagrinėjamų ES vidaus rinkos laisvių poveikį privačių asmenų teisių ir kitų reguliavimo pasikeitimų požiūriu, pateikiamas jų poveikio Lietuvos kompetencijai organizuoti ir reguliuoti savo sveikatos apsaugos sistemą vertinimas.

Antroje disertacijos dalyje pirmiausia analizuojami kriterijai, pagal kuriuos sprendžiama, ar subjektas yra įmonė ES konkurencijos teisės prasme (2.1 dalis), taip pat kaip šie kriterijai ES teismų ir EK praktikoje buvo pritaikyti konkrečioms atvejams kitos ES valstybėse narėse (2.2 dalis) ir pateikiamas atsakymas į klausimą, ar Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje veikiantys subjektai yra įmonės ES konkurencijos teisės prasme (2.3 dalis). Toliau antroje disertacijos dalyje analizuojama SESV nuostatų, nustatančių įmonėms taikomas taisykles ir taisykles dėl valstybės pagalbos teikimo, taikymas viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas teikiantiems subjektams (2.4 dalis) ir galiausiai (2.5 dalyje) nagrinėjama, kiek šios taisyklės yra aktualios teikiant viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje, kokie konkrečiai reikalavimai kyla iš ES konkurencijos taisyklių organizuojant ir reguliuojant Lietuvos sveikatos apsaugos sistemą privačių asmenų teisių ir kitų šios sistemos reguliavimo pasikeitimų požiūriu ir, atsižvelgiant į šį konkretų poveikį, pateikiamas vertinimas, ar ES konkurencijos taisyklės daro poveikį Lietuvos kompetencijai organizuoti ir reguliuoti savo sveikatos apsaugos sistemą.

j. Hipotezė

ES vidaus rinkos laisvės ir konkurencijos taisyklės neriboja principinės, sisteminės Lietuvos kompetencijos organizuoti ir reguliuoti savo sveikatos apsaugos sistemą, o šių nuostatų poveikis šios sistemos organizavimui ir reguliavimui pasireiškia per papildomų subjektinių teisių privatiems asmenims sveikatos apsaugos srityje užtikrinimą.

k. Disertacijoje vartojami terminai

Kadangi analizuojama tiek ES teisė, tiek nacionalinė teisė, šiame darbe itin aktuali sąvokų neatitikimo problema, kai nesutampa ES teisėje ir ją perkeliančiuose / įgyvendinančiuose nacionalinės teisės aktuose vartojamos sąvokos ar netgi skirtingų sričių ES teisės aktuose vartojamos sąvokos.

Pavyzdžiui, Farmacijos įstatyme vartojama „vaistinio preparato“ sąvoka, o Europos Parlamento ir Tarybos 2001 m. lapkričio 6 d. direktyvoje 2001/83/EB

dėl Bendrijos kodekso, reglamentuojančio žmonėms skirtus vaistus (Europos Parlamento ir Tarybos 2001 m. lapkričio 6 d. direktyva, toliau – Direktyva 2001/83), kurią iš esmės perkelia Farmacijos įstatymas, ir ESTT praktikoje laisvo prekių judėjimo srityje vartojama „vaisto“ sąvoka.

Direktyvoje 2011/24 vartojama „tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų“, Sveikatos draudimo įstatyme, kuris perkelia minėtą direktyvą, – „tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugų“ sąvoka, tuo tarpu Europos Parlamento ir Tarybos 2004 m. balandžio 29 d. reglamente (EB) Nr. 883/2004 dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo (Europos Parlamento ir Tarybos 2004 m. balandžio 29 d. reglamentas, toliau – Reglamentas Nr. 883/2004) ir Europos Parlamento ir Tarybos 2009 m. rugsėjo 16 d. reglamente (EB) Nr. 987/2009 nustatančiame Reglamente (EB) Nr. 883/2004 dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo įgyvendinimo tvarką (Europos Parlamento ir Tarybos 2009 m. rugsėjo 16 d. reglamentas, toliau – Įgyvendinimo reglamentas Nr. 987/2009) (toliau abu kartu – ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentai) tokios paslaugos iš esmės įvardijamos kaip „išmokos natūra“.

Siekiant išspręsti šią problemą ten, kur kalbama apie į Lietuvos teisę perkeltas ES teisės nuostatas, daroma prielaida, kad Lietuvos ir ES teisės aktuose pateiktų sąvokų reikšmė sutampa, nebent konkrečiai yra nurodyta kitaip. Disertacijoje vartojamos ES teisės aktuose pateikiamos sąvokos, išskyrus kai cituojami Lietuvos teisės aktų pavadinimai ar jų nuostatos.

Taip pat reikia nurodyti, kad ES teismų praktikoje „socialinės apsaugos sistema“ apima sveikatos apsaugos (įskaitant sveikatos draudimo) sistemą (žr., pavyzdžiui, *Geraets-Smits ir Peerbooms*, 2001; *Watts*, 2006). O pagal Lietuvos teisę socialinės apsaugos sistema ir sveikatos draudimo sistema suprantamos kaip dvi savarankiškos sistemos. LR valstybinio socialinio draudimo įstatyme (Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatymas, 1991) sąvoka „valstybinis socialinis draudimas“ apibrėžiama kaip valstybinės socialinės apsaugos sistemos dalis, kurios priemonėmis visiškai ar iš dalies kompensuojamos apdraustiesiems asmenims ir įstatymų nustatytais atvejais jų šeimų nariams dėl draudžiamųjų įvykių prarastos darbo pajamos arba įstatymų nustatytais atvejais šioje dalyje nurodytiems asmenims išmokamos įstatymų nustatyto dydžio išmokos. Kitaip tariant, Lietuvos teisės sistemoje valstybinis socialinis draudimas yra suprantamas kaip socialinės apsaugos sistemos dalis ir reglamentuoja tokias draudimo rūšis kaip pensijų socialinį draudimą, ligos socialinį draudimą, motinystės socialinį draudimą, nedarbo socialinį draudimą bei nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų socialinį draudimą. Tačiau valstybinis socialinis draudimas neapima PSD, kuris pagal Sveikatos draudimo įstatymą yra apibrėžiamas kaip valstybės

nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, šio įstatymo nustatytais pagrindais ir sąlygomis garantuojanti PSD draudžiamiems asmenims, įvykus draudimui įvykiui, sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimą, taip pat vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidų bei medicinos priemonių (prietaisų), būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomos išlaidų kompensavimą. Disertacijoje „socialinės apsaugos sistema“ vartojama ES teismų praktikoje nustatyta reikšmė.

Tam tikros sąvokų painingos esama ir pačiose ES teisės nuostatose. Antai sąvoka „bendrus interesus tenkinančios ekonominės paslaugos“, kuri yra vartojama SESV 14 straipsnyje ir Protokole Nr. 26 prie ESS ir SESV dėl bendrus interesus tenkinančių paslaugų, ir „bendros ekonominės svarbos paslaugos“ pagal SESV 106 straipsnio 2 dalį šioje disertacijoje, taip pat ES teismų praktikoje suprantamos kaip sinonimai. Tačiau, vadovaujantis SESV terminija, kalbant apskritai, šioje disertacijoje vartojama sąvoka „bendrus interesus tenkinančios (ekonominės) paslaugos“, o kalbant konkrečiai apie SESV 106 straipsnio 2 dalį, – sąvoka „bendros ekonominės svarbos paslaugos“¹⁵.

Paprastumo dėlei šioje disertacijoje nurodoma pirminės ES teisės nuostatų numeracija pagal šiuo metu galiojančias SESV ir ESS, net jeigu, pavyzdžiui, atitinkamas ES teismų sprendimas buvo priimtas iki minėtų Sutarčių įsigaliojimo.

Taip pat paprastumo dėlei Bendroju teismu vadinamas Pirmosios instancijos teismas. O Bendrasis teismas ir ESTT kartu vadinami „ES teismais“.

¹⁵ Kai kuri kita su sąvokomis susijusi problematika yra aptariama atitinkamose šias sąvokas vartojančiose disertacijos dalyse.

1. ES VIDAUS RINKOS LAISVIŲ POVEIKIS LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS ORGANIZAVIMUI IR REGULIAVIMUI

ES vidaus rinkos laisvės yra įtvirtintos SESV trečiosios dalies II ir IV antraštinėse dalyse. Šioje disertacijoje nagrinėjamos prekių judėjimo laisvė (SESV 28, 30, 34 ir 35 straipsniai), darbuotojų ir savarankiškai dirbančių asmenų judėjimo laisvė (SESV 45 ir 49 straipsniai), įsisteigimo laisvė (SESV 49 straipsniai) ir paslaugų teikimo laisvė (SESV 56 ir 57 straipsniai). Kaip jau paaškinta, šio tyrimo tikslais kapitalo judėjimo laisvės turinys sutampa su įsisteigimo laisvės turiniu, be to, ši laisvė nekelia jokių specifinių klausimų, susijusių su sveikatos apsaugos sistemomis¹⁶. Atsižvelgiant į tai, kapitalo judėjimo laisvė disertacijoje toliau nėra analizuojama.

Pagal SESV 4 straipsnio 2 dalį vidaus rinka priklauso pasidalijamajai ES ir valstybių narių kompetencijai. Tokio kompetencijų pasidalijimo išraiška yra tai, kad tam tikromis aplinkybėmis valstybės narės turi teisę nustatyti ES vidaus rinkos laisvių apribojimus (Shuibhne, Maci, 2013, p. 970).

ESTT praktikoje ES vidaus rinkos apribojimų sąvoka aiškinama labai plačiai ir praktiškai bet kuri nacionaliniu lygmeniu priimta priemonė, koku nors aspektu reguliuojanti rinką, patenka į ES teisės taikymo sferą, nepaisant to, kad ši priemonė gali būti taikoma vienodai, be jokios diskriminacinės potekstės (Jarukaitis, 2014, p. 61; Shuibhne, Maci, 2013, p. 970-971). Tokie apribojimai neprieštarauja SESV tik jeigu jie gali būti pateisinti pagal nukrypti leidžiančias nuostatas, kurios įtvirtintos pačioje SESV (SESV 36, 45 straipsnio 3 dalis, 52 ir 62 straipsniai), arba ESTT praktikoje nustatytais svarbiomis bendrojo intereso priežastimis. Pastarųjų atžvilgiu valstybėms narėms suteikiama itin plati diskrecija (Shuibhne, Maci, 2013, p. 971). Tačiau net jeigu nacionalinę nuostatą, kuri riboja kurią nors iš ES vidaus rinkos laisvių, ir galima pateisinti minėtomis nukrypti leidžiančiomis nuostatomis ar svarbiomis bendrojo intereso priežastimis, ji taip pat turi atitikti proporcingumo principą, t. y. būti tinkama užtikrinti, kad bus pasiektas užbrėžtas tikslas, ir neviršyti to, kas būtina jam pasiekti (*VIPA Kereskedelmi és Szolgáltató Kft.*, 2019, 69 punktą ir jame minima teismo praktika).

¹⁶ Žr. šios disertacijos Įvado dalyje „d. Tyrimo tikslas ir uždaviniai“.

Tai reiškia, kad turi būti atlikta bet kurios tokios nacionalinės nuostatos proporcingumo patikra¹⁷.

Konkrečiai kalbant apie sveikatos apsaugos sritį ir kaip bus matyti toliau atskirai nagrinėjant kiekvieną iš ES vidaus rinkos laisvių, dabartiniame ES teisės išsivystymo etape galima apibendrintai teigti, kad iš esmės bet kokia veikla sveikatos apsaugos srityje patenka į šių laisvių taikymo apimtį, o nacionaliniai tokios veiklos ribojimai turi būti pagrįsti ir proporcingi SESV prasme. Tačiau tai ne visada buvo savaime suprantama. Antai pirmieji ESTT sprendimai, kuriuose buvo pripažinta, kad sveikatos priežiūros veikla patenka į paslaugų judėjimo laisvės taikymo sritį, buvo priimti 1984 m. ir 1991 m. (*Luisi ir Carbone*, 1984; *The Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd*, 1991). 1997 m. pirmąjį kartą buvo pripažinta, kad vaistinių veiklai taikoma įsisteigimo laisvė (*Sodemare*, 1997). 1998 m. sprendimuose *Kohll (Kohll)*, 1998) ir *Decker (Decker)*, 1998) pirmąjį kartą nustatyta, kad, atitinkamai, paslaugų ir prekių judėjimo laisvės taikomos valstybių narių sveikatos apsaugos sistemų atžvilgiu. Vis dėlto vidaus rinkos laisvių taikymas sveikatos apsaugos srityje jokių būdu nereiškia, kad valstybei narei yra draudžiama šioje srityje pačiai teikti paslaugas. Kaip bus paaiškinta toliau, tokiu atveju vidaus rinkos laisvių taikymo sritis atitinkamai susiaureja.

Nagrinėjamos vidaus rinkos laisvės sveikatos apsaugos srityje skiriasi pozityvios integracijos intensyvumu, t. y. tuo, kiek, siekiant užtikrinti atitinkamą judėjimą, ES teisės aktų leidėjas yra priėmęs ES antrinės teisės aktų. Kaip bus nurodyta toliau, prekių judėjimo laisvės srityje yra priimta daug išsamių¹⁸ teisės aktus suderinančių priemonių, kuriomis siekiama užtikrinti vaistų, medicinos priemonių ir kt. prekių judėjimą. Darbuotojų ir savarankiškai dirbančių asmenų judėjimo laisvės srityje priimta Parlamento ir Tarybos 2005 m. rugsėjo 7 d. direktyva 2005/36/EB dėl profesinių kvalifikacijų pripažinimo (Europos Parlamento ir Tarybos 2005 m. rugsėjo 7 d. direktyva, toliau – Direktyva 2005/36), kuri yra taikoma, *inter alia*, profesinėms kvalifikacijoms sveikatos apsaugos srityje, taip pat su ja susijusi 2018 m. birželio 28 d. direktyva (ES) 2018/958 dėl proporcingumo patikros prieš priimant naujas profesijų reglamentavimo nuostatas (Europos

¹⁷ Šioje disertacijoje „proporcingumo patikra“ suprantama plačiai, kaip apimanti nacionalinių nuostatų, kurios riboja kurią nors iš ES vidaus rinkos laisvių, patikrą dėl to, ar jos gali būti pateisintos SESV įtvirtintomis nukrypti leidžiančiomis nuostatomis ar svarbiomis bendrojo intereso priežastimis ir ar jos yra tinkamos užtikrinti, kad bus pasiektas užbrėžtas tikslas, ir neviršija to, kas būtina tam tikslui pasiekti.

¹⁸ Nors dažniausiai ne išsamaus derinimo (angl. „full harmonisation“).

Parlamento ir Tarybos 2018 m. birželio 28 d. direktyva, toliau – Direktyva 2018/958). Paslaugų judėjimo laisvės srityje taikoma Direktyva 2011/24, kuri, be kita ko, įgyvendina ESTT praktiką dėl tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų, taip pat ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentai. O kiek tai susiję su įsisteigimo laisve, ES antrinės teisės aktu, specifiskai taikomų sveikatos apsaugos srityje, šiuo metu dar nėra.

Atsižvelgiant šį skirtingą integracijos sveikatos apsaugos srityje intensyvumą, siekiant nustatyti ES vidaus rinkos laisvių poveikį Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui, toliau kiekviena iš šių laisvių bus nagrinėjama atskirai. Šiuo tikslu bus tiriamas pačios atitinkamos SESV nuostatos turinys, t. y. kaip pagal ESTT praktiką ji aiškinama sveikatos apsaugos srityje, taip pat paaiškinama, kurie ES antrinės teisės aktai ar jų nuostatos yra priimti tiriamų SESV nuostatų pagrindu ir (arba) kodifikuoja jų aiškinimo praktiką, pateikiama šių ES antrinės teisės nuostatų analizė, kiek tai reikalinga siekiant nustatyti ES vidaus rinkos laisvių poveikį Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui. Atsižvelgiant į atliktą ES teisės nuostatų turinio tyrimą toliau nagrinėjama, kaip šios nuostatos buvo perkeltos ar įgyvendintos Lietuvos nacionalinėje teisėje, analizuojamos jų perkėlimo (įgyvendinimo) alternatyvos, jeigu įmanoma, pateikiami duomenys apie atitinkamo judėjimo mastą ir vertinama, ar teisinės priežastys yra susiję su šiuo mastu. Taip pat dėl kiekvienos nagrinėjamos vidaus rinkos laisvės pateikiamas trumpas apibendrinimas, koks yra konkretus šios teisės poveikis Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui privačių asmenų teisių ir kitų reguliavimo pasikeitimų požiūriu. Galiausiai pirmosios disertacijos dalies paskutinėje struktūrinėje dalyje pateikiamas vertinimas, ar, atsižvelgiant į nustatytą konkretų ES vidaus rinkos laisvių poveikį, buvo paveikta Lietuvos kompetencija organizuoti ir reguliuoti savo sveikatos apsaugos sistemą.

1.1. PREKIŲ JUDĖJIMO LAISVĖ: TEISĖ Į SAUGIŲ VAISTŲ IR MEDICINOS PRIEMONIŲ PRIEINAMUMĄ

Prekių judėjimo laisvė garantuojama SESV 28 ir 30 straipsniuose, pagal kuriuos tarp valstybių narių bei jų tarpusavio prekyboje uždraudžiami importo ir eksporto muitai bei visi lygiaverčio poveikio mokėjimai, o pagal SESV 34 ir 35 straipsnius uždraudžiami kiekybiniai importo ir eksporto apribojimai ir visos lygiaverčio poveikio priemonės.

Kaip paaiškina Laisvą prekių judėjimą reglamentuojančių Sutarties nuostatų taikymo vadovas (Europos Komisija, 2010), SESV 34 ir 35 straipsniai taikomi bet kokiam prekių ir produktų importui bei eksportui. Šie

straipsniai taikomi iš esmės visoms įmanomoms prekėms, turinčioms ekonominę vertę: „prekėmis pagal Sutartį <...> laikomi produktai, kuriuos galima įvertinti pinigais ir kurie patys gali būti komercinių sandorių objektas“ (Komisija / Italija, 1968). Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės, pasižymintys tuo, kad jie yra neretai apsaugoti intelektinės (pramoninės) nuosavybės teisėmis, neabejotinai yra laikytini prekėmis ir jiems yra taikomi laisvo prekių judėjimo principai (žr., pavyzdžiui, *Cetrafarm*, 1974; *Medisanus*, 2017, 53 punktas ir jame nurodyta teismo praktika).

Šiuo metu importo ir eksporto muitų arba, kitaip tariant, fiskalinių priemonių draudimo svarba yra sumažėjusi (Barnard, 2016, p. 44). Todėl toliau bus nagrinėjami SESV 34 ir 35 straipsniai draudžiantys kiekybinius importo ir eksporto apribojimus ir lygiaverčio poveikio priemones.

Kiekybiniais apribojimais pagal SESV 34 straipsnį vadinamos priemonės, kurių poveikis yra visiškas arba dalinis importo per tranzito valstybių narių teritoriją suvaržymas (*Geddo*, 1973). Pavyzdžiui, tai gali būti tiesioginis draudimas arba kvotų sistema (*Salgoil*, 1968). T. y. kiekybiniai apribojimai kyla, kai pasiekiamą tam tikra importuojamo arba eksportuojamo kiekio riba. Tuo tarpu sąvoka „lygiaverčio poveikio priemonė“ apima bet kokias valstybių narių nustatytas taisykles, kurios gali tiesiogiai ar netiesiogiai, iš tikrųjų ar potencialiai kliudyti ES vidaus prekybai (*Dassonville*, 1974). Ja apibrėžiamos ne tik tos nacionalinės nuostatos, kuriomis diskriminuojamos importuojamos prekės, bet ir „vienodai taikomos“ taisyklės, t. y. tos nuostatos, kurios teisiškai atrodo turinčios vienodą poveikį šalyje pagamintoms ir importuojamoms prekėms, tačiau iš tiesų labiau varžo importą. Ši konkreti našta atsiranda todėl, kad importuojantiems prekes iš tiesų tenka laikytis dviejų rūšių taisyklių – tų, kurias nustato prekes pagaminusi valstybė narė, ir tų, kurias nustato valstybė narė, į kurią importuojama. Kiek tai susiję su sveikatos apsauga, tarp tokių apribojimų galima paminėti valstybių narių nustatytus reikalavimus vaistų pakuotei¹⁹, prekės formai (žr. pavyzdžiui, *Van Bennekom*, 1983; *Komisija / Vokietija*, 2007), kilmei (*Medisanus*, 2017, 77 punktas), kainoms (*Deutsche Parkinson Vereinigung eV*, 2016, 27 punktas), pardavimo sąlygoms (*De Peijper*, 1976, 13 punktas), taip pat valstybių narių taisykles, taikomas vaistų importui asmeniniam vartojimui (*Komisija / Prancūzija*, 2005, 14 punktas), ar socialinės apsaugos taisykles, darančias poveikį prekybai vaistais ir medicinos

¹⁹ Kaip bus paaiškinta toliau, tiek, kiek atitinkamos prekės pakuotės klausimai nėra sureglamentuoti ES lygiu, jiems taikomos SESV nuostatos dėl laisvo prekių judėjimo: žr., pavyzdžiui, maisto produktų srityje *Schwarz*, 2005, 26 ir 27 punktai.

pagalbos priemonėms (*Duphar ir kt.*, 1984, 18 punktas; *Decker*, 1998, 36 punktas) ir pan.

Nors SESV 34 ir 35 straipsnių formuluotės labai panašios, remiantis 1979 m. lapkričio 8 d. sprendime *Groenveld* nustatytu principu, skirtingai nei prekių importo atveju, SESV 35 straipsnis iš esmės taikomas tik toms priemonėms, kurios diskriminuoja eksportui skirtas prekes palyginti su prekėmis, kuriomis prekiaujama atitinkamos valstybės viduje (*Groenveld*, 1979, 7 ir 9 punktai; *Grilli*, 2001, 42 punktas).

Laisvo prekių judėjimo apribojimai gali būti pateisinti pagal SESV 36 straipsnį arba vieną iš ESTT praktikoje nustatytų svarbių bendrojo intereso priežasčių, jei jie atitinka proporcingumo principą (*Canal Satellite Digital*, 2002, 33 punktas; *Komisija / Belgija*, C-254/05, 2007, 33 punktas ir jame minima teismo praktika; *Komisija / Liuksemburgas*, 2008, 36 punktas). Nacionalinė nuostata turi būti būtina, norint pasiekti nurodytą tikslą; šio tikslo turi būti neįmanoma pasiekti draudimais arba apribojimais, kurie būtų taikomi siauresniu mastu arba mažiau varžytų ES vidaus prekybą.

Taigi iš esmės laisvo prekių judėjimo principas reikalauja valstybės nares panaikinti visus prekių judėjimo apribojimus, išskyrus tuos atvejus, jeigu valstybė narė įrodo esant svarbių priežasčių juos taikyti, o pasirinktos priemonės neriboja tokio judėjimo daugiau nei būtina, siekiant atitinkamų teisėtų tikslų. Toks procesas, kai valstybių narių teisės aktuose šalinamos judėjimo kliūtys yra vadinamas negatyviuoju teisės aktų derinimu.

Tačiau taip vadinama talidomido (*thalidomide*) tragedija praėjusio amžiaus VI dešimtmečio pabaigoje-VII dešimtmečio pradžioje, kai dėl vaisto vartojimo nėštumo laikotarpiu tūkstančiai kūdikių gimė su neišsivysčiusiomis galūnėmis, lėmė griežtesnį vaistų pateikimo į rinką reguliavimą valstybėse narėse ir, atitinkamai, valstybių narių teisės aktų pozityviojo derinimo būtinybę siekiant užtikrinti laisvą vaistų judėjimą tarp valstybių narių (Shorthose, 2017, p. 2-3). Kitaip tariant, laisvo prekių judėjimo principas sveikatos apsaugos srityje gali veikti tik jeigu pakankamai užtikrinama visuomenės sveikata, ir tam, kad vaistų ar kitų medicinos produktų judėjimas tarp valstybių narių būtų praktiškai įmanomas, ją būtina užtikrinti ES lygiu. Šiuo tikslu pradėti derinti valstybių narių teisės aktai palaipsniui nustatė, kad vaistai gali būti pateikti į rinką tik gavus išankstinį leidimą, taip pat leidimo prekiauti vaistais išdavimo sąlygas, kitų medicinos produktų pateikimo į rinką reikalavimus, pateiktų rinkai produktų stebėsenos reikalavimus ir t. t. Svarbiausios iš tokių šiuo metu galiojančių teisės suderinimo priemonių yra šios:

- vaistų srityje²⁰ – Direktyva 2001/83 (žmonėms skirti vaistai), Europos Parlamento ir Tarybos 2004 m. kovo 31 d. reglamentas (EB) Nr. 726/2004 nustatantis Bendrijos leidimų dėl žmonėms skirtų ir veterinarinių vaistų išdavimo ir priežiūros tvarką ir įsteigiantis Europos vaistų agentūrą (Europos Parlamento ir Tarybos 2004 m. kovo 31 d. reglamentas, toliau – Reglamentas Nr. 726/2004), Europos Parlamento ir Tarybos 1999 m. gruodžio 16 d. reglamentas (EB) Nr. 141/2000 dėl retųjų vaistų (Europos Parlamento ir Tarybos 1999 m. gruodžio 16 d. reglamentas), Europos Parlamento ir Tarybos 2006 m. gruodžio 12 d. reglamentas (EB) Nr. 1901/2006 dėl pediatrijoje vartojamų vaistinių preparatų, iš dalies keičiantis Reglamentą (EEB) Nr. 1768/92, Direktyvą 2001/20/EB, Direktyvą 2001/83/EB ir Reglamentą (EB) Nr. 726/2004 (Europos Parlamento ir Tarybos 2006 m. gruodžio 12 d. reglamentas), Europos Parlamento ir Tarybos 2007 m. lapkričio 13 d. reglamentas (EB) Nr. 1394/2007 dėl pažangiosios terapijos vaistinių preparatų, iš dalies keičiantis Direktyvą 2001/83/EB ir Reglamentą (EB) Nr. 726/2004 (Europos Parlamento ir Tarybos 2007 m. lapkričio 13 d. reglamentas);

- medicinos priemonių srityje – Tarybos 1990 m. birželio 20 d. direktyva 90/385/EEB dėl valstybių narių įstatymų, reglamentuojančių aktyviuosius implantuojamuosius medicinos prietaisus, suderinimo (Tarybos 1990 m. birželio 20 d. direktyva, toliau – Direktyva 90/385), Tarybos 1993 m. birželio 14 d. direktyva 93/42/EEB dėl medicinos prietaisų (Tarybos 1993 m. birželio 14 d. direktyva, toliau – Direktyva 93/42)²¹ ir Europos Parlamento ir Tarybos 1998 m. spalio 27 d. direktyva 98/79/EB dėl *in vitro* diagnostikos medicinos prietaisų (Europos Parlamento ir Tarybos 1998 m. spalio 27 d. direktyva, toliau – Direktyva 98/79)²²;

²⁰ Sąrašą visų ES teisės aktų žmonėms skirtų ir veterinarijos vaistų srityje galima rasti EK EudraLex internetinėje svetainėje (EudraLex...).

²¹ Europos Parlamento ir Tarybos 2017 m. balandžio 5 d. reglamentas (ES) Nr. 2017/745 dėl medicinos priemonių, kuriuo iš dalies keičiama Direktyva 2001/83/EB, Reglamentas (EB) Nr. 178/2002 ir Reglamentas (EB) Nr. 1223/2009, ir kuriuo panaikinamos Tarybos direktyvos 90/385/EEB ir 93/42/EEB (Europos Parlamento ir Tarybos 2017 m. balandžio 5 d. reglamentas (ES) Nr. 2017/745, toliau – Reglamentas Nr. 2017/745) panaikino Direktyvas 90/385 ir 93/42 nuo 2021 m. gegužės 26 d., išskyrus tam tikras jų nuostatas, kurios panaikinamos nuo vėlesnės datos (žr. Reglamento Nr. 2017/745 122 straipsnį).

²² Europos Parlamento ir Tarybos 2017 m. balandžio 5 d. reglamentas (ES) Nr. 2017/746 dėl *in vitro* diagnostikos medicinos priemonių, kuriuo panaikinama Direktyva 98/79/EB ir Komisijos sprendimas 2010/227/ES (Europos Parlamento ir Tarybos 2017 m. balandžio 5 d. reglamentas (ES) Nr. 2017/746, toliau – Reglamentas Nr. 2017/746) panaikino Direktyvą 98/79 nuo 2022 m. gegužės 26 d., išskyrus tam

- maisto papildų srityje – Europos Parlamento ir Tarybos 2002 m. birželio 10 d. direktyva 2002/46/EB dėl valstybių narių įstatymų, susijusių su maisto papildais, suderinimo (Europos Parlamento ir Tarybos 2002 m. birželio 10 d. direktyva).

Minėta, kad šioje disertacijoje nėra tiriamos teisės suderinimo priemonės, priimtose pagal SESV 114 straipsnį, taip pat priemonės, priimtose pagal SESV 168 straipsnį, nebent šie teisės aktai buvo priimti kodifikuojant ESTT praktiką vidaus rinkos laisvių srityje.

Šiuo aspektu paminėtina, pirma, ESTT praktika laisvo prekių judėjimo srityje, susijusi su lygiagrečiu vaistų importu. Tokiu importu vadinama tolesnė kitų asmenų, t. y. lygiagrečių importuotojų, vykdoma prekyba vaistais kitose Europos ekonominės erdvės (EEE) valstybėse po to, kai šie vaistai pradinėje EEE valstybėje jau buvo pateikti į rinką vaisto gamintojo ar pradinio tiekėjo. Šiuo metu toks vaistų importas ES antrinės teisės aktuose dar nėra reglamentuotas. Atsižvelgdama į minėtą ESTT praktiką, 1980 m. EK buvo pateikusi pasiūlymą papildyti tuo metu galiojusias direktyvas nuostatomis, susijusiomis su lygiagrečiu vaistų importu (European Commission, 1980), tačiau, nesulaukusi valstybių narių palaikymo, vėliau jį atsiėmė. Vis dėlto, nors ir atsiėmė pasiūlymą, 1982 m. EK paskelbė komunikatą, kuriame pareiškė sieksianti užtikrinti, kad Sutarties nuostatos dėl laisvo prekių judėjimo veiktų pilna apimtimi ir pateikė savo požiūrį dėl reikalavimų, kurie turėtų būti taikomi lygiagrečiam vaistų importui (European Commission, 1982). 2003 m. EK atnaujino minėtą komunikatą (European Commission, 2003) ir iš tiesų ėmėsi procedūrų dėl įsipareigojimų neįvykdymo prieš valstybes nares, kurios neužtikrino lygiagretaus vaistų importo savo nacionalinėje teisėje (žr., pavyzdžiui, *Komisija / Prancūzija*, 2004). Tai paskatino nacionalinio reguliavimo lygiagretaus vaistų importo srityje atsiradimą.

Taip pat ESTT praktika lėmė lygiagrečių medicinos priemonių prekybos sąlygų įtvirtinimą Reglamentuose Nr. 2017/745 ir Nr. 2017/746, kurie tiesiogiai taikomi nuo, atitinkamai, 2021 m. gegužės 26 d. ir 2022 m. gegužės 26 d.

Antra, prekių judėjimo laisvė apima ir lygiagrečiam importui priešingą situaciją, t. y. lygiagretų vaistų eksportą, nors ESTT praktikos šioje srityje iš esmės dar nėra. Tačiau galima paminėti 2019 m. rugsėjo 18 d. sprendimą *VIPA Kereskedelmi és Szolgáltató Kft. (VIPA Kereskedelmi és Szolgáltató*

tikras jos nuostatas, kurios panaikinamos nuo vėlesnės datos (žr. Reglamento Nr. 2017/746 112 straipsnį).

Kft., 2019), kuris buvo susijęs su Vengrijos nacionalinės teisės aktais, ribojančiais vaistų eksportą.

Trečia, remiantis SESV nuostatomis dėl laisvo prekių judėjimo ESTT suformulavo principus, susijusius su vaistų reklamos sąvokos aiškinimu ir įteisinančius nuotolinę prekybą vaistais. Šie principai buvo sukodifikuoti Direktyvoje 2001/83, priėmus ją iš dalies keičiančią Europos Parlamento ir Tarybos 2011 m. birželio 8 d. direktyvą 2011/62/ES, kuria iš dalies keičiamos Direktyvos 2001/83/EB dėl Bendrijos kodekso, reglamentuojančio žmonėms skirtus vaistus, nuostatos dėl falsifikuotų vaistų patekimo į teisėtą tiekimo tinklą prevencijos (Europos Parlamento ir Tarybos 2011 m. birželio 8 d. direktyva 2011/62/ES, toliau – Direktyva 2011/62).

Pagaliau, ESTT išdėstė reikalavimus, kurie buvo susisteminti Direktyvoje 89/105, taikomus žmonėms skirtų vaistų kainų nustatymui ir kompensavimui. Tiek, kiek atitinkamos nacionalinės teisės nuostatos nepatenka į šios direktyvos taikymo apimtį, joms taikomos SESV nuostatos dėl prekių judėjimo laisvės.

Reiktų dar kartą pabrėžti, kad visas šis toliau nagrinėjamas reguliavimas kyla iš prekių judėjimo laisvės, pagal kurią toks judėjimas gali būti ribojamas tik tais atvejais, kai atitinkamos valstybių narių nuostatos gali būti pateisintos pagal SESV 36 straipsnį arba vieną iš ESTT praktikoje nustatytų svarbių bendrojo intereso priežasčių, jei atitinka proporcingumo principą. Tačiau, atsižvelgiant į prekių sveikatos apsaugos srityje specifika, didžiulis dėmesys šioje srityje skiriamas visuomenės sveikatos apsaugai, kurią daugeliu atvejų yra siekiama užtikrinti ES lygiu priimančios teisės suderinimo priemonės. Todėl vaistų ir medicinos priemonių srityje turime kalbėti apie dvigubą tikslą – visuomenės sveikatos apsaugos ir laisvo prekių judėjimo (European Parliament, 2015, p. 5). Kitaip tariant, prekių judėjimo laisvė šioje srityje veikia tik tiek, kiek tai nepažeidžia visuomenės sveikatos apsaugos tikslų, kuriuos šiuo metu daugiausia užtikrina ES antrinės teisės aktai, t. y. pozityviojo teisės aktų derinimo priemonės.

Toliau visi šie aspektai – lygiagretus vaistų ir medicinos priemonių importas ir eksportas, vaistų reklama ir nuotolinė prekyba vaistais ir vaistų kainų nustatymas ir įtraukimas į reguliavimo sistemas – bus nagrinėjami atskirai. Kiekvienu atveju vertinamas atitinkamų ES teisės nuostatų turinys, taip pat kaip jos yra perkeltos / įgyvendintos Lietuvos nacionalinėje teisėje ir analizuojamas jų poveikis Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui privačių asmenų teisių ir kitų šios sistemos reguliavimo pasikeitimų aspektu, taip pat pateikiamas prekių judėjimo laisvės poveikio Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui apibendrinimas.

1.1.1. Lygiagretus vaistų ir medicinos priemonių importas

Vaistai. Taigi nors lygiagretus vaistų importas kyla iš prekių judėjimo laisvės, jis veikia ES antrinės teisės aktais labai išsamiai sureguliuotoje srityje. Todėl kalbant toliau apie lygiagretų vaistų importą, būtina iširti reguliavimą, kuris pagal teisės suderinimo priemones yra taikomas prekybai vaistais²³. Vaistu gali būti prekiaujama valstybės narės rinkoje tik tuo atveju, jeigu jam yra išduotas leidimas prekiauti (Direktyvos 2001/83 6 straipsnio 1 dalis). Pagal ES teisės aktus yra išduodami ES (arba centralizuoti) ir nacionaliniai leidimai prekiauti. ES leidimus išduoda EK laikydamasi centralizuotos procedūros, pagal kurią paraiškos yra teikiamos Europos Vaistų Agentūrai (EVA). Kai kuriems vaistams leidimas gali būti išduodamas tik laikantis centralizuotos procedūros (žr. Reglamento Nr. 726/2004 3(1) straipsnį ir šio reglamento priedą). Kitais atvejais gamintojai gali pasirinkti leidimo išdavimą pagal centralizuotą procedūrą, jeigu vaistas atitinka tam tikras Reglamento Nr. 726/2004 nustatytas sąlygas (reglamento 3(2) straipsnis). Nacionalinius leidimus išduoda kompetentingos valstybių narių institucijos. Jeigu vaistu norima prekiauti keliose valstybėse narėse, pagal Direktyvos 2001/83 III dalies 4 skyrių leidimai prekiauti gali būti išduodami laikantis abipusio pripažinimo ar decentralizuotos procedūros. Pagal abipusio pripažinimo procedūrą pateikiama paraiška prekiauti vaistu, kuriuo jau yra prekiaujama kitoje valstybėje narėje. Pagal decentralizuotą procedūrą paraiška prekiauti vaistu pateikiama tuo pačiu metu keliose valstybėse narėse.

Vaistais, kuriems yra išduotas centralizuotas leidimas ir kurie yra išleisti į vienos valstybės narės rinką, gali būti prekiaujama kitoje valstybėje narėje be leidimo prekiauti turėtojo sutikimo. Toks platinimas vadinamas lygiagrečiu platinimu. Pagal Reglamento Nr. 726/2004 57 straipsnio 1 dalies o punktą vaistų, kuriems yra išduotas centralizuotas leidimas, lygiagretus platinimas turi atitikti pranešimo EVA sąlygas. Šias sąlygas atitinkantys vaistai yra skelbiami EVA pranešimų dėl lygiagretaus platinimo viešame registre (angl. „*Register of Parallel Distribution Notices*“) (European Medicines Agency. Register...).

Tuo tarpu kai kalbame apie lygiagretų importą, turime omenyje tuos vaistus, kuriems yra išduotas nacionalinis leidimas. Toks lygiagretus importas

²³ Žr. plačiau apie vaistų ir medicinos priemonių reguliavimą, pavyzdžiui, Shorthose, 2017.

yra pagrįstas SESV nuostatomis dėl laisvo prekių judėjimo ir, kaip minėta, buvo išplėtotas ESTT praktikoje²⁴.

Šios praktikos esmė yra tokia: visų pirma, iš prekių judėjimo laisvės kyla intelektinės nuosavybės teisių išsėmimo principas. Tai reiškia, kad patento turėtojas iš esmės negali prieštarauti produkto importui, jeigu šis produktas jau buvo teisėtai pateiktas į kitos valstybės narės rinką, t. y. jeigu jį į rinką pateikė pats patento turėtojas arba jis buvo pateiktas su patento turėtojo sutikimu. O antra, valstybių narių taisyklės, kurias taikant importuoti vaistus praktiškai gali tik tam tikri prekyautojai, o kitiems prekyautojams jų importuoti yra neleidžiama, laikytinos importo apribojimu, kuris galimas tik jeigu siekiama visuomenės sveikatos apsaugos tikslų, o pasirinktos priemonės yra proporcingos siekiamam tikslui. Laikantis šio principo, valstybių narių institucijos iš esmės negali kliudyti lygiagrečiam importui reikalaujamos, kad lygiagretūs importuotojai įvykdytų tas pačias sąlygas, taikomas įmonėms, kurios pirmą kartą pateikia paraišką dėl leidimo prekiauti vaistu, jeigu yra užtikrinama visuomenės sveikatos apsauga. Pavyzdžiui, negali būti reikalaujama, kad lygiagretus importuotojas pateiktų tam tikrus dokumentus (kurių šis importuotojas iš esmės netgi neturi galimybės gauti, nes jie priklauso, pavyzdžiui, vaisto gamintojui), tačiau kuriuos importo valstybės narės institucijoms jau yra pateikęs pirmojo leidimo prekiauti turėtojas. Iš esmės galima teigti, kad, ESTT požiūriu, visuomenės sveikatos apsauga yra pakankamai užtikrinama per leidimo vaistui išdavimo procedūrą valstybėje narėje, iš kurios jis yra lygiagrečiai importuojamas, ir leidimo tapačiam / panašiam²⁵ vaistui (toliau vadinama ir „referenciniu vaistu“) išdavimo procedūrą importo valstybėje narėje. Todėl lygiagretus importas turėtų būti leidžiamas taikant ne Direktyvoje 2001/83 nustatytą leidimo išdavimo procedūrą, kas praktiškai užkirstų jam kelią, o supaprastintą procedūrą, t. y. patikrinus, kad lygiagrečiai importuojamas vaistas ir referencinis vaistas bent jau yra pagaminti pagal tą pačią formulę, naudojant tą pačią veikliąją medžiagą, turi tokį patį gydomąjį poveikį, nebent kompetentingoms institucijoms vis dar kyla abejonių dėl importuojamo vaisto kokybės, veiksmingumo ir saugumo (žr., pavyzdžiui, *Delfarma*, 2019, 21, 23 ir 36 punktai). O tolesni lygiagretaus importo apribojimai galimai būtų nepateisinami SESV prasme.

²⁴ Pirmieji buvo *Cetrafarm*, 1974 ir *De Peijper*, 1976. Žr. plačiau dėl ESTT praktikos lygiagretaus vaistų importo srityje Zalepūga, 2016, p. 29-41, 92-109; Shorthose, 2017, p. 648-651.

²⁵ Žr. dėl tapatumo / panašumo diskusiją toliau šioje disertacijos dalyje.

Praktiškai lygiagretus vaisto importas yra tuomet, kai originalus vaistas yra perkamas EEE valstybėje, kur jo kaina yra mažesnė, ir perparduodamas kitoje EEE valstybėje, kur šio vaisto kaina yra didesnė, nesinaudojant vaisto gamintojo ar pradinio tiekėjo platinimo tinklu. T. y. prekyba yra „lygiagreti“ tuo atžvilgiu, kad prekiaujama iš esmės tokiais pačiais vaistais, kokiais prekiauja minėti jų gamintojų ar pradinių tiekėjų platinimo tinklai, tačiau prekyba vyksta ne pačiuose tinkluose (dažnai šalia jų) (Europos Komisija, 2010, p. 22). Lygiagreti prekyba atsiranda dėl vaistų kainų skirtumų, kai, pavyzdžiui, valstybės narės nustato arba kitaip kontroliuoja produktų kainas savo rinkose (Generalinio advokato F. Jacobs išvada, *Syfait...*, 2004, 78 punktas).

Lygiagretus vaistų importas gali būti ribojamas ne vien valstybių narių priemonėmis, tačiau ir įmonių veiksmams, kurie gali būti kvalifikuojami pagal SESV 101 ar 102 straipsnius (žr., pavyzdžiui, Shorthose, 2017, p. 677-709; Zalepūga, 2016, p. 130-145). Tačiau, atsižvelgiant į pasirinktą sveikatos apsaugos sistemos apibrėžimą, tokie privačių įmonių veiksmai nėra šios disertacijos tyrimo objektas.

Medicinos priemonės. Skirtingai nuo vaistų, medicinos priemonėms nereikia leidimo pateikti į valstybės narės rinką. Vietoje to pagal medicinos priemonių direktyvas 90/385, 93/42 ir 98/79 ir jas pakeičiančius Reglamentus Nr. 2017/745 ir Nr. 2017/746, joms atliekamas atitikties vertinimas, siekiant nustatyti, ar jos atitinka tam tikrus standartus (teigiamu atveju pažymint atitikties ženklą „CE“), taip pat taikoma pareiga pranešti apie planuojamą šių priemonių pateikimą į valstybių narių rinką (Direktyvos 90/385 10a straipsnis, Direktyvos 93/42 14 straipsnis, Direktyvos 98/79 10 straipsnis, Reglamento Nr. 2017/745 29 straipsnio 4 dalis, Reglamento Nr. 2017/746 26 straipsnio 3 dalis).

Kiek tai susiję su lygiagrečia prekyba medicinos priemonėmis, ji taip pat vykdoma remiantis SESV 34 straipsniu, laikantis apribojimų, kylančių iš poreikio užtikrinti visuomenės sveikatos apsaugą, taip pat intelektinės nuosavybės teisių apsaugą, kaip numatyta SESV 36 straipsnyje. Kadangi atitinkamos medicinos priemonių direktyvos nenumato išankstinio leidimo išdavimo medicinos priemonei procedūros šios priemonės gamintojui, tokio leidimo reikalavimas lygiagrečiam importuotojui nebūtų proporcingas. Tuo medicinos priemonių lygiagretaus importo sąlygos skiriasi nuo vaistų. Be to, atsižvelgiant į tai, kad medicinos priemonės turi būti pažymėtos atitikties ženklą „CE“, negali būti reikalaujama, kad lygiagrečiai importuojama medicinos priemonė būtų tapati ar pakankamai panaši į atitinkamoje

valstybėje narėje rinkoje esančią priemonę²⁶. Galima bendrai teigti, kad pagal SESV 34 straipsnį lygiagrečiam medicinos priemonių importuotojui gali būti nustatytos ne griežtesnės sąlygos nei tos, kurios pagal medicinos priemonių direktyvas 90/385, 93/42 ir 98/79 taikomos gamintojui (t. y., iš esmės, atitiktis ženklas „CE“ ir pranešimo reikalavimas), jeigu jos yra pateisinamos pagal SESV 36 straipsnį arba vieną iš ESTT praktikoje nustatytų svarbių bendrojo intereso priežasčių ir atitinka proporcingumo principą. Tuo tarpu kiek tai susiję su intelektinės nuosavybės teisių apsauga, 2018 m. gegužės 17 d. sprendime *Junek (Junek, 2018)* ESTT patvirtino, kad principai, suformuluoti lygiagretaus vaistų importo srityje (kaip antai, *Bristol-Myers Squibb ir kt.*, 1996; *Boehringer Ingelheim ir kt.*, 2007), yra taikomi lygiagrečiam medicinos priemonių importui²⁷. Reglamentuose Nr. 2017/745 ir Nr. 2017/746, kurie pakeičia ir panaikina atitinkamas medicinos priemonių direktyvas nuo 2021 m. gegužės 26 d. ir nuo 2022 m. gegužės 26 d., jau yra nurodytos lygiagrečios prekybos sąlygos, ypač reikalavimai dėl pakartotinio ženklinimo ir perpakavimo, atsižvelgiant į ESTT praktiką kituose atitinkamuose sektoriuose (žr. Reglamento Nr. 2017/745 37 konstatuojamąją dalį ir Reglamento Nr. 2017/746 36 konstatuojamąją dalį). Tai reiškia, kad medicinos priemonių lygiagretaus importo, kuris taip pat kyla iš nuostatų dėl laisvo prekių judėjimo, sąlygos šiuo metu yra kodifikuotos ES antrinės teisės aktuose, kurie netrukus turės būti taikomi tiesiogiai.

Tiek vaistų, tiek medicinos priemonių lygiagretų importą gali riboti ne tik sąlygos, kuriomis šie produktai gali būti importuojami į atitinkamą valstybę narę (mūsų atveju Lietuvą), tačiau ir jų kainodaros ar įtraukimo į nacionalines sveikatos apsaugos sistemas reikalavimai. Kadangi šioje srityje nėra ES derinimo priemonių, pastarieji reikalavimai turi nepažeisti laisvo prekių judėjimo principo, t. y. netrukdyti lygiagrečiam importui daugiau nei tai yra būtina siekiant visuomenės sveikatos apsaugos ar kitų svarbių bendrojo intereso tikslų.

²⁶ Palyginti su *ATRAL*, 2003 *Medipac-Kazantzidis*, 2007; *Komisija / Graikija*, 2009.

²⁷ Plg. su Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2015 m. kovo 20 d. nutartimi civilinėje byloje (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2015 m. kovo 20 d. nutartis civilinėje byloje), kurioje šis teismas „<atmesdamas> kasacinio skundo argumentus dėl perpakavimo sąlygų bei atitinkamų ESTT aiškinimų, pažymi, kad nurodyti išaiškinimai negali būti „automatiškai“ taikomi kitoms prekėms (ne medicinos (farmacijos) produktams), taip pat medicinos prietaisams“.

1.1.1.1. Lygiagretaus vaistų ir medicinos priemonių importo teisinis pagrindas pagal Lietuvos teisės aktus

Sąlygos, taikomos lygiagrečiam vaistų importui. Lygiagretaus vaistų importo sąlygos Lietuvoje yra reglamentuotos Farmacijos įstatymo 17 straipsnyje ir sveikatos apsaugos ministro 2007 m. kovo 30 d. įsakymu Nr. V-228 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. kovo 30 d. įsakymas Nr. V-228) patvirtintose Vaistinių preparatų lygiagretaus importo taisyklėse. Įdomu tai, kad šias taisykles tvirtinančio sveikatos apsaugos ministro įsakymo preambulėje teigiama, kad taisyklės yra patvirtintos vadovaujantis Farmacijos įstatymu ir atsižvelgiant į SESV 28 ir 30 straipsnius, EK 2003 m. komunikatą dėl registruotų vaistinių preparatų lygiagretaus importo COM (2003) 839 final (European Commission, 2003) ir kitų valstybių narių teisės aktus dėl vaistinių preparatų lygiagretaus importo. Šios disertacijos autorei neteko susidurti su kitais LR teisės aktais, kurių preambulėje būtų nurodyta, kad teisės aktas patvirtintas atsižvelgiant į kitų valstybių narių teisės aktus.

Iki Farmacijos įstatymo priėmimo 2006 m. Lietuvoje nebuvo teisės normų reglamentuojančių lygiagretų vaistų importą, pirmieji lygiagretaus vaistų importo leidimai Lietuvoje išduoti 2008 m. rugsėjo mėn., o pirmieji vaistai į Lietuvos rinką lygiagretaus importo būdu pradėti tiekti 2009 m. (Europos farmacijos teisyno (politikos) poveikio..., 2011, p. 88-89)²⁸.

Pagal Farmacijos įstatymo 17 straipsnį į Lietuvą gali būti lygiagrečiai importuojami vaistai, kurie yra įregistruoti Lygiagrečiai importuojamų vaistinių preparatų sąrašė ir dėl kurių Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie LR sveikatos apsaugos ministerijos (VVKT) yra išdavusi lygiagretaus importo leidimą. Šie leidimai yra išduodami tik juridiniam asmeniui, turinčiam didmeninio platinimo licenciją. Lygiagretaus importo leidimas gali būti išduodamas vaistui, kuris yra tapatus Lietuvoje registruotam vaistui ar pakankamai į jį panašus.

Įstatymo 17 straipsnio 4 dalis nustato sąlygas, kurias išpildžius vaistas bus pripažintas pakankamai panašiu į Lietuvoje registruotą vaistą. T. y. vaistas laikomas pakankamai panašiu, jeigu atitinka šiuos kriterijus:

„1) *ta pati veiklioji medžiaga ir ta pati jos druska, tas pats esteris, eteris, izomeras, izomerų mišinys, kompleksas ar darinys;*

2) *tas pats stiprumas;*

²⁸ Žr. taip pat Lygiagrečiai importuojamų vaistinių preparatų sąrašė (Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba, 2020b).

3) ta pati farmacinė forma ir vartojimo būdas;

4) tokios pat klinikinės savybės; jeigu lygiagrečiai importuojamas vaistinis preparatas yra generinis preparatas, jis turi būti bioekvivalentiškas Lietuvos Respublikoje registruotam referenciniam vaistiniam preparatui. Jeigu lygiagrečiai importuojamas generinis preparatas yra lyginamas su Lietuvoje registruotu generiniu preparatu, abu šie preparatai turi būti bioekvivalentiški tam pačiam referenciniam preparatui.“

Sąlygos, taikomos lygiagretaus medicinos priemonių importui. Medicinos priemonių direktyvos 90/385, 93/42 ir 98/79 į Lietuvos nacionalinę teisę buvo perkeltos Sveikatos sistemos įstatyme (ypač šio įstatymo IV skyriuje „Medicinos priemonių rinkos subjektų veiklos reguliavimas ir priežiūra“), sveikatos apsaugos ministro 2009 m. sausio 19 d. įsakymu Nr. V-18 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. sausio 19 d. įsakymas Nr. V-18) patvirtintuose Medicinos priemonių (prietaisų) saugos techniniame reglamente ir Aktyviųjų implantuojamųjų medicinos priemonių (prietaisų) saugos techniniame reglamente, sveikatos apsaugos ministro 2001 m. gruodžio 29 d. įsakymu Nr. 679 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. gruodžio 29 d. įsakymas Nr. 679) patvirtintame *In vitro* diagnostikos medicinos priemonių (prietaisų) saugos techniniame reglamente, sveikatos apsaugos ministro 2009 m. lapkričio 16 d. įsakymu Nr. V-938 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. lapkričio 16 d. įsakymas Nr. V-938) patvirtintame Duomenų apie IIA, IIB, III klasės ir pagal užsakymą gaminamas aktyviausias implantuojamąsias medicinos priemones (prietaisus) pateikimo tvarkos apraše, kai kuriuose kituose teisės aktuose. Minėtame apraše yra konkrečiai nustatyta, kad duomenis apie medicinos priemones Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – Akreditavimo tarnyba) teikia medicinos priemonių gamintojai, medicinos priemonių gamintojų įgaliotieji atstovai, medicinos priemonių importuotojai ir medicinos priemonių platintojai, teikiantys Lietuvos rinkai IIA, IIB, III klasės ir pagal užsakymą gaminamas aktyviausias implantuojamąsias medicinos priemones. Kitaip tariant, šis aprašas ne tik įgyvendina medicinos priemonių direktyvų pranešimo reikalavimą medicinos priemonių gamintojams, bet taip pat nustato analogišką pranešimo reikalavimą lygiagretiems medicinos priemonių importuotojams. Kitų nei IIA, IIB, III klasės medicinos priemonių atveju pareiga pranešti Akreditavimo tarnybai apie planuojamą teikti rinkai medicinos priemonę yra numatyta šios tarnybos direktoriaus 2003 m. gruodžio 23 d. įsakymu Nr. T1-159 (Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros... įsakymas..., 2003, toliau – Akreditavimo tarnybos direktoriaus

2003 m. gruodžio 23 d. įsakymas Nr. T1-159) patvirtintame Teikiamų rinkai medicinos priemonių (prietaisų) registravimo tvarkos apraše. Šiame apraše pareiga pateikti duomenis apie tokias medicinos priemones nustatyta tik šių priemonių gamintojams, turintiems buveinę LR ir teikiančioms rinkai medicinos priemones savo vardu, taip pat gamintojų, neturinčių registruotos veiklos vietos EEE valstybėje narėje, įgaliotiesiems atstovams, turintiems buveinę LR ir teikiančioms rinkai medicinos priemones savo vardu.

Kaip jau minėta, Reglamentai Nr. 2017/745 ir Nr. 2017/746 panaikina atitinkamas medicinos priemonių direktyvas nuo 2021 m. gegužės 26 d. ir nuo 2022 m. gegužės 26 d. Atitinkamai, nuo šių datų nacionalinės teisės aktų nuostatos, perkeliančios minėtas direktyvas, netenka galios, ir reglamentų nuostatos taikomos tiesiogiai.

Lygiagrečiai importuojamų vaistų ir medicinos priemonių kainodara ir įtraukimas į kompensuojamųjų sąrašus. Vaistų ir medicinos priemonių, įskaitant lygiagrečiai importuojamus, kainodaros principai yra nustatyti Farmacijos įstatymo dvyliktajame skirsnyje „Vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kainodara“. Pagal šį skirsnį reguliuojamos kompensuojamųjų vaistų bei medicinos pagalbos priemonių²⁹ ir nekompensuojamųjų vaistų kainos ir pardavimo antkainiai. O nekompensuojamosios medicinos pagalbos priemonės parduodamos rinkos kaina. Kainų reguliavimas apima visus tiekimo etapus – tiekimą didmeniniams platintojams, mažmeniniams platintojams ir pardavimą vartotojams³⁰.

Kompensuojamieji vaistai ir medicinos pagalbos priemonės didmenininkams parduodami ne didesne negu vaisto ar medicinos pagalbos priemonės tiekėjo Lietuvai taikoma vaisto ar medicinos pagalbos priemonės kaina. Vaistinei ir asmens sveikatos priežiūros įstaigai (ASPI) šie vaistai ir priemonės parduodami ne brangiau kaip už didmeninę kainą, kuri apskaičiuojama prie minėtos Lietuvai taikomos vaisto ar medicinos pagalbos

²⁹ LR teisės aktuose šiuo metu nėra „medicinos pagalbos priemonės“ apibrėžimo. Sveikatos sistemos įstatyme ir Farmacijos įstatyme sąvoka „medicinos pagalbos priemonė“ vartojama kalbant apie kompensavimą iš PSDF biudžeto lėšų, o sąvoka „medicinos priemonė (prietaisas)“ – kalbant apie pateikimą rinkai. Tačiau Farmacijos įstatymo nuostatų (pavyzdžiui, 8 straipsnio 11 dalies) lingvistinis ir sisteminis aiškinimas neleidžia daryti išvados, kad šios sąvokos yra vartojamos kaip sinonimai.

³⁰ Žr. plačiau apie vaistų kainų reguliavimą šios disertacijos dalį „1.1.4. Vaistų kainų nustatymas ir įtraukimas į kompensavimo sistemas“.

priemonės kainos pridedant ne didesnę negu sveikatos apsaugos ministro nustatytą didmeninės prekybos antkainį. Tuo tarpu mažmeninės kainos apskaičiuojamos prie minėtos Lietuvai taikomos kainos pridedant ne didesnius negu sveikatos apsaugos ministro nustatytus didmeninės ir mažmeninės prekybos antkainius ir pridėtinės vertės mokestį (**PVM**).

Kompensuojamųjų vaistų ir kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių bazinės kainos ir paciento priemokos už juos apskaičiuojamos pagal LR Vyriausybės (toliau – Vyriausybė) 2005 m. rugsėjo 13 d. nutarimu Nr. 994 (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. rugsėjo 13 d. nutarimas Nr. 994) patvirtintą Ambulatoriniam gydymui skiriamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių bazinių kainų ir paciento priemokų už juos apskaičiavimo tvarkos aprašą³¹, taip pat sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymu Nr. V-388 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymas Nr. V-388, toliau – sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymas Nr. V-388) patvirtintą Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodiką.

Tuo tarpu Farmacijos įstatymo 58 straipsnis ir sveikatos apsaugos ministro 2002 m. balandžio 5 d. įsakymu Nr. 159 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. balandžio 5 d. įsakymas Nr. 159, toliau – sveikatos apsaugos ministro 2002 m. balandžio 5 d. įsakymas Nr. 159) patvirtintas Vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių įrašymo į kompensavimo sąrašus ir jų keitimo tvarkos aprašas nustato tvarką, pagal kurią vaistai ir medicinos pagalbos priemonės tampa kompensuojamais. Įstatymo 59 straipsnyje toliau nustatoma, kaip vaistai ir medicinos priemonės yra įrašomos į kainynus.

Nekompensuojamojo vaisto tiekėjo Lietuvai taikoma nekompensuojamojo vaisto kaina turi būti deklaruojama LR sveikatos apsaugos ministerijai (toliau

³¹ Papildomai pažymėtina, jog LRKT 2021 m. spalio 15 d. nutarime (Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2021 m. spalio 15 d. nutarimas) pripažinta, kad Sveikatos draudimo įstatymo 10 straipsnio 1 dalies ir Farmacijos įstatymo 57 straipsnio 2 dalies nuostatos tiek, kiek jomis Vyriausybei pavesta nustatyti kompensuojamųjų vaistų ir kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių bazinių kainų apskaičiavimo esminius principus ir kriterijus, o taip pat LR Vyriausybės 2005 m. rugsėjo 13 d. nutarimas Nr. 994 ir juo patvirtintas Ambulatoriniam gydymui skiriamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių bazinių kainų ir paciento priemokų už juos apskaičiavimo tvarkos aprašas prieštarauja Konstitucijos 5 straipsnio 2 daliai, 53 straipsnio 1 daliai, konstituciniams teisinės valstybės, valdžių padalijimo principams. Šis LRKT nutarimas įsigalioja 2023 m. sausio 2 d.

– Sveikatos apsaugos ministerija), taip pat nurodant šio vaisto kainas deklaruotas Vyriausybės 2010 m. kovo 10 d. nutarimu Nr. 256 „Dėl referencinių valstybių patvirtinimo“ (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. kovo 10 d. nutarimas Nr. 256) patvirtintose referencinėse valstybėse. Nekompensuojamojo vaisto kainos deklaravimo tvarka nustatyta sveikatos apsaugos ministro 2010 m. kovo 19 d. įsakymu Nr. V-203 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. kovo 19 d. įsakymas Nr. V-203).

Didmeninio platinimo licencijos turėtojas, vaistinė, vaistų mažmeninės prekybos įmonė, parduodami nekompensuojamuosius vaistus, negali taikyti didesnio prekybos antkainio negu nustatyti Vyriausybės 2010 m. kovo 10 d. nutarime Nr. 257 „Dėl Nekompensuojamųjų vaistinių preparatų didžiausių didmeninės ir mažmeninės prekybos antkainių sąrašo patvirtinimo“ (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. kovo 10 d. nutarimas Nr. 257).

1.1.1.2. Lygiagretaus vaistų ir medicinos priemonių importo reguliavimo Lietuvoje alternatyvos

Sąlygos, taikomos lygiagretaus vaistų importo leidimui. Vaistų tapatumo / panašumo reikalavimas. Kaip pastebi M. Zalepūga, Farmacijos įstatymas neapibrėžia, kas yra tapatus vaistas (Zalepūga, 2016, p. 48). Įstatymo 17 straipsnio 4 dalis tik nustato sąlygas, kurias išpildžius vaistas bus pripažintas pakankamai panašiu į Lietuvoje registruotą vaistą. Tapatumo sąvoka ir pakankamo panašumo kriterijai apibrėžti Farmacijos įstatymo 17 straipsnio 4 dalyje nėra toliau detalizuoti nei Farmacijos įstatyme, nei Vaistinių preparatų lygiagretaus importo taisyklėse.

M. Zalepūgos nuomone, toks sąvokų neapibrėžtumumas sudaro prielaidas pažeisti ES teisę tuo atveju, jei pakankamo panašumo sąlygos būtų pradėtos interpretuoti bendrine prasme, kaip nustatančios tapatumo reikalavimus, nes „toks pats“ („ta pati veiklioji medžiaga ir ta pati jos druska“, „tas pats stiprumas“, „ta pati klinikinė forma“ ir pan.) lietuvių kalboje gali būti suprantamas kaip „identiškas“. Tuo tarpu ESTT praktikoje sąvokoms „ta pati veiklioji medžiaga“, „ta pati farmacinė forma“, „tas pats stiprumas“ priskiriama specialioji reikšmė, t. y. iš esmės nurodanti tą patį terapinį poveikį (Zalepūga, 2016, p. 48-49).

M. Zalepūga nenurodė, ar iš tiesų minėti kriterijai VVKT praktikoje yra taikomi per siaurai. Taip pat, šios disertacijos autorės nuomone, nesutiktina su nuomone, kad, kaip teigia M. Zalepūga, ESTT praktika lygiagretaus vaistų importo srityje galėtų būti bendrai aiškinama kaip reikalaujanti panašiais

vaistais besąlygiškai pripažinti ir, pavyzdžiui, tokius vaistus, kurių veiklioji medžiaga nėra identiška ar kai skiriasi jų farmacinė forma ir vartojimo būdas. Pastarajai išvadai pagrįsti M. Zalepūga remiasi *Cetrafarm*, 1974; *Paranova Läkemedel AB*, 2003 m.; *Paranova Oy*, 2003; *Kohlpharma*, 2004 (Zalepūga, 2016, p. 49, 1 lentelė).

Tačiau pagrindinis klausimas, kuris buvo nagrinėjamas 1974 m. spalio 31 d. sprendime *Centrafarm (De Peijper I)*, buvo susijęs su tuo, ar patento turėtojas gali uždrausti pateikti į rinką tuo patentu apsaugotą produktą vienoje valstybėje narėje, jeigu jį į rinką kitoje valstybėje narėje pateikė pats patento turėtojas arba jis buvo pateiktas su patento turėtojo sutikimu. Jame nebuvo nagrinėjama, ar lygiagrečiai importuojamas produktas turi būti tapatus ar panašus į produktą, kuris yra pateiktas į rinką toje kitoje valstybėje narėje. Tuo tarpu iš sprendime išdėstytų faktinių aplinkybių panašų, kad įmonės *Centrafarm* iš Jungtinės Karalystės lygiagrečiai importuotas produktas ir produktas, kuriuo buvo prekiaujama Nyderlanduose (lygiagretaus importo valstybėje narėje), buvo tas pats produktas.

Tiesa, 1976 m. gegužės 20 d. sprendime *De Peijper (De Peijper II) (De Peijper, 1976)* atsakant į Nyderlandų nacionalinio teismo pateiktą antrąjį prejudicinį klausimą, buvo kalbama apie vaisto kokybinės kiekybinės sudėties skirtumus, tačiau tai gali reikšti, pavyzdžiui, kad ir pagalbinių medžiagų skirtumus, kurie yra tiesiogiai leidžiami pagal Farmacijos įstatymą. Be to, pats nacionalinio teismo antrasis klausimas (ir, atitinkamai, ESTT atsakymas į šį klausimą) apsiriboja tokia situacija, kai nagrinjamų vaistų kokybinės kiekybinės sudėties skirtumai yra tokie nereikšmingi, kad galima įtarti, jog gamintojas sąmoningai įveda tokius skirtumus vien tam, kad užkirstų kelią arba sutrukdytų lygiagrečiam vaisto importui.

Tuo tarpu 2003 m. gegužės 8 d. sprendimuose *Paranova Läkemedel AB* ir *Paranova Oy* iš esmės buvo konstatuota, kad negalima panaikinti leidimo lygiagrečiai importuoti vaistą vien dėl to, kad dėl priešasčių, nesusijusių su vaisto saugumu, buvo panaikintas leidimas prekiauti referenciniu vaistu. Tačiau šiuose sprendimuose nagrinėtam lygiagrečiai importuotam vaistui leidimas buvo išduotas, atsižvelgiant į analogišką referencinį vaistą, t. y. tiek šių vaistų veiklioji medžiaga, tiek jų farmacinė forma ir vartojimo būdas buvo identiški.

2004 m. balandžio 1 d. sprendimas *Kohlpharma*³² taip pat buvo susijęs su vaistais, kurių veiklioji medžiaga buvo ta pati ir kurių vaistų gamintojams tiekė tas pats tiekėjas, tačiau kurių kilmė skyrėsi. Be to, ESTT rėmėsi

³² Žr. taip pat dėl „bendros kilmės“ *Audace ir kt.*, 2016, ypač 47 punktą.

prielaida, kad aptariamais du vaistai reikšmingai nesiskyrė jų saugumo ir veiksmingumo požiūriu (*Kohlpharma*, 2004, 11 punktas).

Atsižvelgiant į tai, šie sprendimai nėra tinkami, siekiant pagrįsti teiginį, kad leidimas lygiagrečiai importuoti vaistą turi būti išduodamas ir tais atvejais, kai importuojamo vaisto ir referencinio vaisto veiklioji medžiaga nėra identiška ar kai skiriasi jų farmacinė forma ir vartojimo būdas. Ypač tai pasakytina turint omenyje ESTT praktikoje įtvirtintą importo valstybės narės kompetentingos institucijos pareigą leisti prekiauti lygiagrečiai importuojamu vaistu tik jei yra įsitikinusi, kad, nepaisant tam tikrų referencinio ir lygiagrečiai importuojamo vaisto skirtumų, šis vaistas nekelia jokių problemų kokybės, veiksmingumo ir saugumo požiūriu (*Delfarma*, 2019, 24 punktas ir jame nurodyta teismo praktika). Nors, be abejojimo, priimdama neigiamą administracinį sprendimą kompetentinga institucija turi jį tinkamai argumentuoti.

Vis dėlto tai, kad šiuo metu dar nėra atitinkamos ESTT praktikos, pagal kurią būtų tiesiogiai reikalaujama panašiais vaistais pripažinti ir, pavyzdžiui, tokius vaistus, kurių veikliosios medžiagos druska yra skirtinga, savaime dar nereiškia, kad valstybėms narėms yra draudžiama nustatyti tokią nacionalinę taisyklę. Kadangi lygiagretus vaistų importas kyla iš prekių judėjimo laisvės, teoriškai bet kokie tokio importo apribojimai yra galimi tik tuo atveju, jeigu jie yra pagrįsti svarbiomis bendrojo intereso priežastimis ir proporcingi siekiamų tikslų atžvilgiu. Taigi šia prasme galima sutikti su M. Zalepūgos nuomone, kad yra galimybių plėsti vaistų lygiagretų importą (Zalepūga, 2016, p. 51-52). Tačiau pabrėžtina, kad tą darant turi būti užtikrinamas bent jau toks visuomenės sveikatos apsaugos lygis, kurio reikalauja Direktyvoje 2001/83 nustatytas leidimo prekiauti reikalavimas (žr. pagal analogiją *Kohlpharma*, 2004, 14 punktas). Kitaip tariant, šiuo atveju laisvo prekių judėjimo principas nepaneigia Direktyvos 2001/83 reikalavimo, kad vaistai gali būti pateikti į valstybių narių rinką tik tuo atveju, jeigu jiems yra išduotas leidimas prekiauti.

Sąlygos, taikomos lygiagrečiam medicinoms priemonių importui. Pranešimo reikalavimas. Kaip minėta, Duomenų apie IIA, IIB, III klasės ir pagal užsakymą gaminamas aktyviausias implantuojamąsias medicinoms priemonės (prietaisus) pateikimo tvarkos apraše nustatytas pranešimo reikalavimas šiame apraše reglamentuojamų medicinoms priemonių lygiagretiems importuotojams. Šis pranešimo reikalavimas laikytinas prekių judėjimo laisvės apribojimu. Tačiau viešai prieinamų duomenų, kurie leistų teigti, kad buvo atlikta šio apribojimo proporcingumo patikra, nėra.

Kitų nei IIA, IIB, III klasės medicinoms priemonių atveju pareiga pranešti Akreditavimo tarnybai apie planuojamą teikti rinkai medicinoms priemonę yra

nustatyta tik šių priemonių gamintojams, turintiems buveinę LR ir teikiantiems rinkai medicinos priemones savo vardu, taip pat gamintojų, neturinčių registruotos veiklos vietos EEE valstybėje narėje, įgaliotiesiems atstovams, turintiems buveinę LR ir teikiantiems rinkai medicinos priemones savo vardu³³. Visi kiti asmenys, įskaitant ir medicinos priemonių lygiagrečius importuotojus, pareigos pateikti duomenis Akreditavimo tarnybai neturi (Zalėpūga, 2016, p. 68).

Reglamentuose Nr. 2017/745 ir Nr. 2017/746 nustatyta platintojų ar importuotojų pareiga iš anksto informuoti gamintoją ir kompetentingą instituciją apie iš naujo paženklintą arba perpakuoatą priemonę tiekiamą rinkai (Reglamento Nr. 2017/745 16 straipsnio 4 dalis ir Reglamento Nr. 2017/746 16 straipsnio 4 dalis).

Lygiagrečiai importuojamų vaistų ir medicinos priemonių kainodara ir įtraukimas į kompensuojamųjų sąrašus. M. Zalėpūga atkreipia dėmesį, kad iki 2012 m. sausio 1 d. galiojusioje Farmacijos įstatymo redakcijoje buvo numatyta, kad kompensuojamųjų vaistų didžiausia mažmeninė kaina ir didmeninė kaina skaičiuojamos prie vaisto rinkodaros teisės turėtojo deklaruotos kainos pridėjus sveikatos apsaugos ministro nustatytus prekybos antkainius ir, kai taikoma, PVM. Kitaip tariant, vaistų didžiausia mažmeninė kaina, didmeninė kaina ir deklaruota kaina buvo nustatoma tik pagal vaisto rinkodaros teisės turėtojo deklaruotą kainą. Taigi įstatymas nereglementavo lygiagrečiai importuojamų vaistų kainų nustatymo, nors Ambulatoriniam gydymui skiriamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos iš PSDF biudžeto lėšų, bazinių kainų apskaičiavimo tvarkos apraše³⁴ buvo nustatyta ir lygiagrečiai importuojamų vaistų kaina (Zalėpūga, 2016, p. 148-150). Šis trūkumas buvo ištaisytas 2011 m. priėmus LR farmacijos įstatymo 2, 4, 9, 12, 14, 17, 20, 23, 27, 33, 39, 55, 57, 62, 64 straipsnių pakeitimo ir įstatymo priedo papildymo įstatymą Nr. XI-1383 (Lietuvos Respublikos farmacijos... įstatymas, 2011, toliau – įstatymas Nr. XI-1383), kuriuo papildytos Farmacijos įstatymo 57 straipsnio 2 dalies nuostatos ir pagal kurį kompensuojamųjų vaistų didžiausios mažmeninės kainos apskaičiuojamos į kainodaros mechanizmą įtraukiant ir lygiagretaus importo leidimo turėtoją.

³³ Žr. Akreditavimo tarnybos direktoriaus 2003 m. gruodžio 23 d. įsakymą Nr. T1-159.

³⁴ Aprašo pavadinimas iki Vyriausybės 2018 m. sausio 17 d. nutarimo Nr. 59 įsigaliojimo, t. y. 2018 m. sausio 20 d. (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2018 m. sausio 17 d. nutarimas Nr. 59).

2012-2013 m. vaistų lygiagretaus importo rinką tyrė Konkurencijos taryba. 2013 m. rugsėjo 25 d. pranešime Nr. 6S-31 apie atliktą tyrimą (Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba, 2013b) teigiama, kad Konkurencijos tarybos ekspertai įvertino galiojusius teisės aktus bei atliko neigiamo ir teigiamo poveikio rinkai ekonominį įvertinimą, liberalizavus kainas. Konkurencijos taryba rekomendavo panaikinti draudimą į kompensuojamųjų vaistų sąrašą įrašyti lygiagrečiai importuojamus vaistus, jeigu jie nėra 4–10 % pigesni, nei vežami tiesiai iš gamintojo, kuris buvo nustatytas Ambulatoriniam gydymui skiriamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos iš PSDF biudžeto lėšų, bazinių kainų apskaičiavimo tvarkos aprašo 19 punkte³⁵. Konkurencijos tarybos siūlymas buvo pagrįstas tuo, kad minėtas reikalavimas galimai nepagrįstai riboja lygiagretaus importo veikla užsiimančių įmonių veiklą, taip pat šių įmonių ir rinkodaros teisių turėtojų konkurenciją. Tačiau galima pažymėti, kad minėtas reikalavimas galėjo būti vertinamas ir kaip laisvo prekių judėjimo apribojimas (žr. taip pat Zalepūga, 2016, p. 155). Atsižvelgiant į minėtą Konkurencijos tarybos išvadą Vyriausybės 2015 m. lapkričio 11 d. nutarimu Nr. 1178 (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015 m. lapkričio 11 d. nutarimas Nr. 1178) minėtas lygiagretaus vaistų importo apribojimas buvo panaikintas.

Be to, Farmacijos įstatyme ir Ambulatoriniam gydymui skiriamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių bazinių kainų ir paciento priemokų už juos apskaičiavimo tvarkos apraše nėra numatyta, kad lygiagretus importuotojas galėtų kreiptis dėl lygiagrečiai importuojamų medicinos priemonių įtraukimo į Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių kainynus. Taip yra todėl, kad šiame apraše, pavyzdžiui, vaisto tiekėju pripažįstamas vaisto registruotojas ar jo atstovas, taip pat lygiagretus importuotojas ar platintojas, tačiau kiek tai susiję su medicinos priemonėmis, tiekėju laikomas tik gamintojas ar jo atstovas (aprašo 2.12 punktas). Atsižvelgiant į pirmiau apibūdintą medicinos priemonių reguliavimą, kai, skirtingai nei vaistų atveju, lygiagrečiam medicinos priemonių importui nėra

³⁵ Tokią rekomendaciją Konkurencijos taryba buvo pateikusi dar Konkurencijos tarybos 2011 m. liepos 21 d. nutarime Nr. 1S-137 „Dėl ūkio subjektų, užsiimančių didmenine prekyba vaistais, medicinos prekėmis ir medicinos prietaisais, bei šių ūkio subjektų asociacijos veiksmų atitikties Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo 5 straipsnio ir Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo 101 straipsnio reikalavimams tyrimo nutraukimo“ (Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos 2011 m. liepos 21 d. nutarimas Nr. 1S-137, 37 punktas ir rezoliucinės dalies 5 punktas).

būtina, jog Lietuvoje būtų registruota analogiška medicinos priemonė, toks draudimas vertintinas kaip rimta kliūtis tokiam medicinos priemonių importui.

1.1.1.3. Lygiagretaus vaistų ir medicinos priemonių importo poveikis Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui

Minėta, kad ESTT praktikoje prekių judėjimo laisvė yra aiškinama kaip reikalaujanti leisti lygiagretų vaistų importą ir nesudaryti jam nepagrįstų kliūčių. Minėta ir tai, kad nors EK ir buvo pasiūliusi šią ESTT praktiką kodifikuoti ES antrinės teisės aktuose, tokie teisės aktai iki šiol nėra priimti. Vis dėlto netgi nesant šių pozityvaus teisės aktų derinimo priemonių, ši ESTT praktika buvo įgyvendinta Lietuvos teisės aktuose ir lėmė reglamentavimo, sudarančio galimybes užsiimti lygiagretaus vaistų importo veikla, atsiradimą, tokiu būdu prisidedama prie Konstitucijoje garantuojamos asmens ūkinės veiklos laisvės ir iniciatyvos užtikrinimo. Kaip matysime toliau, ESTT praktika kitose šioje disertacijoje nagrinėjamos srityse Lietuvoje nebuvo įgyvendinta iki kol (arba tiek, kiek) nebuvo priimti ją kodifikuojantys ES antrinės teisės aktai. Todėl galima teigti, kad tokios praktikos lygiagretaus prekių importo srityje įgyvendinimą nulėmė būtent EK aktyvumas ir procedūros dėl įsipareigojimų neįvykdymo grėsmė.

Iš esmės lygiagretus vaistų importas yra galingas įrankis, kuris gali paskatinti gamintojus konkuruoti su lygiagrečiais importuotojais dėl kainų. Kita vertus, apskritai vienareikšmės nuomonės, ar lygiagretus vaistų importas yra skatintinas, nėra³⁶. Nors EK pabrėžia, jog lygiagreti prekyba vaistais yra teisėta prekybos vidaus rinkoje forma ir jai neturi būti sudaromos nepagrįstos kliūtys, oficialaus EK vertinimo, kad tokia prekyba yra skatintina, nes, pavyzdžiui, lemia kainų mažėjimą, nerasime³⁷. Taip yra ir dėl to, kad

³⁶ Pavyzdžiui, European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations vertinimu, lygiagreti prekyba vaistais nėra naudinga nei socialinei apsaugai, nei pacientams ir „ištraukia“ iš farmacijos pramonės papildomas lėšas, kurios galėtų būti skiriamos moksliniams tyrimams ir plėtrai finansuoti (European Federation of Pharmaceutical Industries..., 2016, p. 4; European Federation of Pharmaceutical Industries..., 2018, p. 4). Žr. dėl teigiamo vertinimo, pavyzdžiui, Zalepūga, 2016, p. 146-148 ir ten nurodytus tyrimus.

³⁷ Išskyrus kiek tai susiję su įmonių vykdomais lygiagrečios prekybos vaistais ribojimais, kurie yra viena iš konkurencijos ribojimo farmacijos sektoriuje formų: žr., pavyzdžiui, EK ataskaitą „Konkurencijos teisės aktų vykdymo užtikrinimas farmacijos sektoriuje (2009–2017 m.). Europos konkurencijos institucijų bendradarbiavimas siekiant įperkamu ir naujoviškų vaistų“, COM (2019) 17 final (Europos Komisija, 2019a).

lygiagretaus vaistų importo apimtys ir poveikis konkurencijai ar vaistų kainų mažėjimui iš esmės priklauso nuo visumos aplinkybių, įskaitant tokius daugiausia valstybių narių kompetencijoje esančius klausimus kaip kainodara ar įtraukimo į kompensavimo sistemas reikalavimai. Todėl tiek, kiek tai nepažeidžia vidaus rinkos laisvių ir ES antrinės teisės nuostatų, tai yra Lietuvos kompetencijos reikalas įvertinti ir nuspręsti, ar turi būti toliau skatinama ši prekybos vaistais forma, – nebūtinai vien tik teisinio reguliavimo priemonėmis.

Šiuo aspektu paminėtina, kad dėl vaistų kainų reguliavimo ypatumų ilgą laiką Lietuva nepasinaudojo arba ne visiškai pasinaudojo lygiagretaus vaistų importo galimybėmis mažinti vaistų kainas. Ambulatoriniam gydymui skiriamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos iš PSDF biudžeto lėšų, bazinių kainų apskaičiavimo tvarkos apraše buvo įtvirtinta sąlyga, kad lygiagrečiai importuojamo vaisto bazinė kaina negali būti didesnė už analogiško vaisto, įvežamo į LR jo gamintojo, bazinę kainą, tačiau bazinių kainų nustatymo tvarka buvo skirtinga lygiagrečiai importuojamiems ir paties gamintojo importuojamiems vaistams. Kitaip tariant, šios nuostatos įtvirtino lygiagretaus importuotojo priklausomybę nuo vaisto gamintojo veiksmų, – lygiagretus importuotojas, norintis išlaikyti vaistą kompensuojamųjų vaistų sąrašė, įpareigotas mažinti kainą vos ją sumažina gamintojas. Tačiau gamintojas nėra tiesiogiai priklausomas nuo lygiagretaus importuotojo siūlomų kainų (Zalėpūga, 2016, p. 162-163). Tokia metodika kritikuojama kaip neleidžianti lygiagrečiam importuotojui konkuruojant sąlygoti kainų mažėjimo. Netgi abejojama, ar iš tiesų tokiu atveju lygiagretus importas atneša didelę ekonominę naudą (Kanavos, Vandoros, 2010, p. 326 cituota Zalėpūga, 2016, p. 151).

Lygiagrečių importuotojų ir gamintojų konkurenciją dėl kainų turėjo paskatinti Vyriausybės 2018 m. sausio 17 d. nutarimu Nr. 59 padaryti pakeitimai, kurie šalia išorinio kainų referavimo sistemos³⁸, kai Lietuvos rinkai siūlomų teikti vaistų kainos lyginamos vien tik su referencinėse valstybėse gamintojo deklaruojamų kainų vidurkiu (Zalėpūga, 2016, p. 151), įtvirtino vidinio kainų referavimo sistemą ir nustatė, kad lygiagrečiai importuojami ar lygiagrečiai platinami vaistai bazinei kainai apskaičiuoti grupuojami kartu su analogiškais referenciniais vaistais (Ambulatoriniam gydymui skiriamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių bazinių kainų ir pacientų priemokų už juos apskaičiavimo tvarkos aprašo

³⁸ Žr. dėl išorinio kainų referavimo Kompensuojamųjų vaistinių preparatų rinkos tyrimo išvadas (Konkurencijos taryba, 2016).

7 punktas). Nors LR specialiųjų tyrimų tarnybos nuomone, ir šie pakeitimai galimai neišsprendė visų su vaistų kainodara susijusių klausimų (Lietuvos Respublikos specialiųjų tyrimų tarnyba, 2019b).

Kalbant apie vaistų lygiagretaus importo apimtį, minėtame Konkurencijos tarybos pranešime apie atliktą vaistų lygiagretaus importo rinkos tyrimą teigiama, kad lygiagretaus importo būdu įvežamų ir platinamų vaistų užimama rinkos dalis Lietuvoje yra labai maža. Remiantis Konkurencijos tarybos tyrimo metu surinktais duomenimis, 2011 m. vaistų lygiagretaus importo rinkos dalis pagal pardavimus pakuotėmis sudarė tik 0,18 procento (Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba, 2013b, 26 punktas). 2010 m. lygiagrečiai importuotų vaistų didmeninių pardavimų dalis Lietuvoje sudarė tik 0,15 procento visų parduodamų vaistų rinkos, o vertinant parduotų pakuočių skaičių – tik 0,12 procento rinkos (Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba, 2013b, 25 punktas). Šiuos skaičius palyginus su kitomis ES valstybėmis narėmis, matyti, kad lygiagrečiai importuojamų vaistų rinkos dalis daugelyje kitų šalių buvo ženkliai didesnė, pavyzdžiui, Danijoje 2010 m. sudarė net 24,3 procento, Vokietijoje – 11,8 procento, Jungtinėje Karalystėje – 7 procentus, Latvijoje – 4 procentus rinkos (European Federation of Pharmaceutical Industries..., 2012, p. 5). 2016 m. lygiagretus importas Danijoje sudarė 25,5 procento, Jungtinėje Karalystėje – 9 procentus, Vokietijoje – 8,5 procentus rinkos (European Federation of Pharmaceutical Industries..., 2016, p. 5).

VVKT veiklos ataskaitose, įskaitant išsamias vaistų suvartojimo ataskaitas, nėra pateikiama duomenų apie lygiagretaus importo pardavimų apimtį Lietuvoje³⁹. Tačiau pateikiamas galiojančių leidimų lygiagrečiai importuoti ir Lietuvos rinkoje esančių lygiagrečiai importuotų vaistų skaičius (žr., pavyzdžiui, Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba, 2018, p. 7; Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba, 2020a, p. 10). Šie skaičiai rodo, jog pamažu didėja tiek leidimų importuoti, tiek rinkoje esančių vaistų skaičius.

Taigi nors lygiagretaus vaistų importo apimtys Lietuvoje yra labai mažos, tačiau jau po ESTT praktikos lygiagretaus vaistų importo srityje įgyvendinimo 2006 m. buvo priimta nemažai teisės aktų, kurie panaikino lygiagretaus vaistų importo apribojimus: bendros importuojamo ir referencinio produkto kilmės reikalavimą, lygiagrečiai importuojamo vaisto perregistravimo reikalavimą,

³⁹ 2020 m. spalio 16 d. elektroniniame laiške šios disertacijos autorei VVKT nurodė, kad neturi duomenų apie lygiagretaus vaistų importo pardavimų apimtį / rinkos dalį Lietuvoje po 2011 m. (Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba, 2020d).

buvo nustatyti lygiagrečiai importuojamo vaisto išpardavimo terminai⁴⁰, taip pat buvo panaikintas reikalavimas, kad lygiagrečiai importuojami kompensuojamieji vaistai būtų 4–10 % pigesni. Tikėtina, kad lygiagretaus vaistų importo leidimų skaičius Lietuvoje galėjo didėti ir dėl šių apribojimų panaikinimo.

Be to, kaip minėta, esama nuomonės, kad Lietuva dar gali mėginti tobulinti lygiagretaus importo sąlygas, šiuo metu nustatytas Farmacijos įstatymo 17 straipsnio 4 dalyje, susijusias su ta pačia veikliąja medžiaga, tuo pačiu stiprumu ir pan. Nors, kaip paaiškinta, tai turi būti daroma atsargiai, įvertinant, ar užtikrinama visuomenės sveikatos apsauga ir nepažeidžiamas Direktyvoje 2001/83 nustatytas leidimo prekiauti reikalavimas.

Kaip minėta, vienareikšmio vertinimo ES mastu dėl to, ar lygiagretus vaistų importas yra skatintinas, nes, pavyzdžiui, gerina vaistų prieinamumą, nėra. Tačiau atsižvelgiant tiek į sveikatos apsaugos ministro 2009 m. liepos 10 d. įsakymu Nr. V-572 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. liepos 10 d. įsakymas Nr. V-572) patvirtintą Vaistų prieinamumo gerinimo ir jų kainų mažinimo priemonių planą, tiek į priežastis, kuriomis buvo grindžiamos priimtose lygiagretaus importo apribojimus šalinančios priemonės, taip pat į Konkurencijos tarybos nuomonę (Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba, 2013b, 22 punktą), galima teigti, jog lygiagretus vaistų importas Lietuvoje yra vertinamas kaip viena iš priemonių vaistų prieinamumui gerinti. Paskutiniu metu Lietuvoje buvo einama būtent lygiagretaus vaistų importo skatinimo (kliūčių jam šalinimo) kryptimi. Todėl lygiagretaus vaistų importo srityje laisvo prekių judėjimo principas prisideda ne tik garantuojant asmens ūkinės veiklos laisvę ir iniciatyvą, tačiau, – ir

⁴⁰ Iki 2011 m. įstatymo Nr. XI-1383 įsigaliojimo Farmacijos įstatymas vaistų lygiagrečiam importui nustatė papildomas kliūtis, t. y. Farmacijos įstatymo 17 straipsnio 4 dalies 5 punktas numatė dar vieną – bendros importuojamo ir referencinio produkto kilmės – reikalavimą, kas neatitiko 2004 m. balandžio 1 d. sprendimo *Kohlpharma* (*Kohlpharma*, 2004). Be to, lygiagretaus importo leidimas buvo išduodamas tik 5 metams. Siekiant sumažinti administracinę naštą verslo subjektams, buvo atsisakyta lygiagrečiai importuojamo vaisto perregistravimo, nustatant, kad lygiagretaus importo leidimas išduodamas neterminuotam laikui (žr. įstatymo projekto Nr. XIP-2307 aiškinamąjį raštą (Aiškinamasis raštas..., 2010). Pagaliau, nebuvo nustatyti terminai, per kuriuos lygiagrečiam importuotojui būtų leidžiama išparduoti vaistus, jeigu dėl priežasčių, nesusijusių su vaisto kokybe, saugumu ar veiksmingumu, panaikinamas lygiagrečiai importuojamo vaisto leidimas eksporto valstybėje, o tai neatitiko 2005 m. liepos 14 d. sprendime *Komisija / Vokietija* (*Komisija / Vokietija*, 2005) išdėstytų reikalavimų. Žr. taip pat Zalepūga, 2016, p. 49-50, 52-53.

turbūt visų pirma, – asmenų teisę į saugių vaistų prieinamumą Lietuvoje, kurią galima laikyti teisės į sveikatą ir sveikatos priežiūrą dalimi.

Tuo tarpu kiek tai susiję su lygiagrečiai importuojamų medicinos priemonių poveikiu, M. Zalepūgos disertacijoje teigiama, kad Lietuvoje informacija apie lygiagretų medicinos priemonių importą nėra kaupiama, todėl nėra įmanoma patikrinti, ar šis sektorius iš viso egzistuoja, ir, jei taip, ar jis yra išvystytas ir ar yra pasinaudojama lygiagretaus importo teikiama nauda mažinant kainas bei skatinant konkurenciją rinkoje (Zalepūga, 2016, p. 69)⁴¹. Atsižvelgiant į skirtingą medicinos priemonių pateikimo rinkai reguliavimą ir tai, jog šioje srityje netrukus bus tiesiogiai taikomi Reglamentai Nr. 2017/745 ir Nr. 2017/746, Lietuvos galimybės skatinti lygiagretų medicinos priemonių importą teisinėmis priemonėmis apsiriboja kliūčių, susijusių su kainodara, šalinimu.

1.1.2. Lygiagretus vaistų eksportas

SESV. Priešinga situacija lygiagrečiam vaistų importui yra lygiagretus vaistų eksportas. Nors paprastai ES valstybės narės kiekybinių prekių eksporto apribojimų netaiko, dėl tam tikrų priežasčių, ypač susijusių su vaistų trūkumu, valstybė narė gali būti suinteresuota drausti / riboti vaistų, išleistų į jos rinką, lygiagretų eksportą⁴². Tokios valstybių priemonės laikytinos eksporto apribojimu pagal SESV 35 straipsnį, kuris gali būti pateisinamas pagal SESV 36 straipsnį arba vieną iš ESTT praktikoje nustatytų svarbių bendrojo intereso priežasčių, jei atitinka proporcingumo principą.

ESTT praktikos lygiagretaus vaistų eksporto srityje, kur nagrinėjami valstybių narių nustatyti tokio eksporto apribojimai, kol kas nėra. Tačiau galima paminėti, kad EK buvo pradėjusi procedūras dėl išipareigojimų neįvykdymo prieš Portugaliją, Lenkiją, Rumuniją ir Slovakiją dėl jų priemonių, ribojančių lygiagretų vaistų eksportą, siekiant užtikrinti tinkamą ir

⁴¹ 2020 m. rugsėjo 17 d. elektroniniame laiške šios disertacijos autorei Akreditavimo tarnyba patvirtino, kad neturi duomenų apie lygiagretų medicinos priemonių importą (Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos, 2020).

⁴² COVID-19 pandemijos pradžioje panašius prekių eksporto draudimus / ribojimus buvo priėmusi Vokietija, kuri buvo uždraudusi asmeninių apsaugos priemonių eksportą, ir Prancūzija, kuri buvo rekvizavo visą apsauginių veido kaukių produkciją. Šios priemonės buvo panaikintos, EK pagrasinus minėtoms šalims procedūra dėl išipareigojimų neįvykdymo. Tačiau kartu ES mastu buvo priimtas 6 savaites galiojęs apsaugos priemonių eksporto į trečiąsias valstybes ribojimas (Komisijos 2020 m. kovo 14 d. įgyvendinimo reglamentas (ES) 2020/402).

nuolatinį vaistų tiekimą visuomenei, tačiau 2018 m. gegužės mėn. jas nutraukė (European Commission, 2018a).

Taip pat šiame kontekste galima paminėti 2019 m. rugsėjo 18 d. sprendimą *VIPA Kereskedelmi és Szolgáltató Kft. (VIPA Kereskedelmi és Szolgáltató Kft., 2019)*⁴³, kuriame ESTT nagrinėjo Vengrijos teisės aktus, pagal kuriuos šios valstybės narės vaistinei neleidžiama išduoti (parduoti) receptinių vaistų pagal užsakymą, kai šį užsakymą parengė sveikatos priežiūros specialistas, turintis teisę skirti vaistus ir verstis veikla kitoje valstybėje narėje, nors tai daryti leidžiama, kai tokį užsakymą parengė sveikatos priežiūros specialistas, turintis teisę verstis veikla šioje pirmojoje valstybėje narėje. ESTT konstatavo, kad tokie teisės aktai neprieštarauja SESV 35 ir 36 straipsniams, jeigu jais siekiama apsaugoti žmonių sveikatą ir gyvybę ir jie atitinka proporcingumo principą, o tai turi patikrinti nacionalinis teismas.

2003 m. stojimo akte nustatytas „specialus mechanizmas“⁴⁴ 2018 m. birželio 21 d. sprendime *Pfizer Ireland Pharmaceuticals (Pfizer Ireland Pharmaceuticals, 2018)* ESTT išaiškino, kada vienoje iš senųjų valstybių narių (šiuo atveju, Vokietijoje) išduoto papildomo apsaugos liudijimo (PAL) medicinos produktui turėtojas gali uždrausti šio produkto lygiagretų importą iš naujųjų valstybių narių (t. y. Čekijos Respublikos, Estijos, Latvijos, Lietuvos, Vengrijos, Lenkijos, Slovėnijos, Slovakijos, Bulgarijos, Rumunijos ir Kroatijos). Kaip jau minėta nagrinėjant lygiagretų importą, iš teisės į laisvą prekių judėjimą kylantis intelektinės nuosavybės teisių išsėmimo principas neleidžia patento turėtojui prieštarauti produkto importui, jeigu šis produktas jau buvo teisėtai pateiktas į kitos valstybės narės rinką, t. y. jeigu jį į rinką pateikė pats patento turėtojas arba jis buvo pateiktas su patento turėtojo sutikimu. Tačiau stojimo aktai (2003 m. Stojimo akto IV priedo 2 skyrius; Akto dėl Bulgarijos Respublikos ir Rumunijos stojimo sąlygų ir Sutarčių, kuriomis yra grindžiama Europos sąjunga, pritaikomųjų pataisų (Aktas dėl Bulgarijos Respublikos..., 2005) V priedo 1 skyrius ir Akto dėl Kroatijos Respublikos stojimo sąlygų ir Europos Sąjungos sutarties, Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo bei Europos atominės energijos bendrijos steigimo sutarties pritaikomųjų pataisų (Aktas dėl Kroatijos Respublikos stojimo...,

⁴³ Beje, šiame sprendime taip pat pirmąjį kartą išaiškintos šios disertacijos dalyje „1.4. PASLAUGŲ TEIKIMO LAISVĖ: TEISĖ Į TARPVALSTYBINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IŠLAIDŲ KOMPENSAVIMĄ“ nagrinėjamos Direktyvos 2011/24 nuostatos.

⁴⁴ Žr. plačiau apie „specialų mechanizmą“ Shorthose, 2017, p. 653-656.

2012) IV priedo 1 skyrius) numatė išimtį iš šio principo, taip vadinamą „specialų mechanizmą“, pagal kurį medicinos produkto patento ar PAL turėtojas gali uždrausti to produkto lygiagretų importą iš naujosios valstybės narės, jeigu lygiavertė apsauga negalėjo būti gauta vienoje iš anksčiau minėtų naujųjų valstybių narių ir jeigu medicinos produktas vis dar yra saugomas importo valstybėje narėje. *Pfizer* (vaisto gamintoja) teigė, kad lygiagrečiai importuojant vaistą iš naujųjų ES valstybių narių buvo pažeistas Vokietijoje šiai bendrovei išduotas PAL, kuris buvo paremtas Vokietijoje išduotu patentu, kurio paraiška buvo pateikta tuo metu, kai atitinkamose naujosiose valstybėse narėse patentinė apsauga negalėjo būti gauta. Tuo tarpu *Orifarm* (lygiagreti importuotoja) ginčijo, kad PAL galėjo būti išduotas paraiškos dėl PAL padavimo Vokietijoje dieną. ESTT atmetė šį argumentą teigdamas, kad šiose valstybėse negalėjo būti prašoma išduoti PAL, kadangi jose nebuvo išduotas pagrindinis patentas⁴⁵. ESTT nustatė, kad „specialus mechanizmas“ taikomas, kai pagrindinio patento paraiškos pateikimo dieną importuojančioje ir eksportuojančioje valstybėse narėse nebuvo lygiavertės apsaugos.

M. Zalepūgos nuomone, iš esmės „specialaus mechanizmo“ veikimo trukmė Lietuvoje turėjo baigtis 2019 m. vasario 2 d. (Zalepūga, 2016, p. 89), tačiau praktiškai dėl šio mechanizmo taikymo reikia vertinti kiekvieną atvejį atskirai (Shorthose, 2017, p. 655).

1.1.2.1. Lygiagretaus vaistų eksporto ribojimai ir poveikis Lietuvos sveikatos sistemos organizavimui ir reguliavimui

Tyrimo metu nebuvo nustatyta LR teisės aktų, kuriuose ribojamas lygiagretus vaistų eksportas ar vaistų eksportas apskritai. Tačiau pažymėtina, kad 2018 m. TAIS buvo registruotas Sveikatos apsaugos ministerijos parengtas Farmacijos įstatymo Nr. X-709 33 straipsnio pakeitimo ir įstatymo papildymo 32¹ straipsniu įstatymo projektas Nr. 18-14374 (Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo...projektas, 2018d, toliau – įstatymo projektas Nr. 18-14374), kuriame buvo siūloma įtvirtinti išankstinę pranešimo pateikimo procedūrą, pagal kurią didmeninio platinimo licencijos turėtojas, norintis išvežti į kitą EEE valstybę ar eksportuoti į trečiąją šalį (lygiagrečiai eksportuoti) Lietuvos rinkai pateiktus kompensuojamuosius vaistus, turi kiekvienu numatomo kompensuojamojo vaisto lygiagretaus eksporto atveju

⁴⁵ Plg. su *Kirin Amgen*, 2010.

ne vėliau kaip prieš 30 dienų iki numatomo lygiagretaus eksporto dienos pateikti pranešimą VVKT⁴⁶.

Pagal projekto nuostatas, VVKT priima sprendimą leisti kompensuojamojo vaisto lygiagretų eksportą, jeigu nekyla grėsmės Lietuvos pacientų aprūpinimui šiuo kompensuojamuoju vaistu, arba priima motyvuotą sprendimą uždrausti kompensuojamojo vaisto lygiagretų eksportą, jeigu kompensuojamojo vaisto turimas kiekis Lietuvoje tenkina tik Lietuvos pacientų poreikius arba yra mažesnis negu Lietuvos pacientų poreikis ir kyla grėsmė, kad sutriks pacientų aprūpinimas šiuo kompensuojamuoju vaistu. VVKT sprendimą leisti ar uždrausti kompensuojamojo vaisto lygiagretų eksportą priima atsižvelgdama į vaisto registruotojo ir didmeninio platinimo licencijos turėtojų duomenis apie kompensuojamojo vaisto tiekimą, taip pat Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (VLK) duomenis apie jo suvartojimą.

Institucijų, kurioms projektas buvo pateiktas derinti, išvadose buvo iš esmės pažymėta, kad nors siūlomu lygiagretaus kompensuojamųjų vaistų eksporto ribojimu siekiama teisėtų tikslų, tačiau projekto aiškinamajame rašte nurodytų duomenų nepakanka šiam ribojimui pagrįsti⁴⁷. Išskyrus Europos teisės departamento prie LR teisingumo ministerijos (toliau – Europos teisės departamentas) 2018 m. gruodžio 21 d. išvadą, kaip teisinis šio trūkumo pagrindas buvo nurodoma ne ES teisė, o Lietuvos teisės aktai ir Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo (LVAT) praktika.

Vienas iš veiksnių, praktikoje ribojusių lygiagretų vaistų eksportą, galėjo būti pirmiau minėtas „specialus mechanizmas“, kurio veikimo trukmė Lietuvoje iš esmės baigėsi. Todėl, atsižvelgiant į laisvo prekių judėjimo principą, kuris apima lygiagretų vaistų eksportą, ir „specialaus mechanizmo“ galiojimo pabaigą, taip pat jeigu pasirodytų, kad priemonės vaistų kainų mažinimo srityje yra veiksmingos, Lietuva gali susidurti su lygiagretaus vaistų eksporto lemiamomis vaistų trūkumo problemomis. Tačiau, remiantis minėto projekto aiškinamajame rašte (Aiškinamasis raštas..., 2018e) pateikta informacija, galima teigti, kad šiuo metu kompetentingos institucijos neturi duomenų nei apie Lietuvos rinkai pateiktų vaistų lygiagretų eksportą nei apie tai, ar dėl tokio eksporto galėjo trūkti vaistų Lietuvos pacientams. Antai, šiame

⁴⁶ Šis projektas nebuvo pateiktas Seimui ir nebuvo priimtas.

⁴⁷ Žr. LR ūkio ministerijos 2018 m. gruodžio 19 d. išvadą (Lietuvos Respublikos ūkio ministerija, 2018), Europos teisės departamento prie LR teisingumo ministerijos 2018 m. gruodžio 21 d. išvadą (Europos teisės departamentas, 2018b), LR specialiųjų tyrimų tarnybos 2019 m. sausio 16 d. antikorupcinio vertinimo išvadą (Lietuvos Respublikos specialiųjų tyrimų tarnyba, 2019a).

rašte nurodyta, kad 2017 m. VVKT gavo 6 kitų ES valstybių narių kompetentingų institucijų paklausimus, susijusius su kompensuojamųjų vaistų lygiagrečiu importu tose valstybėse iš Lietuvos, o 2018 m. – 8 paklausimus, nors nėra duomenų, ar šie kompensuojamieji vaistai buvo lygiagrečiai eksportuoti į tas valstybes nares ir ar dėl lygiagretaus eksporto galėjo sutrikti Lietuvos pacientų aprūpinimas šiais kompensuojamaisiais vaistais.

Taigi esant tam tikroms aplinkybėms ir atsižvelgiant į tai, kad valstybės narės privalo netrukdyti tarpvalstybinei prekybai vaistais, prekių judėjimo laisvė galėtų lemti vaistų prieinamumo sumažėjimą gyventojams. Vis dėlto ES teisė suteikia valstybėms narėms galimybę tokiais atvejais taikyti lygiagretaus vaistų eksporto apribojimus, jeigu tai yra būtina dėl visuomenės sveikatos apsaugos ar kitų svarbių bendrojo intereso priežasčių, o ribojančių priemonių teisėtumas turi būti pagrįstas tiksliais statistiniais ir kitais duomenimis⁴⁸. Kitaip tariant, tokios priemonės gali būti taikomos tik tais atvejais, kai kyla reali grėsmė vaistų prieinamumo sumažėjimui. Tačiau šiuo metu valstybės institucijos neturi duomenų, jog tokios aplinkybės Lietuvoje egzistuoja⁴⁹.

1.1.3. Vaistų reklama ir nuotolinė prekyba vaistais

Pagal ESTT praktiką reklamos ribojimas yra pripažįstamas, be kita ko, laisvo prekių judėjimo apribojimu (*Konsumentombudsmannen*, 2001, 25 punktas). Siekiant palengvinti laisvą judėjimą ir užtikrinti visuomenės sveikatos apsaugą, valstybių narių teisės aktai vaistų reklamos srityje pirmą kartą buvo sureglamentuoti Tarybos 1992 m. kovo 31 d. direktyvoje 92/28 dėl žmonėms skirtų vaistų reklamos (Council Directive 92/28/EEC of 31 March 1992, toliau – Direktyva 92/28)⁵⁰. Be to, Tarybos 1989 m. spalio 3 d. direktyvoje 89/552/EEB dėl valstybių narių įstatymuose ir kituose teisės aktuose išdėstytų nuostatų, susijusių su televizijos programų transliavimu,

⁴⁸ Žr. plačiau, pavyzdžiui, *Deutsche Parkinson Vereinigung eV*, 2016, kuris nagrinėjamas šios disertacijos dalyje „1.1.4. Vaistų kainų nustatymas ir įtraukimas į kompensavimo sistemas“.

⁴⁹ 2020 m. spalio 16 d. elektroniniame laiške šios disertacijos autorei VVKT nurodė, kad neturi duomenų apie lygiagrečiai importuojamų į kitas EEE valstybes vaistų kiekius ir mastą. VVKT turi informaciją apie užklausas apie vaistus iš EEE valstybių, kurioms yra pateiktos paraiškos dėl lygiagretaus importo į tas šalis iš Lietuvos. VVKT pateikusi informaciją nėra informuojama, ar leidimas yra išduotas (Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba, 2020d).

⁵⁰ Direktyvą 92/28 panaikino ir pakeitė Direktyva 2001/83.

derinimo (Tarybos 1989 m. spalio 3 d. direktyva 89/552/EEB..., toliau – Direktyva 89/552)⁵¹ buvo uždrausta receptinių vaistų reklama per televiziją. Taip pat šioje srityje taikomos direktyvos dėl klaidinančios reklamos⁵².

Šiuo metu vaistų reklamos klausimai yra reglamentuojami Direktyvos 2001/83 VIII ir VIIIa antraštinėse dalyse (86-100 straipsniai). Čia nustatyta, kad yra draudžiama bet kokių vaistų, kuriems pagal ES teisę nebuvo išduotas leidimas prekiauti vaistu, reklama. Taip pat draudžiama reklamuoti visuomenei receptinius vaistus ir vaistus, turinčius psichotropinių ar narkotinių medžiagų. Be to, valstybės narės gali uždrausti savo teritorijoje reklamuoti visuomenei vaistus, kurių kaina gali būti kompensuojama. Vaistų reklamoje negalima pateikti išsamių žinių apie konkrečią ligos istoriją, kurios galėtų paskatinti žmones patiems diagnozuoti ligą. Visose vaistų reklamos dalyse pateikiama informacija privalo atitikti santraukoje pateiktą vaistų savybių aprašymą ir skatinti protingai vartoti vaistus. Aiškiai pažymėtus nemokamus vaistų pavyzdžius galima platinti tik išimtiniais atvejais direktyvoje nustatytomis sąlygomis ir tik asmenims, turintiems teisę juos paskirti. Bet kokioje vaistų reklamoje, kuri skirta asmenims, turintiems teisę paskirti ar tiekti tokius gaminius, nurodoma vaistų charakteristikų santrauką atitinkanti esminė informacija ir vaistų išdavimo sąlygos. Draudžiama tokiems asmenims duoti, siūlyti ar žadėti dovanas, piniginius apdovanojimus ar atlygį natūra, išskyrus tuos atvejus, kai siūlomos paskatos yra nebrangios ir atitinka mediko ar vaistininko darbo specifiką.

Direktyvos 2010/13 9 straipsnio 1 dalies f punkte uždrausti vaistų bei medicininių gydymo būdų, kurie valstybėje narėje, kurios jurisdikcijai priklauso žiniasklaidos paslaugų tiekėjas, galimi tik pagal receptus, reklamai skirti audiovizualiniai komerciniai pranešimai.

Nors Direktyvos 2001/83 nuostatos dėl reklamos yra visiško suderinimo, o atvejai, kai valstybės narės gali nukrypti nuo šia direktyva patvirtintų taisyklių, aiškiai išvardyti (*Gintec*, 2007, 20 ir 25 punktai), tiek, kiek konkrečiu atveju šios direktyvos nuostatos nėra taikomos, atitinkamas

⁵¹ Direktyvą 89/552 panaikino ir pakeitė Europos Parlamento ir Tarybos 2010 m. kovo 10 d. direktyva 2010/13/ES dėl valstybių narių įstatymuose ir kituose teisės aktuose išdėstytų tam tikrų nuostatų, susijusių su audiovizualinės žiniasklaidos paslaugų teikimu, derinimo (Audiovizualinės žiniasklaidos paslaugų direktyva) (Europos Parlamento ir Tarybos 2010 m. kovo 10 d. direktyva, toliau – Direktyva 2010/13).

⁵² Šiuo metu galioja Europos Parlamento ir Tarybos 2006 m. gruodžio 12 d. direktyva 2006/114/EB dėl klaidinančios ir lyginamosios reklamos (kodifikuota redakcija) (Europos Parlamento ir Tarybos 2006 m. gruodžio 12 d. direktyva 2006/114/EB).

reklamos apribojimas turi būti vertinamas pagal SESV 34 straipsnį (žr., pavyzdžiui, *Ludwigs-Apotheke*, 2007, 23 ir 24 punktai).

Su vaistų reklama glaudžiai susijęs 2003 m. gruodžio 11 d. sprendimas *Deutscher Apothekerverband* (*Deutscher Apothekerverband*, 2003), kuriame buvo nagrinėjamas valstybės narės (Vokietijos) draudimas prekiauti vaistais paštu, t. y. ne vaistinėje.

Pagrindinėje byloje Vokietijos vaistininkų asociacija *Deutscher Apothekerverband* padavė į teismą Nyderlandų vaistinę *DocMorris NV* ir vaistininką J. Waterval, nes, šios asociacijos nuomone, prekiaudami internetu ir tiekdami paštu Vokietijos gyventojams žmonėms skirtus vaistus minėti asmenys pažeidė Vokietijos teisę.

Vienas iš nacionalinio teismo šioje byloje pateiktų klausimų buvo tas, kaip turi būti aiškinama sąvoka „reklama“, nes platus jos aiškinimas praktiškai gali užkirsti kelią vaistų prekybai internetu: pats prekybos internetu pobūdis reikalauja tam tikro vaisto, kuriuo prekiaujama, „pristatymo“ internetinėje parduotuvėje.

ESTT nustatė, kad vaistai gali būti pateikti į valstybės narės rinką tik jeigu jiems yra išduotas leidimas pagal atitinkamos valstybės narės arba pagal ES taisykles. Tačiau vaistų, kuriems toks leidimas yra išduotas, prekybos paštu draudimas yra laisvo prekių judėjimo apribojimas.

Vis dėlto, ESTT nuomone, kiek tai susiję su receptiniais vaistais, toks draudimas gali būti pateisinamas, kadangi leidus receptinius vaistus įteikti vartotojui, šiam pateikus gydytojo receptą, tačiau be jokio kito patikrinimo, gali padidėti pavojus, kad receptiniai vaistai bus naudojami netinkamai arba jais bus piktnaudžiaujama. Tačiau valstybės narės draudimas prekiauti vaistais paštu yra nesuderinamas su ES teise ta apimtimi, kuria jis taikomas nereceptiniams vaistams.

Atsižvelgiant į tai, kad pagal ES teisę galima drausti prekybą paštu tais vaistais, kuriems nėra išduotas leidimas prekiauti, taip pat receptiniais vaistais, ESTT nepaiškino, kaip šiame kontekste reikia suprasti sąvoką „reklama“, o paprasčiausiai konstatavo, kad Direktyva 2001/83 leidžiama reklamuoti vaistus, kuriuos galima vartoti be gydytojo nurodymo, jei reikia, patarus vaistininkui. O argumentai, susiję su tariama būtinybe, kad įsigyjant tokius vaistus turi fiziškai dalyvauti vaistininkas, buvo atmesti.

Valstybių narių teisės aktai, susiję su vaistų prekyba nuotoliniu būdu taikant informacinės visuomenės paslaugas, buvo iš dalies suderinti Direktyvoje 2011/62 ir šiuo metu yra reglamentuojami Direktyvos 2001/83 VIIa antraštinėje dalyje „Nuotolinis pardavimas visuomenei“ (85c straipsnis).

Direktyvoje buvo nustatyta, kad vaistai visuomenei gali būti siūlomi parduoti nuotoliniu būdu tik jeigu turimas leidimas tiekti vaistus visuomenei,

taip pat ir nuotoliniu būdu, pagal valstybės narės, kurioje atitinkamas asmuo yra įsisteigęs, nacionalinės teisės aktus. Minėtas asmuo taip pat privalo pranešti valstybės narės, kurioje yra įsisteigęs, kompetentingai institucijai apie savo ketinimą prekiauti vaistais nuotoliniu būdu. EK pavesta nustatyti įgyvendinimo aktus dėl bendro logotipo, kuriuo yra žymimos svetainės, kuriose visuomenei teisėtai siūloma parduoti vaistus nuotoliniu būdu⁵³.

Atsižvelgiant į ESTT praktiką valstybės narės gali nustatyti visuomenės sveikatos apsauga pagrįstas sąlygas mažmeniniam vaistų tiekimui nuotolinės prekybos taikant informacinės visuomenės paslaugas būdu, pavyzdžiui, pagal kurias draudžiama siūlyti parduoti visuomenei receptinius vaistus nuotoliniu būdu. Tačiau tokios sąlygos neturėtų nepagrįstai riboti vidaus rinkos veikimo (Direktyvos 2011/62 24 konstatuojamoji dalis), t. y. jos turi atitikti SESV.

1.1.3.1. Vaistų reklamos ir nuotolinės prekybos vaistais teisinis pagrindas pagal Lietuvos teisės aktus

Vaistų reklama yra reglamentuojama Farmacijos įstatymo dešimtajame skirsnyje „Informacija apie vaistinius preparatus“. 49 straipsnio 6 dalyje nustatyta, kad receptinius vaistus draudžiama reklamuoti per leidinius, radiją, televiziją ir kitomis elektroninėmis informavimo priemonėmis, išskyrus šio įstatymo 51 straipsnio 2 dalyje nurodytus atvejus. Šioje dalyje nustatyta, kad receptinius vaistus leidžiama reklamuoti tik sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistams skirtuose leidiniuose ir specializuotose interneto svetainėse, kurios gyventojams yra neprieinamos. Tokių leidinių ir interneto svetainių sąrašai ir įtraukimo į juos kriterijai yra nustatyti Leidinių įrašymo į leidinių, kuriuose gali būti reklamuojami receptiniai vaistiniai preparatai, sąrašą ir išbraukimo iš jo tvarkos apraše⁵⁴.

⁵³ Bendras logotipas buvo patvirtintas EK 2014 m. birželio 24 d. įgyvendinimo reglamentu (ES) Nr. 699/2014 dėl bendro logotipo, kuris naudojamas asmenims, siūlantiesiems parduoti vaistus visuomenei nuotoliniu būdu, nustatyti, dizaino ir dėl bendro logotipo autentiškumo patikrinimo techninių, elektroninių bei šifravimo reikalavimų (Komisijos 2014 m. birželio 24 d. įgyvendinimo reglamentas (ES) Nr. 699/2014).

⁵⁴ Sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 28 d. įsakymu Nr. V-1128 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 28 d. įsakymas Nr. V-1128) patvirtintų Vaistinių preparatų reklamos taisyklių 1 priedas.

Farmacijos įstatymo 50 straipsnio 1 dalyje yra nustatyta, kad gyventojams skirtoje reklamoje leidžiama reklamuoti tik nereceptinius vaistus pateikiant būtiną sveikatos apsaugos ministro nustatytą informaciją ir nuorodas⁵⁵.

Beje, šiame kontekste galima paminėti LRKT 2005 m. rugsėjo 29 d. nutarimą dėl receptinių vaistų reklamos (Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2005 m. rugsėjo 29 d. nutarimas), kuriame buvo nagrinėjama, ar Konstitucijai neprieštaruoja nuostata, pagal kurią buvo uždrausta receptinius vaistus reklamuoti per radiją ir televiziją, elektroninėmis informacijos priemonėmis. LRKT nustatė, kad Konstitucijos toks draudimas nepažeidžia. Tačiau tiek, kiek yra draudžiama pateikti per radiją ir televiziją neklaidinančią nereklaminio pobūdžio ir reklamai neprilygintą informaciją apie receptinius vaistus, kurią skleidžiant per radiją ir televiziją nebūtų sudaroma prielaidų pakenkti žmonių sveikatai, pažeidžiama Konstitucijos 25 straipsnio 3 dalis, konstitucinis proporcingumo principas, kaip vienas iš konstitucinio teisinės valstybės principo elementų. Šiame nutarime LRKT kur kas anksčiau nei ESTT aiškiai atribojo „reklamos“ sąvoką nuo nereklaminio pobūdžio informacijos apie vaistus skelbimo⁵⁶.

2018 m. LR farmacijos įstatymo Nr. X-709 50 ir 51 straipsnių pakeitimo įstatymu Nr. XIII-1191 (Lietuvos Respublikos farmacijos... įstatymas Nr. XIII-1191, 2018, toliau – įstatymas Nr. XIII-1191) LR Seimas sugriežtino vaistų ir maisto papildų reklamą bei vaistų reklamuotojų vizitus į sveikatos priežiūros įstaigas. Nuo 2019 metų vaistų reklamuotojai ASPI informaciją gali teikti tik per specialius renginius, kurių tvarką nustato sveikatos apsaugos ministras, o ne įstaigos vadovas, kaip buvo anksčiau. Vaistų reklamuotojo vizitas į ASPI, siekiant asmeniškai susitikti su sveikatos priežiūros specialistu, turinčiu teisę skirti vaistus, draudžiamas.

Be to, tuo pačiu įstatymu Farmacijos įstatymo 50 straipsnio 4 dalis papildyta 14 punktu, pagal kurį uždrausta tame pačiame per radijo ar televizijos programą ar tarp jų transliuojamame reklamos intarpe kartu reklamuoti vaistus ir maisto papildus, išskyrus atvejus, kai tarp vaistų ir maisto papildų reklamos pateikiama su jais nesusijusi reklama.

Aiškinamajame rašte (Aiškinamasis raštas..., 2017a) dėl įstatymo projekto Nr. XIIP-1137 (Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo... projektas, 2017c, toliau – įstatymo projektas Nr. XIIP-1137) (kitas projekto variantas Nr. XIIP-1137(2) (Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo... projektas, 2018c)), kurio pagrindu buvo priimtas minėtas įstatymas Nr. XIII-1191, nėra

⁵⁵ Nustatyta Vaistinių preparatų reklamos taisyklėse.

⁵⁶ Žr. ES mastu *MSD Sharp & Dohme*, 2011, 30-33 punktai.

užsimenama nei apie Direktyvą 2001/83, nei apie laisvą prekių judėjimą ar kitas vidaus rinkos laisves. Prie projekto buvo pridėta atitikties lentelė (Atitikties lentelė..., 2017), kurioje teigiama, kad draudimas tame pačiame per radiją ir (ar) televiziją transliuojamame reklamos intarpe ar jų grupėje kartu reklamuoti vaistus ir maisto papildus, išskyrus atvejus, kai tarp vaistų ir maisto papildų reklamos pateikiama su jais nesusijusi reklama, įgyvendina Direktyvos 2001/83 89 straipsnio 1 dalies a punktą, pagal kurį visuomenei skirta vaistų reklama turi būti pateikiama tokiu būdu, kad būtų aišku, jog skelbiama informacija yra reklama ir pristatomas produktas yra vaistai. Europos teisės departamento nuomone, atsižvelgiant į tai, kad Direktyvos 2001/83 nuostatos dėl reklamos yra visiško suderinimo, o siūlomais apribojimais siekiama ne apskritai uždrausti nereceptinių vaistinių preparatų reklamą, tačiau tik nustatyti sąlygas per radiją ir (ar) televiziją transliuojamų vaistų reklamos sekai, tokie apribojimai būtų suderinami su Direktyva 2001/83 (Europos teisės departamentas, 2017). Šios disertacijos autorės nuomone, aptariamas reklamos apribojimas yra ne vienintelis galimas minėtos Direktyvos 2001/83 nuostatos įgyvendinimo būdas, todėl turėjo būti atlikta jo patikra dėl atitikties SESV 34 straipsniui.

Įgyvendinus Direktyvą 2011/62 prekyba vaistais nuotoliniu būdu Lietuvoje leidžiama nuo 2015 m. birželio mėn.⁵⁷ ir yra reglamentuojama Farmacijos įstatymo 35¹ straipsnyje „Pagrindiniai vaistinių preparatų siūlymo parduoti gyventojams nuotoliniu būdu reikalavimai“, sveikatos apsaugos ministro 2007 m. birželio 15 d. įsakymu Nr. V-494 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. birželio 15 d. įsakymas Nr. V-494) patvirtintuose Geros vaistinių praktikos nuostatuose bei sveikatos apsaugos ministro 2015 m. gruodžio 21 d. įsakymu Nr. V-1491 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. gruodžio 21 d. įsakymas Nr. V-1491) patvirtintame Siūlymo parduoti vaistinius preparatus gyventojams nuotoliniu būdu tvarkos apraše.

Siūlyti parduoti vaistinius preparatus nuotoliniu būdu gali tik vaistinės ir kitose EEE valstybėse įsisteigę asmenys, turintys teisę siūlyti parduoti vaistinius preparatus gyventojams nuotoliniu būdu. Prieš pradėdama siūlyti parduoti vaistinius preparatus nuotoliniu būdu vaistinė turi pranešti VVKT.

⁵⁷ LR farmacijos įstatymo 2, 8, 15, 19, 24, 24¹, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 39, 40, 66, 69, 73 straipsnių, septintojo skirsnio pavadinimo, keturioliktojo skirsnio, priedo pakeitimo ir papildymo ir įstatymo papildymo nauju 24¹ straipsniu ir 24², 34¹, 35¹, 68¹ straipsniais įstatymas Nr. XII-388 (Lietuvos Respublikos farmacijos... įstatymas, 2013).

Nuotoliniu būdu parduoti vaistiniai preparatai gali būti atsiimami vaistinėje ar pristatomi į gyventojų pageidaujama vietą.

Iš pradžių siūlyti parduoti Lietuvoje nuotoliniu būdu buvo leidžiama tik registruotus nereceptinius vaistinius preparatus. Tačiau priėmus LR farmacijos įstatymo Nr. X-709 2, 8, 19, 33, 35, 35¹, 59¹, 68¹ straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo aštuntuoju¹ skirsniu įstatymą Nr. XIII-1408 (Lietuvos Respublikos farmacijos... įstatymas Nr. XIII-1408, 2018, toliau – įstatymas Nr. XIII-1408) nuo 2019 m. lapkričio 1 d. nuotoliniu būdu galima siūlyti parduoti receptinius vaistus pagal elektroninius receptus, išskyrus vaistinius preparatus, kurių sudėtyje yra narkotinių ir (ar) psichotropinių medžiagų. O siūlyti parduoti nuotoliniu būdu kitai EEE valstybei ir toliau galima tik vaistinius preparatus, kurie registruoti toje EEE valstybėje ir kurie joje yra priskirti prie nereceptinių vaistinių preparatų.

Interneto svetainėje, kurioje vaistinė siūlo parduoti vaistinius preparatus nuotoliniu būdu, turi būti aiškiai matomas EK nustatyto dizaino bendras logotipas.

1.1.3.2. Nuotolinės prekybos vaistais poveikis Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui

Nuotolinė prekyba vaistais Lietuvoje buvo įtvirtinta būtent įgyvendinus Direktyvą 2011/62, o ne pirmiau aptartą ankstesnę ESTT praktiką, kuria remiantis vėliau buvo suderinti valstybių narių teisės aktai. Suteikdama teisę ūkio subjektams užsiimti nuotoline prekyba vaistais, prekių judėjimo laisvė prisidėjo prie asmens ūkinės veiklos laisvės ir iniciatyvos garantavimo. Kartu, kaip ir lygiagrečiau vaistų importo atveju, nuotolinė prekyba vaistais Lietuvoje yra vertinama kaip priemonė gerinanti vaistų prieinamumą gyventojams⁵⁸.

Šiame kontekste taip pat reikėtų atkreipti dėmesį, kad pirmiau aptarta ESTT praktika iš esmės reikalavo neriboti nuotolinės prekybos nereceptiniais vaistais tik tarp valstybių narių, t. y. buvo susijusi tik su tarpvalstybinėmis situacijomis. Tačiau kaip ir kai kurie kiti šioje disertacijoje toliau nagrinėjami ES antrinės teisės aktai, Direktyva 2011/62 atitinkamą ESTT praktiką sukodifikavo tiek tarpvalstybinėse, tiek vidaus situacijose. VVKT internetinėje svetainėje yra skelbiamas sąrašas vaistinių, siūlančių parduoti

⁵⁸ Žr., pavyzdžiui, aiškinamąjį raštą dėl LR farmacijos įstatymo Nr. X-709 2, 8, 19, 33, 35, 35¹, 59¹, 68¹ straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo aštuntuoju¹ skirsniu įstatymo projekto Nr. XIIIIP-1744 (Aiškinamasis raštas..., 2018a).

vaistus nuotoliniu būdu (Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba, 2020c). Manytina, kad Lietuvoje nuotolinė prekyba yra aktualesnė būtent vidaus situacijose, ypač turint omenyje, kad nuo 2019 m. lapkričio 1 d. Lietuvoje yra leidžiama nuotolinė prekyba receptiniais vaistais pagal elektroninius receptus⁵⁹.

1.1.4. Vaistų kainų nustatymas ir įtraukimas į kompensavimo sistemas

Vaistų kainų nustatymas ir įtraukimas į kompensavimo sistemas ES lygiu nėra suderinti. ESTT pripažįsta, kad valstybės narės gali taikyti tiesiogines ar netiesiogines (vykdydamos kompensavimo politiką) vaistų kainų nustatymo priemones, siekdamos užtikrinti visiems piliečiams vienodas galimybes įsigyti vaistų ir apsaugoti savo socialinės apsaugos sistemų finansinį stabilumą. Tačiau tokios priemonės turi *de jure* ir *de facto* nediskriminuoti importuotų produktų, palyginti su toje valstybėje pagamintais produktais, jos turi būti pagrįstos objektyviais ir patikrinamais kriterijais, kurie nepriklauso nuo šių produktų kilmės, o nustatytos kainos turi būti tokios, kuriomis už tą produktą yra realiai atlyginama (*Roussel Laboratoria BV ir kt.*, 1983; *Duphar ir kt.*, 1984; *Komisija / Belgija*, 1991).

Direktyvoje 89/105 buvo susisteminti minimalūs procedūriniai skaidrumo reikalavimai, kuriuos iš esmės išdėstė ESTT ir kurie yra taikomi nustatant vaistų kainas ir jas įtraukiant į kompensavimo sistemas. Ji buvo priimta tam, kad rinkos subjektai galėtų patikrinti, ar nacionalinės nuostatos, reglamentuojančios vaistų kainų nustatymą ir jų įtraukimą į kompensavimo sistemas, neprieštarauja prekių judėjimo laisvei (Europos Komisija, 2012b).

Šiuo tikslu direktyvoje nustatyti keli reikalavimai: įpareigojimai, susiję su konkrečiais sprendimų dėl kainų nustatymo ir kompensavimo priėmimo terminais (sprendimas dėl kainos nustatymo – per 90 dienų, sprendimas dėl kompensavimo – per 90 dienų, arba, jei tai kartu sprendimas dėl kainos nustatymo ir dėl kompensavimo – per 180 dienų nuo atitinkamos paraiškos gavimo) ir reikalavimas, kad kompetentingos nacionalinės institucijos

⁵⁹ 2020 m. spalio 16 d. elektroniniame laiške šios disertacijos autorei VVKT nurodė, kad neturi duomenų apie vaistų pardavimo nuotoliniu būdu apimtis Lietuvoje; dėl tokių duomenų reikėtų kreiptis į vaistines, kurios teikia tokią paslaugą. Taip pat nurodė, kad kitų EEE šalių vaistinės neturi pareigos pranešti VVKT prieš pradėdamos siūlyti parduoti vaistus nuotoliniu būdu Lietuvos gyventojams, t. y. joms Farmacijos įstatymo 35¹ straipsnio 2 dalis netaikoma (nors taikomi Farmacijos įstatymo 35¹ straipsnio 3 ir 4 dalių reikalavimai); kiekviena EEE valstybė kontroliuoja savo vaistines, kaip jos siūlo parduoti vaistus į kitas šalis (Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba, 2020d).

nurodytų kiekvieno savo sprendimo motyvus, grindžiamus objektyviais ir patikrinamais kriterijais, ir užtikrintų paraiškas pateikusioms įmonėms atitinkamas teisių gynimo priemones.

Direktyvos 89/105 preambulėje teigiama, kad jos nuostatos nedaro poveikio valstybių narių kainų nustatymo ir socialinės apsaugos sistemų organizavimo politikai, išskyrus tiek, kiek tai būtina siekiant skaidrumo, kaip apibrėžta šioje direktyvoje (žr. taip pat *Komisija / Austrija*, 2001, 26 punktas; *Komisija / Austrija*, 2008, 25 punktas). Iš tiesų joje nėra jokių tiesioginių reikalavimų, susijusių su vaistų kainų reguliavimo ar jų įsigijimo išlaidų kompensavimo mechanizmais.

ESTT direktyvą aiškina labai plačiai, atsižvelgdamas ne tik į atitinkamų nuostatų formuluotes, tačiau ir į bendrą jos tikslą užtikrinti prekių judėjimo laisvę⁶⁰. Tačiau, EK nuomone, jos nuostatos, kurios nė karto nebuvo keistos, šiuo metu ne visiškai atitinka numatytus tikslus. Todėl, siekdama patikslinti valstybių narių procedūrinės prievolės ir užtikrinti jų veiksmingumą tiek siekiant išvengti vilkinimo priimant sprendimus dėl kainų nustatymo ir kompensavimo, tiek šalinant prekybos vaistais kliūtis, 2012 m. kovo 1 d. EK pateikė naujos direktyvos pasiūlymą (Europos Komisija, 2012b). Tačiau nesulaukusi palaikymo 2015 m. jį atsiėmė.

Pačioje Direktyvos 89/105 preambulėje, be kita ko, yra nurodyta, kad valstybių narių vaistų kainų kontrolės priemonių pagrindinis tikslas yra

⁶⁰ Žr., pavyzdžiui, *Komisija / Austrija*, 2001, kur ESTT Austrijos Socialinio draudimo institucijų federacijos patvirtintą vaistų registrą pripažino „nacionalinės sveikatos draudimo sistemos kompensuojamų vaistų sąrašu“ Direktyvos 89/105 6 straipsnio prasme, nors vaistai Austrijoje gali būti kompensuojami iš socialinio draudimo lėšų net jeigu jie nėra įtraukti į šį sąrašą, o 6 straipsnyje iš esmės kalbama apie „pozityvius sąrašus“; *Komisija / Suomija*, 2003, kur pripažinta, kad į Direktyvos 89/105 6 straipsnio taikymo sritį patenka Suomijos kompetentingų institucijų sprendimai, nustatantys kategorijas produktų, kuriems taikoma didesnė kompensacija, nors tokie sprendimai priimami be individualaus leidimą prekiauti turinčio asmens kreipimosi, o minėto straipsnio formuluotėje kalbama apie „pareiškėjus“; *Pohl-Boskamp*, 2006, pagal kurį į Direktyvos 89/105 6 straipsnio taikymo sritį patenka Vokietijos kompetentingos institucijos sprendimas, kuriame tik sutinkama kompensuoti veikliųjų medžiagų grupę ir kuris priimamas be jokio leidimą prekiauti turinčio asmens prašymo; *Menarini ir kt.*, 2009, pagal kurį Direktyvos 89/105 4 straipsnio 1 dalis taikoma visoms valstybių narių nuostatoms, kuriomis kontroliuojamos vaistų kainos, net jeigu prieš jas priimant kainos nebuvo išaldytos (kai minėtoje direktyvos nuostatoje kalbama apie kainų išaldymą); *Association of the British Pharmaceutical Industry*, 2010, kur ESTT nustatė, kad finansinių paskatų gydytojams sistema, kuria siekiama, kad šie skirtų pacientams konkrečius vaistus, patenka į Direktyvos 89/105 taikymo sritį, nors tai nėra akivaizdu iš pačios direktyvos teksto ir t.t.

visuomenės sveikatinimas užtikrinant galimybę įsigyti pakankamai vaistų derama kaina, t. y. direktyvoje iš esmės *a priori* teigiama, jog kainų reguliavimo priemonėmis siekiama pagrįstų visuomenės sveikatos apsaugos tikslų. Vis dėlto negalima sutikti su nuomone, kad Direktyva 89/105 suteikia valstybėms narėms galimybę reguliuoti vaistų kainas (Europos farmacijos teisyno (politikos) poveikio..., 2011, p. 294) – iš tiesų šis klausimas išsina už Direktyvos 89/105 reguliavimo ribų ir priklauso valstybių narių kompetencijai. Tačiau, be abejo, ES vidaus rinkos laisvės, kaip jos yra aiškinamos ESTT praktikoje, reikalauja, kad naudodamosi šia kompetencija valstybės narės laikytųsi ES teisės (*Geraets-Smits ir Peerbooms*, 2001, 46 punktas). Kitaip tariant, vaistų kainų ir jų įtraukimo į kompensavimo sistemas reguliavimas ir tokio reguliavimo elementai valstybėse narėse gali būti vertinami kaip laisvo prekių judėjimo apribojimai ir turėtų būti pagrįsti dėl jų atitikties SESV.

Šiame kontekste galima paminėti 2016 m. spalio 19 d. sprendimą *Deutsche Parkinson Vereinigung eV* (*Deutsche Parkinson Vereinigung eV*, 2016), kuriame buvo nagrinėjama valstybės narės (Vokietijos) nacionalinės teisės aktai, pagal kuriuos buvo nustatytos vienodos kainos vaistinėms prekiaujant receptiniais vaistais ir pagal kuriuos nevyriausybinei organizacijai *Deutsche Parkinson Vereinigung eV*, kurios tikslas – pagerinti Parkinsono liga sergančių asmenų ir jų šeimų gyvenimo sąlygas, buvo neleidžiama bendradarbiauti su *DocMorris* (Nyderlandų nuotolinės prekybos vaistine) siekiant taikyti kuponų sistemą vaistams nuo Parkinsono ligos. ESTT nustatė, kad tokie teisės aktai yra kiekybiniam importo apribojimui lygiaverčio poveikio priemonė pagal SESV 34 straipsnį. Vokietija teigė, kad minėtais teisės aktais siekiama užtikrinti, kad nuotoline prekyba užsiimančios vaistinės nepradėtų pragaištingos konkurencijos dėl kainų, dėl kurios išnyktų tradicinės vaistinės, visų pirma kaimo ir retai gyvenamose vietovėse, kurios yra ne tokios patrauklios steigti tokias vaistines. ESTT nuomone, nors tikslas užtikrinti patikimą ir kokybišką aprūpinimą vaistais visoje nacionalinėje teritorijoje iš principo patenka į SESV 36 straipsnio taikymo sritį. Vis dėlto nacionalinius teisės aktus galima pateisinti tik tiek, kiek jais užtikrinamas svarbus bendrojo intereso tikslas ir kiek jie neviršija to, kas būtina šiam tikslui pasiekti. Būtent nacionalinės valdžios institucijos kiekvienu konkrečiu atveju turi pateikti šiuo tikslu reikalingų įrodymų. Prie pateisinamųjų priežasčių, kuriomis valstybė narė gali remtis, turi būti pridėta šios valstybės priimtose nuostatos proporcingumo analizė bei konkretūs įrodymai, pagrindžiantys jos argumentus, įskaitant statistinius ar kitus tikslus duomenis (*Deutsche Parkinson Vereinigung eV*, 2016, 35 ir 36 punktai, kur remiamasi *The Scotch Whisky Association ir kt.*, 2015). Tačiau nagrinėdamas klausimą, ar

pagrindinėje byloje nagrinėjami Vokietijos teisės aktai yra tinkami numatytiems tikslams pasiekti, ESTT konstatavo, kad jokie Vokietijos pateikti argumentai ir įrodymai nepatvirtino nustatyto apribojimo tinkamumo.

Šis ESTT sprendimas patvirtino EK vertinimą, kurį ši buvo pateikusi 2013 m. lapkričio mėn. oficialiame pranešime Vokietijai dėl receptinių vaistų kainų nustatymo sistemos, pagal kurią ribojama vaistinių galimybė taikyti nuolaidas. Jau po sprendimo *Deutsche Parkinson Vereinigung eV* priėmimo, 2019 m. kovo 7 d., EK išsiuntė Vokietijai pagrįstą nuomonę (European Commission, 2019c).

Kai kurių autorių nuomone, sprendimas *Deutsche Parkinson Vereinigung eV* toliau plėtoja besiformuojančią ESTT praktiką laisvo prekių judėjimo srityje, kuri apima ir tokius sprendimus kaip 2014 m. kovo 20 d. sprendimai *Komisija / Lenkija* (*Komisija / Lenkija*, 2014) ir *Komisija / Lietuva* (*Komisija / Lietuva*, 2014) ir kurioje pabrėžiama įrodymų svarba siekiant pateisinti laisvo judėjimo apribojimą. Kaip matome sprendime *Deutsche Parkinson Vereinigung eV*, pirmenybę ESTT teikia statistiniams ar moksliniams duomenims, o vien tvirtinimų ar spėjimų nebepakanka. O nacionaliniai teismai turi pareigą įsitikinti, kad valstybė turi pagrįstų įrodymų, patvirtinančių atitinkamų priemonių proporcingumą (MacCulloch, 2016)⁶¹.

1.1.4.1. Direktyvos 89/105 perkėlimas į nacionalinę teisę

Lietuvoje pagrindiniai teisės aktai, kurie perkelia Direktyvos 89/105 nuostatas į nacionalinę teisę, yra Farmacijos įstatymas ir Vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių įrašymo į kompensavimo sąrašus ir jų keitimo tvarkos aprašas⁶².

Farmacijos įstatymo 58 straipsnis reglamentuoja vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įrašymą į Ligų ir kompensuojamųjų vaistinių preparatų joms gydyti, Kompensuojamųjų vaistinių preparatų bei Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašus. Jame nustatyti reikalavimai, susiję su priimamų sprendimų motyvavimu, teise pateikti skundą, sprendimų priėmimo terminu (nustatytas 180 dienų nuo paraiškos įregistravimo terminas). Įstatymo 59 straipsnyje toliau reglamentuojamas vaistų ir medicinos pagalbos

⁶¹ Žr. dėl to, ar priimant teisės aktus Lietuvoje laikomasi šių reikalavimų šios disertacijos dalį „1.3. ĮSISTEIGIMO LAISVĖ: APSAUGOS NUO NEPAGRĮSTŲ ĮSISTEIGIMO LAISVĖS APRIBOJIMŲ GARANTIJA“.

⁶² Patvirtintas sveikatos apsaugos ministro 2002 m. balandžio 5 d. įsakymu Nr. 159.

priemonių įrašymas į kainynus. Į tokius kainynus įrašomi tik tie vaistai, kurių bendrinis pavadinimas įrašytas į sveikatos apsaugos ministro patvirtintus Ligonų ir kompensuojamųjų vaistinių preparatų joms gydyti ir Kompensuojamųjų vaistinių preparatų sąrašus, ir tik tos medicinos pagalbos priemonės, kurių pavadinimas įrašytas į Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašą. Nustatyta, kad neigiamas sprendimas turi būti tinkamai motyvuotas, taip pat nustatyti sprendimų dėl kompensuojamųjų vaistų kainų nustatymo ir (ar) padidinimo priėmimo terminai, t. y. 90 dienų nuo paraiškos gavimo dienos. Tuo atveju, jeigu per šį terminą sprendimas dėl kainos nustatymo ir (ar) padidinimo nepriimamas, pareiškėjo siūloma vaistinio preparato kaina įrašoma į artimiausią kainyną ar jo pakeitimą.

1.1.4.2. Direktyvos 89/105 poveikis Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui

2011 m. VVKT užsakymu atliktame Europos farmacijos teisyno (politikos) poveikio vaistų prieinamumui Lietuvos gyventojams vertinime (Europos farmacijos teisyno (politikos) poveikio..., 2011) buvo nustatyta, kad kiek tai susiję su vaistų įtraukimo į kompensavimo sistemą sprendimų priėmimo trukme ir pagrįstumu, Direktyvos 89/105 nuostatos, perkeltos į Lietuvos teisės aktus, daug aiškiau, skaidriau ir konkrečiau nustatė sprendimų priėmimo terminus bei kriterijus bei sukūrė naują galimybę teikti nesutikimą dėl priimto sprendimo, – tai pažangūs ir nauji, tik nuo minėtos direktyvos perkėlimo atsiradę teisinio reglamentavimo aspektai. Šie pokyčiai sąlygojo sutrumpėjusius paraiškų dėl vaistų įtraukimo į kompensavimo sistemą svarstymo ir sprendimų priėmimo terminus, tai turėjo teigiamą įtaką naujų vaistų įtraukimui į kompensavimo sistemą, o kartu ir pagerino vaistų prieinamumą galutiniam vartotojui (Europos farmacijos teisyno (politikos) poveikio..., 2011, p. 259). Kita vertus, nustatyta ir tai, kad direktyva kompensuojamųjų vaistų kainoms tiesioginės įtakos nedarė (Europos farmacijos teisyno (politikos) poveikio..., 2011, p. 321).

Panašiai iš esmės teigiamai vertinamas ir Direktyvos 89/105 poveikis apskritai ES vaistų vidaus rinkai. Pasiūlyme dėl Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos, susijusios su priemonių, reglamentuojančių žmonėms skirtų vaistų kainas ir šių vaistų įtraukimą į valstybinių sveikatos draudimo sistemų taikymo sritį, skaidrumu (Europos Komisija, 2012b) teigiama, kad 2011 m. kovo – gegužės mėn. vyko viešos konsultacijos dėl galimos Direktyvos 89/105 peržiūros. Didžioji dauguma viešų konsultacijų dalyvių pripažino, kad direktyvos poveikis nacionalinių procedūrų skaidrumui ir

vidaus rinkos veikimui buvo teigiamas. Tačiau daugelis iš jų taip pat nurodė, kad direktyva prastai įgyvendinama valstybėse narėse, ir pabrėžė su teisiniu aiškumu ir vykdymo užtikrinimu susijusius trūkumus. Šių konsultacijų rezultatai buvo pagrindas EK pateikti naujos direktyvos pasiūlymą.

Kaip ir valstybių narių teisės aktus nuotolinės prekybos vaistais srityje suderinusios Direktyvos 2011/62 atveju, Direktyvoje 89/105 nustatyti reikalavimai yra vienodai taikomi nagrinėjant tiek kitų ES ir EEE ELPA valstybių, tiek Lietuvos gamintojų atitinkamas paraiškas. Taigi ne tik kitų valstybių, bet ir Lietuvos subjektams garantuojami konkretūs sprendimų priėmimo terminai, teisių gynimo priemonės ir pan.

Be reikalavimų sprendimų priėmimo terminams ir sprendimų skaidrumui Direktyva 89/105 nenustato jokių konkrečių reikalavimų, kaip turi būti reguliuojamos vaistų kainos, kaip jie įtraukiami į kompensavimo sistemą, kokiu būdu ir kokiu lygiu kompensuojami. Tačiau realizuodamos savo kompetenciją šioje srityje Lietuvos vaistų politiką formuojančios institucijos turi nepažeisti laisvo prekių judėjimo principo⁶³.

1.1.5. Prekių judėjimo laisvės poveikis Lietuvos sveikatos sistemos organizavimui ir reguliavimui

Apibendrinant disertacijos 1.1 dalyje pateiktą vertinimą, pažymėtina, kad prekių judėjimo laisvė Lietuvoje sąlygojo lygiagretaus vaistų ir medicinos priemonių importo ir nuotolinės prekybos vaistais atsiradimą, priimant su tuo susijusį reguliavimą, taip pat skaidrumo reikalavimų nustatant vaistų kainas ir juos įtraukiant į kompensavimo sistemą priėmimą. Lygiagretaus vaistų importo atveju paskata 2006 m. priimti teisinio reguliavimo priemonės buvo EK 2003 m. komunikatas dėl registruotų vaistinių preparatų lygiagretaus importo COM (2003) 839 final. Nuotolinė prekyba vaistais Lietuvoje įtvirtinta 2013 m. įgyvendinant Direktyvą 2011/62. Įgyvendinant Direktyvą 89/105 taip pat buvo numatyti nauji teisinio reglamentavimo aspektai, susiję su skaidrumu nustatant vaistų kainas ir jas kompensuojant.

Kitąp tariant, pasižymėdama tam tikru normatyviniu krūviu prekių judėjimo laisvė sveikatos apsaugos srityje pareikalavo pozityvaus reguliavimo priemonių, kurios arba buvo priimtos ES mastu (kaip, pavyzdžiui, nuotolinės prekybos vaistais atveju Direktyva 2011/62), arba, nesant politinės valios atitinkamus klausimus sureguliuoti ES lygmeniu, tačiau EK ėmusis prieš

⁶³ Žr. apskritai pamąstymus, susijusius su vaistų kainų reguliavimu Lietuvoje vertinimu, nors ne ES teisės, bet LR Konstitucijos požiūriu Jarukaitis, 2014, p. 48-49.

valstybes nares procedūrų dėl įsipareigojimų neįvykdymo, buvo priimtos vien tik nacionaliniu mastu (lygiagretaus vaistų importo atveju). Taigi prekių judėjimo laisvė tiesiogiai arba per ES antrinės teisės aktus lėmė Lietuvoje atitinkamo reglamentavimo atsiradimą. Nuotolinės prekybos ir skaidrumo reikalavimų nustatant vaistų kainas ir juos įtraukiant į kompensavimo sistemą atveju šis reglamentavimas taikomas ne tik tarpvalstybinėse, bet ir vidaus situacijose.

Prekių judėjimo laisvės sąlygotas reguliavimas Lietuvoje sudarė sąlygas užsiimti veikla, kuri iki minėtų priemonių priėmimo iš esmės buvo neleidžiama, ir tokiu būdu prisideda garantuojant asmens ūkinės veiklos laisvę ir iniciatyvą bei teisę pasirinkti darbą bei verslą sveikatos apsaugos srityje. Lietuvos valdžios institucijų vertinimu, lygiagretus vaistų importas, nuotolinė prekyba vaistais, skaidrumo reikalavimai nustatant vaistų kainas ir juos įtraukiant į kompensavimo sistemą gerina saugių vaistų prieinamumą galutiniam vartotojui, taigi prisideda prie teisės į kuo geresnę sveikatą ir į sveikatos priežiūrą užtikrinimo. Be to, kaip bus išsamiai nagrinėjama toliau⁶⁴, reikalaujama taikyti proporcingumo principą reglamentuojant Lietuvos valdžios institucijų reguliavimo kompetencijai priklausančius, tačiau į prekių judėjimo laisvės taikymo apimtį patenkančius klausimus, ši laisvė, kaip ir kitos vidaus rinkos laisvės, prisideda prie konstitucinio atsakingo valdymo principo, konstitucinio teisinės valstybės principo užtikrinimo.

1.2. DARBUOTOJŲ IR SAVARANKIŠKAI DIRBANČIŲ ASMENŲ JUDĖJIMO LAISVĖ: TEISĖ Į PROFESINIŲ KVALIFIKACIJŲ PRIPAŽINIMĄ

Pagal SESV 45 straipsnį Sąjungoje užtikrinama darbuotojų judėjimo laisvė. Pagal šio straipsnio 2 dalį tokia judėjimo laisvė reiškia, kad įdarbinimo, darbo užmokesčio ir kitų darbo ir užimtumo sąlygų atžvilgiu panaikinama bet kokia valstybių narių darbuotojų diskriminacija dėl pilietybės. Europos Parlamento ir Tarybos 2011 m. balandžio 5 d. reglamentas (ES) Nr. 492/2011 dėl laisvo darbuotojų judėjimo Sąjungoje (Europos Parlamento ir Tarybos 2011 m. balandžio 5 d. reglamentas) nustato detalesnes nuostatas, kurios įgalina siekti SESV 45 straipsnyje nustatytų tikslų. Šio reglamento 1 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad kiekvienas valstybės narės pilietis, nepriklausomai nuo jo gyvenamosios vietos, turi teisę įsidarbinti ir dirbti kitos valstybės narės teritorijoje pagal įstatymų ir kitų teisės aktų,

⁶⁴ Žr. šios disertacijos dalį „1.3. ĮSISTEIGIMO LAISVĖ: APSAUGOS NUO NEPAGRĮSTŲ ĮSISTEIGIMO LAISVĖS APRIBOJIMŲ GARANTIJA“.

reglamentuojančių tos valstybės piliečių įdarbinimą, nuostatas. Tuo tarpu SESV 49 straipsnis nustato teisę imtis savarankiškai dirbančių asmenų veiklos bei ją verstis.

Tačiau, kaip teigia C. Barnard, nediskriminavimo principas laisvo darbuotojų ir savarankiškai dirbančių asmenų judėjimo srityje negali išspręsti visų su tokių asmenų judėjimu susijusių problemų ir netgi pats savaime gali tapti tokio judėjimo „kliūtimi“. Pavyzdžiui, net jeigu įgyti advokato profesinę kvalifikaciją valstybėje A asmeniui užtrunka šešerius metus, tačiau nediskriminavimo principas, pagal kurį valstybės B valdžios institucijos turi suteikti šiam asmeniui teisę verstis profesine veikla valstybėje B tokiais pačiomis sąlygomis kaip tos valstybės piliečiams, galimai reikštų, kad minėtas asmuo turėtų iš naujo pradėti studijas valstybėje B, ir tokiu būdu advokato profesinės kvalifikacijos įgijimas šiam asmeniui šioje valstybėje užtruktų dar kelerius metus (Barnard, 2016, p. 279). Todėl 1991 m. gegužės 7 d. sprendime *Vlassopoulou* (*Vlassopoulou*, 1991, toliau – sprendimas *Vlassopoulou*) ESTT iš esmės konstatavo, kad, kiek tai susiję su teise užsiimti profesine veikla, to, kas yra pakankama vienoje valstybėje narėje, turėtų pakakti ir kitoje⁶⁵. Jeigu užsiimti atitinkama profesija valstybėje narėje reikalingas diplomas arba profesinės kvalifikacijos įrodymas, ši valstybė narė turi pareigą patikrinti, ar kilmės valstybėje įgytos specialios žinios ir įgūdžiai atitinka tai, ko yra reikalaujama priimančiojoje valstybėje. Jeigu atliekant šį vertinimą nustatoma, kad žinios ir kvalifikacija, kurią patvirtina kitos valstybės narės diplomas, atitinka priimančios valstybės nacionalinės teisės reikalavimus, ši valstybė turi pareigą tą diplomą pripažinti. Tačiau jeigu nustatoma esminių skirtumų, priimančioji valstybė narė privalo sudaryti sąlygas tuos skirtumus kompensuoti. 2003 m. lapkričio 13 d. sprendime *Morgenbesser* (*Morgenbesser*, 2003, toliau – sprendimas *Morgenbesser*) ESTT pritaikė sprendimo *Vlassopoulou* logiką nebaigtos profesinės praktikos pripažinimui⁶⁶, kas iš esmės leidžia teigti, kad profesinė kvalifikacija pagal

⁶⁵ Sprendime *Vlassopoulou* ESTT akivaizdžiai įkvėpimo sėmėsi iš laisvo prekių judėjimo srityje priimto 1979 m. vasario 20 d. sprendimo *Rewe-Zentral AG* (*Cassis de Dijon*) (*Rewe-Zentral AG*, 1979).

⁶⁶ Dėl ESTT sprendimo šioje byloje buvo priimta Europos Parlamento ir Tarybos 2013 m. lapkričio 20 d. direktyva 2013/55/ES, kuria iš dalies keičiama Direktyva 2005/36/EB dėl profesinių kvalifikacijų pripažinimo ir Reglamentas (ES) Nr. 1024/2012 dėl administracinio bendradarbiavimo per Vidaus rinkos informacijos sistemą (IMI reglamentas) (Europos Parlamento ir Tarybos 2013 m. lapkričio 20 d. direktyva 2013/55/ES, toliau – Direktyva 2013/55), pagal kurią Direktyvos 2005/36 1 straipsnis buvo papildytas antra pastraipa ir direktyva papildyta nauju 55a straipsniu dėl profesinės praktikos pripažinimo.

SESV turi būti suprantama plačiau nei vien kaip pabaigtas atitinkamas rengimas⁶⁷.

Kad asmenims būtų lengviau imtis veiklos ir verstis ja kaip savarankiškai dirbantiems asmenims, SESV 53 straipsnyje yra įtvirtinti Europos Parlamento ir Tarybos įgaliojimai leisti direktyvas dėl diplomų, pažymėjimų ir kitų oficialias kvalifikacijas įrodančių dokumentų abipusio pripažinimo ir dėl valstybių narių įstatymų bei kitų teisės aktų nuostatų dėl savarankiškai dirbančių asmenų veiklos pradėjimo ir vertimosi ja koordinavimo.

Pagal analogišką anksčiau galiojusią Sutarties nuostatą 1964 m. ir vėliau – daugiausia 1975-1985 m. – ES buvo priimtos taip vadinamos „sektorinės“ profesinių kvalifikacijų pripažinimo direktyvos, kurios suderino būtiniausius tam tikrų konkrečių profesijų (slaugytojų, gydytojų odontologų, veterinarijos gydytojų, akušerių, architektų, vaistininkų) rengimo reikalavimus ir nustatė šių kvalifikacijų pripažinimo tvarką.

Tuo tarpu sprendimas *Vlassopoulou* buvo priimtas netrukus po to, kai buvo priimta pirmoji taip vadinama bendrosios profesinių kvalifikacijų pripažinimo sistemos direktyva, t. y. Tarybos 1988 m. gruodžio 21 d. direktyva 89/48/EEB dėl bendrosios aukštojo mokslo diplomų, išduotų po bent trejų metų profesinio mokymo ir lavinimo, pripažinimo sistemos (Tarybos 1988 m. gruodžio 21 d. direktyva 89/48/EEB), kuri pagrindinėje byloje buvo netaikoma *ratione temporis*. Skirtingai nei „sektorinės“ profesinių kvalifikacijų pripažinimo direktyvos, bendrosios profesinių kvalifikacijų pripažinimo sistemos direktyvos yra taikomos ne kurioms konkrečioms profesijoms, tačiau profesinių kvalifikacijų pripažinimui kitais atvejais, t. y. kai atitinkamų kvalifikacijų būtiniausi rengimo reikalavimai nėra suderinti. Tokių profesinių kvalifikacijų pripažinimui iš esmės taikomi panašūs principai, kaip nustatyti sprendime *Vlassopoulou*.

Vis dėlto svarbu pabrėžti, kad, nepaisant bendrosios profesinių kvalifikacijų pripažinimo sistemos direktyvų priėmimo, sprendimai *Vlassopoulou* ir *Morgenbesser*, kurie yra pagrįsti SESV nuostatomis dėl laisvo judėjimo, yra aktualūs iki šiol. Juose įtvirtinti principai yra taikomi visoms profesinėms kvalifikacijoms, kai dėl vieno ar kito priežasčių tam

⁶⁷ Papildomai paminėtina, kad šį principą ESTT patvirtino 2021 m. liepos 8 d. sprendime *BB (BB, 2021)*, kuris buvo priimtas pagal LVAT prašymą priimti prejudicinį sprendimą.

tikroje situacijoje atitinkamos kvalifikacijos pripažinimui nėra taikomi ES antrinės teisės aktai⁶⁸.

Šiuo metu profesinių kvalifikacijų pripažinimas yra reglamentuojamas Direktyvoje 2005/36, kuri panaikino ir pakeitė pirmiau minėtas „sektorines“ ir bendrosios profesinių kvalifikacijų pripažinimo sistemos direktyvas ir kuri yra taikoma ir reglamentuojamoms profesijoms sveikatos apsaugos srityje. Šios direktyvos teisinis pagrindas yra ne tik minėtas SESV 53 straipsnis, bet taip pat ir SESV 46 ir 62 straipsniai⁶⁹, t. y. ji yra taikoma tiek darbuotojų judėjimo, tiek įsisteigimo ar paslaugų teikimo laisvės srityse. O būtent, pagal Direktyvos 2005/36 2 straipsnio 1 dalį ji yra taikoma visiems ES valstybės narės piliečiams, pageidaujantiems savarankiškai arba pagal darbo sutartį užsiimti reglamentuojama profesija kitoje valstybėje narėje nei ta, kurioje jie įgijo savo profesinę kvalifikaciją. Ji apima tiek tuos atvejus, kai pilietis pageidauja įsisteigti kitoje valstybėje narėje nei ta, kurioje įgijo savo profesinę kvalifikaciją⁷⁰, tiek tuos atvejus, kai toje kitoje valstybėje narėje jis siekia teikti paslaugas.

Direktyva 2005/36 nustato taisykles, pagal kurias valstybės narės pripažįsta kitose valstybėse narėse įgytą profesinę kvalifikaciją ir leidžia ta profesija užsiimti. Pagal šias taisykles specialistai gali laikinai dirbti kitoje ES valstybėje narėje prieš tai pateikę deklaraciją arba gali vykdyti nuolatinę veiklą kitoje ES valstybėje narėje kaip darbuotojai arba kaip savarankiškai dirbantys asmenys.

Profesinės kvalifikacijos yra pripažįstamos pagal tris sistemas:

1) automatiniis profesinių kvalifikacijų pripažinimas taikomas toms profesijoms, kurių būtiniausi rengimo reikalavimai yra suderinti ES mastu (bendrosios praktikos slaugytojams, akušeriams, gydytojams (gydytojams, baigusiems pagrindinį rengimą, ir gydytojams specialistams), gydytojams odontologams, specializuotiems gydytojams odontologams, vaistininkams, architektams ir veterinarijos gydytojams);

⁶⁸ Žr. plačiau Zaglmayer, 2016, p. 7-9. Papildomai žr. 2021 m. liepos 8 d. sprendimą *BB* (*BB*, 2021) pagal LVAT prašymą priimti prejudicinį sprendimą, ELPA Teismo 2021 m. kovo 25 d. sprendimus *Lindberg* (*Lindberg*, E-3/20) ir *Haugland* (*Haugland*, E-4/20).

⁶⁹ O tiksliau, Direktyva 2005/36 priimta remiantis Europos bendrijos steigimo sutarties (**EBSS**) 40, 47 ir 55 straipsniais (šiuo metu SESV 46, 53 ir 62 straipsniai).

⁷⁰ Įsisteigimas šios direktyvos prasme reiškia nuolatinės veiklos vykdymą tiek kaip darbuotojui, tiek kaip savarankiškai dirbančiam asmeniui.

2) bendroji profesinių kvalifikacijų pripažinimo sistema taikoma daugumai kitų reglamentuojamų profesijų (pavyzdžiui, mokytojams, vertėjams, nekilnojamojo turto agentams);

3) pripažinimas remiantis profesine patirtimi taikomas profesinei veiklai, išvardytai Direktyvos 2005/36 IV priede, pavyzdžiui, staliaus ar kosmetologo. Šiame priede sveikatos apsaugos srities profesijų nėra, todėl toliau šis profesinių kvalifikacijų pripažinimo būdas nebus nagrinėjamas.

Tam, kad būtų galima taikyti nuostatas dėl automatinio profesinių kvalifikacijų pripažinimo, Direktyva 2005/36 iš esmės yra ir teisės suderinimo priemonė⁷¹, nustatanti būtiniausius atitinkamų profesijų rengimo reikalavimus ir šia prasme perkelianti į ES lygmenį iki tol valstybėse narėse egzistavusius nacionalinius asmens ūkinės veiklos laisvės ir iniciatyvos bei teisės pasirinkti darbą bei verslą apribojimus ir apribojanti valstybių narių kompetenciją nustatyti žemesnius reikalavimus. Ypač tai yra aktualu sveikatos apsaugos srityje, nes, kaip matėme, išskyrus architektus ir veterinarijos gydytojus, visos profesijos, kurioms yra taikomos nuostatos dėl automatinio profesinių kvalifikacijų pripažinimo, yra medicinos profesijos. Nors šioje disertacijoje teisės aktų derinimo priemonės iš esmės nėra nagrinėjamos, tačiau analizuojant laisvo darbuotojų ir savarankiškai dirbančių asmenų judėjimo poveikį sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui yra neįmanoma išvengti automatinio profesinių kvalifikacijų pripažinimo pagal Direktyvą 2005/36 nagrinėjimo, nes praktikoje tai yra vienas iš pagrindinių būdų pripažinti profesines kvalifikacijas šioje srityje.

Direktyva 2005/36 valstybių narių teisės aktus iš esmės derina trimis būdais: pirma, ji nustato būtiniausius rengimo reikalavimus, susijusius su rengimo lygiu (pavyzdžiui, kad atitinkamas specialistas turi būti rengiamas universitete), priėmimu į studijas, studijų trukme, žiniomis, įgūdžiais ir kompetencija, kurie turi būti įgyti per minėtas studijas, ar veikla, kuri turi būti vykdoma rengimo metu, taip pat išvardija dokumentus, kurie valstybėse narėse išduodami pabaigus atitinkamą rengimą. Antra, tam tikrais atvejais ji nustato sąlygas, kuriomis specialistų rengimas turi būti vykdomas. Pavyzdžiui, direktyvos 25 straipsnio 3 dalyje nustatyta, kad už rengiamų gydytojų specialistų darbą turi būti atitinkamai atlyginama. Trečia, Direktyva 2005/36 nustato minimalų sąrašą veiklų, kuriomis atitinkamai parengtiems specialistams turėtų būti leidžiama užsiimti. Pavyzdžiui, direktyvos

⁷¹ Nors pačioje Direktyvoje 2005/36 yra vartojamas iš esmės klaidinantis – „koordinavimo“ – terminas: žr. Direktyvos 2005/36 preambulės 29 konstatuojamąją dalį, V priedo pavadinimą.

45 straipsnio 2 dalyje nustatyta, kad vaistininkams turėtų būti leidžiama užsiimti bent šia veikla: a) vaistinių preparatų formos ruošimu; b) vaistinių preparatų gamyba ir tyrimais; c) vaistinių preparatų tyrimais vaistinių preparatų tyrimo laboratorijoje; d) vaistinių preparatų sandėliavimu, saugojimu ir platinimu didmena; e) vaistinių preparatų ruošimu, tyrimais, sandėliavimu ir tiekimu į visuomenei skirtas vaistines; f) vaistinių preparatų ruošimu, tyrimais, sandėliavimu ir platinimu ligoninėse; g) informacijos ir patarimų apie gydymo produktus teikimu.

Su pastaruoju teisės aktų derinimo aspektu, be kita ko, susijusi diskusija dėl valstybių narių kompetencijos ribų kuriant naujas profesijas, panašias į tas, kurių būtinausi rengimo reikalavimai yra suderinti ES mastu. O būtent, kyla klausimas, ar turėtų būti laikoma Direktyvos 2005/36 pažeidimu situacija, kai valstybė narė reglamentuoja profesiją, kurios rengimas neatitinka direktyvoje suderintų reikalavimų, tačiau kurią turintys asmenys gali užsiimti ta pačia arba beveik ta pačia veikla, kuri pagal Direktyvą 2005/36 yra numatyta profesinėms kvalifikacijoms, kurių būtinausi rengimo reikalavimai yra suderinti ES mastu (pavyzdžiui, slaugytojų padėjėjai ir slaugytojai, vaistininko padėjėjai (farmakotechnikai) ir vaistininkai ir pan.).

Panašūs klausimai dėl valstybių narių kompetencijos ribų kyla ir tais atvejais, kai valstybės narės suteikia daugiau funkcijų ir kompetencijų ES mastu reglamentuojamų profesijų specialistams, kas lemia, kad jų vykdoma veikla supanašėja su kitų Direktyvoje 2005/36 reglamentuojamų profesijų vykdoma veikla (pavyzdžiui, bendrosios praktikos slaugytojai ir medicinos gydytojai) ir pan.

Šiuo metu dar nėra ESTT praktikos, kur būtų vertinami minėti klausimai ir pateikiamas atsakymas, kiek Direktyva 2005/36 apriboja valstybių narių kompetenciją reglamentuoti profesijas, panašias į tas, kurių būtinausi rengimo reikalavimai yra suderinti ES mastu. Tačiau, kaip bus parodyta toliau⁷², aptariamas teisės aktų derinimo aspektas sąlygojo reguliavimo pasikeitimus Lietuvoje, susijusius su vaistininko padėjėjo (farmakotechniko) profesija.

Direktyva 2005/36 yra iš esmės taikoma tik ES valstybių narių piliečiams, įgijusiems profesinę kvalifikaciją vienoje iš ES valstybių narių (2 straipsnio 1 dalis). Tačiau kiti ES teisės aktai ar tarptautiniai susitarimai Direktyvos

⁷² Žr. šios disertacijos dalį „1.2.4. Profesijų sveikatos apsaugos srityje būtinausių rengimo reikalavimų suderinimo sąlygoti pokyčiai organizuojant ir reguliuojant Lietuvos sveikatos apsaugos sistemą“.

2005/36 taikymo sritį yra išplėtę EEE ELPA valstybėms ir jų piliečiams⁷³, Šveicarijai ir jos piliečiams⁷⁴, taip pat kai kuriems kitų (trečiųjų) valstybių piliečiams. Tarp teisės aktų, išplečiančių Direktyvos 2005/36 taikymo sritį trečiųjų valstybių piliečių atžvilgiu paminėtini Europos Parlamento ir Tarybos 2004 m. balandžio 29 d. direktyvos 2004/38/EB dėl Sąjungos piliečių ir jų šeimos narių teisės laisvai judėti ir gyventi valstybių narių teritorijoje, iš dalies keičiančios Reglamentą (EEB) Nr. 1612/68 ir panaikinančios Direktyvas 64/221/EEB, 68/360/EEB, 72/194/EEB, 73/148/EEB, 75/34/EEB, 75/35/EEB, 90/364/EEB, 90/365/EEB ir 93/96/EEB (Europos Parlamento ir Tarybos 2004 m. balandžio 29 d. direktyva) 24 straipsnio 1 dalis, pagal kurią trečiųjų valstybių piliečiams, kurie yra ES valstybių narių piliečių šeimos nariai, pagal šią direktyvą turintiems teisę gyventi priimančiosios valstybės narės teritorijoje, taikomas vienodas traktavimas kaip ir tos valstybės narės piliečiams, taip pat Tarybos 2009 m. gegužės 25 d. direktyvos 2009/50/EB dėl trečiųjų šalių piliečių atvykimo ir apsigyvenimo sąlygų siekiant dirbti aukštos kvalifikacijos darbą (Tarybos 2009 m. gegužės 25 d. direktyva) 19 konstatuojamoji dalis ir 14 straipsnis, pagal kuriuos ES mėlynosios kortelės turėtojams turi būti garantuojamos vienodos sąlygos su ES piliečiais į profesinių kvalifikacijų pripažinimą ir Europos Parlamento ir Tarybos 2011 m. gruodžio 13 d. direktyvos 2011/98/ES dėl vienos prašymų išduoti vieną leidimą trečiųjų šalių piliečiams gyventi ir dirbti valstybės narės teritorijoje pateikimo procedūros ir dėl valstybėje narėje teisėtai gyvenančių trečiųjų šalių darbuotojų bendrų teisių (Europos Parlamento ir Tarybos 2011 m. gruodžio 13 d. direktyva) 23 konstatuojamoji dalis ir 12 straipsnis, kurie įtvirtina vienodą požiūrį profesinių kvalifikacijų pripažinimo atveju vieno leidimo turėtojams.

⁷³ EEE jungtinio komiteto 2007 m. spalio 26 d. sprendimas Nr. 142/2007, iš dalies keičiantis EEE susitarimo VII priedą (Abipusis profesinių kvalifikacijų pripažinimas) ir 37 protokolą (EEE jungtinio komiteto 2007 m. spalio 26 d. sprendimas). Direktyva 2005/36 yra inkorporuota EEE susitarimo VII priedo 1 punkte.

⁷⁴ ES ir Šveicarijos jungtinio komiteto, įsteigto EB bei jos valstybių narių ir Šveicarijos Konfederacijos susitarimo dėl laisvo asmenų judėjimo 14 straipsniu, 2011 m. rugsėjo 30 d. sprendimas Nr. 2/2011, kuriuo pakeičiamas jo III priedas (Abipusis profesinių kvalifikacijų pripažinimas) (ES ir Šveicarijos jungtinio komiteto..., 2011). Direktyva 2005/36 yra inkorporuota EB bei jos valstybių narių ir Šveicarijos Konfederacijos susitarimo dėl laisvo asmenų judėjimo (Europos bendrijos bei jos valstybių..., 1999) III priedo A skirsnyje. Direktyva 2013/55 dar nėra inkorporuota į šį susitarimą.

Atsižvelgiant į šiuos teisės aktus, Direktyva 2005/36 yra taikoma visų minėtų kategorijų piliečių profesinės kvalifikacijos, įgytos ES ir EEE ELPA valstybėse ir Šveicarijoje, pripažinimui.

Trečiojoje šalyse įgytos profesinės kvalifikacijos įrodymai valstybėse narėse pripažįstami laikantis nacionalinės teisės aktų. Tačiau, remiantis Direktyvos 2005/36 2 straipsnio 2 dalimi, pripažindamos profesines kvalifikacijas, kurias ES piliečiai įgijo trečiojoje valstybėse, valstybės narės turi užtikrinti, kad šios kvalifikacijos atitiktų Direktyvoje 2005/36 nustatytus būtiniausias rengimo reikalavimus.

Be to, valstybės narės yra saistomos šių būtiniausių rengimo reikalavimų netgi taikydamos nacionalinės teisės aktus, kai yra pripažįstama trečiųjų valstybių piliečių profesinė kvalifikacija, įgyta trečiojoje valstybėse. Ši sąlyga kyla iš principo, kad negali būti palankesnių reikalavimų trečiųjų valstybių piliečiams arba, kitaip tariant, nuostatos dėl palankiausio režimo statuso (angl. „*the most-favoured-nation clause*“).

Direktyva 2005/36 taip pat reglamentuoja profesinės kvalifikacijos, įgytos trečiojoje valstybėse, pripažinimą antrojoje ES valstybėje narėje. Pagal jos 3 straipsnio 3 dalį trečiosios šalies išduotas formalios kvalifikacijos įrodymas laikomas formalios kvalifikacijos įrodymu, jei jo turėtojas turi trejų metų atitinkamos profesijos patirtį valstybės narės, kuri pripažino tą formalios kvalifikacijos įrodymą pagal 2 straipsnio 2 dalies nuostatas, teritorijoje ir tą patirtį pripažįsta ta valstybė narė⁷⁵. Ši nuostata yra taikoma tiek ES, tiek trečiųjų valstybių piliečiams.

Jeigu ES pilietis, turintis trečiosios šalies išduotą profesinės kvalifikacijos įrodymą, neturi trejų metų atitinkamos profesijos patirties pirmojoje ES valstybėje narėje, reikalaujamos pagal Direktyvos 2005/36 3 straipsnio 3 dalį, tolesniam jo profesinės kvalifikacijos pripažinimui Direktyva 2005/36 nėra taikoma, tačiau taikomos SESV sutarties nuostatos (žr., pavyzdžiui, *Hocsmann*, 2000). Kaip jau minėta, kadangi kalbame apie laisvą darbuotojų ir savarankiškai dirbančių asmenų judėjimą, remiantis sprendimais *Vlassopoulou* ir *Morgenbesser*, SESV nuostatos taikomos ir kitais atvejais, kai profesinių kvalifikacijų pripažinimas nepatenka į Direktyvos 2005/36 taikymo sritį.

⁷⁵ Tikslumo dėlei reikia pažymėti, kad asmenų, patenkančių į Direktyvos 2005/36 3 straipsnio 3 dalies taikymo sritį, kvalifikacijos pripažinimui taikomos ne visos šios direktyvos nuostatos, t. y. jiems, pavyzdžiui, netaikoma automatinė profesinių kvalifikacijų pripažinimo sistema.

Taip pat paminėtina, kad Direktyva 2013/55 papildomai Direktyvoje 2005/36 nustatė taisykles suteikiančias galimybę profesine veikla užsiimti iš dalies (Direktyvos 2005/36 4f straipsnis), taisykles dėl kitoje valstybėje narėje atliktos profesinės praktikos pripažinimo (Direktyvos 2005/36 55a straipsnis), taip pat įvedė Europos profesinę kortelę (Direktyvos 2005/36 4a-4e straipsniai).

Šiuo metu Europos profesinės kortelės reikalavimus atitinkančiomis profesijomis yra pripažintos penkios profesijos: bendrosios praktikos slaugytojai, vaistinininkai (pagrindinio rengimo), kineziterapeutai, kalnų gidai ir nekilnojamojo turto agentai (Komisijos 2015 m. birželio 24 d. įgyvendinimo reglamentas (ES) 2015/983).

Direktyvos 2005/36 reikšmės laisvam asmenų judėjimui negalima pervertinti. Daugybė profesijų valstybėse narėse yra reglamentuojamos, kas iš esmės reiškia, kad nesant profesinių kvalifikacijų pripažinimo sistemos laisvas darbuotojų ar savarankiškai dirbančių asmenų judėjimas siekiant užsiimti tomis profesijomis būtų sunkiai įmanomas. Ji palengvina asmenų judėjimo laisvę suteikdama materialias ir procesines teises privatiems asmenims bei ribodama valstybių narių kompetenciją ir diskreciją šioje srityje. Vis dėlto, nepaisant direktyvoje įtvirtintos sistemos, nepakankamas profesinių kvalifikacijų pripažinimas tebėra viena iš svarbiausių darbo jėgos judėjimo ES kliūčių (European Commission, 2017c).

Atsižvelgiant į apibrėžtą darbuotojų ir savarankiškai dirbančių asmenų judėjimo laisvės turinį, siekiant įvertinti jos poveikį Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui toliau bus nagrinėjama, kokiais teisės aktais Direktyva 2005/36 buvo perkelta į nacionalinę teisę, kokios profesinės kvalifikacijos sveikatos apsaugos srityje yra reglamentuojamos Lietuvoje bei ar buvo atlikta šių profesijų reglamentavimo proporcingumo patikra, taip pat vertinami pokyčiai, kuriuos organizuojant ir reguliuojant Lietuvos sveikatos apsaugos sistemą lėmė būtiniausių atitinkamų profesijų rengimo reikalavimų derinimas. Galiausiai, bus pateikta nagrinėjamos judėjimo laisvės poveikio Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui analizė ir jos apibendrinimas.

1.2.1. Direktyvos 2005/36 perkėlimas į nacionalinę teisę

Direktyva 2005/36 į Lietuvos teisę buvo perkelta LR reglamentuojamų profesinių kvalifikacijų pripažinimo įstatyme (Lietuvos Respublikos reglamentuojamų profesinių kvalifikacijų pripažinimo... įstatymas, 2008, toliau – Profesinių kvalifikacijų pripažinimo įstatymas), taip pat kai kuriuose specialiuose įstatymuose (pavyzdžiui, Farmacijos įstatyme) ir daugybėje poįstatyminių aktų, kurie daugiausia yra susiję su konkrečių reglamentuojamų profesijų pripažinimu⁷⁶.

Profesinių kvalifikacijų pripažinimo įstatymas pirmiausia nustato teisinį pagrindą pripažinti kitų EEE valstybių ir Šveicarijos piliečių profesinę kvalifikaciją, įgytą kitose EEE valstybėse ir Šveicarijoje, taip pat taisykles dėl teisės iš dalies užsiimti reglamentuojama profesija, dėl kitoje valstybėje narėje arba trečiojoje valstybėje atliktos profesinės praktikos pripažinimo, suteikia garantijas asmenims, įgijusiems profesinę kvalifikaciją kitoje valstybėje narėje, dirbti pagal tą pačią reglamentuojamą profesiją arba verstis laisvąja profesija Lietuvoje tokiomis pačiomis teisėmis kaip ir Lietuvos piliečiams.

Kiek tai susiję su trečiosiose valstybėse ar trečiųjų valstybių piliečių įgyta profesine kvalifikacija, Profesinių kvalifikacijų pripažinimo įstatymo 1 straipsnio 3 dalyje yra nustatyta, kad šis įstatymas nesudaro kliūčių kitų teisės aktų nustatyta tvarka pripažinti už EEE valstybių ar Šveicarijos ribų įgytą profesinę kvalifikaciją, taip pat trečiųjų valstybių piliečių EEE valstybėse ar Šveicarijoje įgytą profesinę kvalifikaciją. Tačiau pripažįstant tokią profesinę kvalifikaciją visais atvejais turi būti laikomasi būtinausių atitinkamų profesijų rengimo reikalavimų.

Įstatymo III dalies III skyriaus antrajame-aštuntajame skirsniuose nustatyti profesijų, kurioms taikomas automatinis profesinių kvalifikacijų pripažinimas, būtinausi rengimo reikalavimai Lietuvoje. Pavyzdžiui, kiek tai susiję su pagrindinio medicinos gydytojų rengimo būtinausiais reikalavimais,

⁷⁶ Pavyzdžiui, sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 4 d. įsakymas Nr. V-388 „Dėl Vaistinininko padėjėjo (farmakotechniko) profesinės kvalifikacijos pripažinimo norint dirbti pagal vaistinininko padėjėjo (farmakotechniko) profesiją ar laikinai ir kartais teikti vaistinininko padėjėjo (farmakotechniko) paslaugas Lietuvos Respublikoje tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 4 d. įsakymas Nr. V-388); sveikatos apsaugos ministro 2004 m. vasario 2 d. įsakymas Nr. V-40 „Dėl Gydytojo odontologo profesinės kvalifikacijos pripažinimo norint dirbti pagal gydytojo odontologo profesiją ar laikinai ir kartais teikti odontologijos paslaugas Lietuvos Respublikoje tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. vasario 2 d. įsakymas Nr. V-40) ir kt.

įstatymo 22 straipsnyje yra nustatyta, kad į pagrindines medicinos gydytojų studijas leidžiama priimti asmenis, tik turinčius diplomą ar pažymėjimą, suteikiančius galimybę studijuoti universitete, kad šį rengimą sudaro ne trumpesnės kaip penkerių metų trukmės studijos ir ne mažiau kaip 5 500 valandų teorinio ir praktinio rengimo, kurį vykdo arba prižiūri universitetas. Taip pat šiame straipsnyje yra nustatyta, kokių žinių ir įgūdžių privalo turėti asmuo, baigęs pagrindinį medicinos gydytojų rengimą.

Pagal įstatymo 19 straipsnį kompetentingos institucijos praneša (notifikuoja) EK apie Lietuvoje priimtus įstatymus ir kitus teisės aktus dėl formalios kvalifikacijos įrodymų išdavimo profesijoms, kurioms taikomas automatinis profesinių kvalifikacijų pripažinimas. Į šį pranešimą, kuris yra perduodamas per Vidaus rinkos informacijos sistemą (**IMI**), įtraukiama informacija apie studijų programų trukmę ir turinį.

Pagal įstatymo 59 straipsnį, kuris įgyvendina Direktyvos 2006/36 59 straipsnį, Vyriausybės įgaliota institucija paskiria profesinių kvalifikacijų pripažinimo koordinatorių ir praneša apie tai EK, taip pat kitoms valstybėms narėms. Pagal 59 straipsnio 2 dalies 9 punktą profesinių kvalifikacijų pripažinimo koordinatorius sudaro reglamentuojamų profesijų sąrašą, kurį patvirtina Vyriausybės įgaliota institucija⁷⁷.

Institucijas, atsakingas už Profesinių kvalifikacijų įstatymo įgyvendinimą, nustato Vyriausybės 2008 m. birželio 18 d. nutarimas Nr. 637 „Dėl Lietuvos Respublikos reglamentuojamų profesinių kvalifikacijų pripažinimo įstatymo įgyvendinimo“ (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. birželio 18 d. nutarimas Nr. 637).

Pagal šį nutarimą Akreditavimo tarnyba ir VVKT yra atsakingos už profesinių kvalifikacijų sveikatos srityje pripažinimą ir už Europos profesinės kortelės išdavimą dėl reglamentuojamų bendrosios praktikos slaugytojo, kineziterapeuto ir vaistininko profesijų (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. birželio 18 d. nutarimas Nr. 637, 1.1.4, 1.1.12, 1.2.1 ir 1.2.3 punktai).

Atliekant tyrimą nebuvo nustatyta Profesinių kvalifikacijų pripažinimo įstatymo ar kitų teisės aktų nuostatų, pagal kurias Lietuvoje būtų vykdomas profesinių kvalifikacijų pripažinimas, kai dėl vienu ar kitu priežasčių toks pripažinimas nepatenka į ES antrinės teisės taikymo sritį ir turi būti vykdomas

⁷⁷ Patvirtintas LR ūkio ministro 2014 m. liepos 15 d. įsakymu Nr. 4-486 „Dėl Reglamentuojamų profesijų sąrašo patvirtinimo“ (Lietuvos Respublikos ūkio ministro 2014 m. liepos 15 d. įsakymas Nr. 4-486, toliau – LR ūkio ministro 2014 m. liepos 15 d. įsakymas Nr. 4-486).

remiantis SESV nuostatomis ir sprendimuose *Vlassopoulou* ir *Morgenbesser* įtvirtintais principais⁷⁸.

1.2.2. Lietuvoje sveikatos apsaugos srityje reglamentuojamos profesijos

1.2.2.1. Profesijos, kurias Lietuva notifikavo EK

Nebaigtinis (Generalinės advokatės E. Sharpston išvada, *Brouillard...*, 2015, 50 punktas)⁷⁹ profesijų, kurioms yra taikoma Direktyva 2005/36, sąrašas yra pateiktas Reglamentuojamų profesijų duomenų bazėje. 2020 m. spalio 8 d. duomenimis, EEE valstybės ir Šveicarija į šią duomenų bazę iš viso įtraukė 6652 reglamentuojamas profesijas⁸⁰, Lietuva – 77 profesijas (tai yra mažiausias skaičius tarp visų ES ir ELPA valstybių narių).

Kiek tai susiję su sveikatos apsaugos sritimi, remiantis Reglamentuojamų profesijų duomenų bazėje pateikiamu interaktyviu žemėlapiu, didžiausią dalį

⁷⁸ Papildomai pažymėtina, kad ši situacija atsispindi ir 2021 m. liepos 8 d. sprendime *BB* (*BB*, 2021), kuris buvo priimtas pagal LVAT prašymą priimti prejudicinį sprendimą. LVAT nagrinėjamoje pagrindinėje byloje kompetentinga institucija (Sveikatos apsaugos ministerija) atsisakė pripažinti pareiškėjos profesinę kvalifikaciją (teisingai) motyvuodama tuo, kad Direktyva 2005/36 šiuo atveju nėra taikoma, nes pareiškėja neįgijo šioje direktyvoje nustatyto formalaus kvalifikacijos įrodymo. Tačiau ši institucija toliau nenagrinėjo, ar pareiškėjos profesinė kvalifikacija turėtų būti pripažįstama remiantis SESV nuostatomis. Toks klausimas iškilo tik nagrinėjant bylą LVAT dėl Sveikatos apsaugos ministerijos sprendimo atsisakyti pripažinti profesinę kvalifikaciją. Vienas iš LVAT pateiktų prejudicinių klausimų būtent buvo susijęs valstybės narės pareiga vertinti pareiškėjos įgytą profesinę kvalifikaciją pagal SESV nuostatas tuo atveju, jeigu Direktyva 2005/36 konkrečiu atveju negali būti taikoma. Minėtame 2021 m. liepos 8 d. sprendime ESTT patvirtino tokią valstybės narės pareigą, kylančią iš SESV 45 ir 49 straipsnių.

⁷⁹ Žr. taip pat EK pastabą Reglamentuojamų profesijų duomenų bazėje (European Commission. Regulated professions database, toliau – Reglamentuojamų profesijų duomenų bazė), kur nurodyta, kad informaciją šiai duomenų bazei pateikia valstybės ir kad būtent jos, o ne EK, yra atsakingos už pateiktų duomenų tikslumą.

⁸⁰ EK teigimu, ES reglamentuojama apie 600 skirtingų „bendrųjų“ (angl. „generic“) profesijų (European Commission, 2017a, p. 9). „Bendrieji“ profesijų pavadinimai yra antraštės, pagal kurias sugrupuojamos valstybėse narėse reglamentuojamos profesijos. „Bendrosiomis“ profesijomis siekiama pateikti informaciją apie bendrą reglamentuojamų profesijų veiklos sritį ir padėti rasti tas reglamentuojamas profesijas, kurios yra nurodytos šalies, kurioje jos reglamentuojamos, kalba. Tačiau valstybės narės gali laisvai pasirinkti, prie kurios bendrosios antraštės įtraukti reglamentuojamas profesijas, ir EK nėra atlikusi jokio vertinimo dėl to, kokias veiklos sritis apima kiekviena bendroji profesija („Bendrųjų“ profesijų pavadinimų sąrašą galima rasti Reglamentuojamų profesijų duomenų bazėje).

visų reglamentuojamų profesijų EEE valstybėse ir Šveicarijoje – 38,6 procento – sudaro profesijos sveikatos ir socialinių paslaugų sektoriuose. Lietuvoje ši dalis yra du kartus didesnė, t. y. 77,9 procento (60 profesijų iš 77).

Remiantis šia duomenų baze, Lietuvoje sveikatos apsaugos srityje reglamentuojamos profesijos⁸¹ – tai daugiausia profesijos, kurių atžvilgiu yra taikomas automatinis profesinių kvalifikacijų pripažinimas: akušeris, bendrosios praktikos slaugytojas, gydytojas odontologas, specializuotas gydytojas odontologas (burnos chirurgija ir ortodontija), įvairūs gydytojai specialistai, kurių profesinės kvalifikacijos išvardytos Direktyvos 2005/36 V priede (abdominalinė chirurgija, akušerija ginekologija, alergologija ir klinikinė imunologija, anesteziologija, reanimatologija, chirurgija, darbo medicina, dermatovenerologija ir kt.), medicinos gydytojas (pagrindinis medicininis rengimas pagal Direktyvos 2005/36 24 straipsnį), vaistininkas.

Sveikatos apsaugos srityje reglamentuojamos profesijos, kurių atžvilgiu yra taikoma bendroji kvalifikacijų pripažinimo sistema, yra šios: burnos higienistas, dantų technikas, biomedicinos technologas, dietistas, ergoterapeutas, vaistininko padėjėjas (farmakotechnikas), išplėstinės praktikos slaugytojo specializacija, gydytojo odontologo padėjėjas, kineziterapeutas, masažuotojas.

Reglamentuojamų profesijų sveikatos apsaugos srityje, kurių atžvilgiu taikomas automatinis pripažinimas, šiame sąrašė yra 46, t. y. per keturis kartus daugiau nei profesijų, kurių profesinės kvalifikacijos yra pripažįstamos pagal bendrąją profesinių kvalifikacijų pripažinimo sistemą (10 profesijų).

1.2.2.2. Kitos Lietuvoje reglamentuojamos profesijos

Tačiau kyla klausimas, ar tikrai Lietuvoje yra tik 77 reglamentuojamos profesijos ir, jeigu atsakymas yra neigiamas, kaip turėtų būti sprendžiamas tas klausimas, kai asmuo Lietuvoje nori užsiimti reglamentuojama profesija, kuri nėra įtraukta į Reglamentuojamų profesijų duomenų bazę.

⁸¹ Tokiomis profesijomis šioje disertacijoje laikomos profesijos, patenkančios į Sveikatos apsaugos ministerijos kompetencijos sritį.

Visų pirma, pažymėtina, kad Lietuvos kontaktinio centro⁸² internetinėje svetainėje verslilietuva.lt pateikta informacija apie Lietuvoje reglamentuojamas profesijas iš esmės sutampa su informacija, esančia LR ūkio ministro 2014 m. liepos 15 d. įsakymu Nr. 4-486 patvirtintame Reglamentuojamų profesijų sąraše⁸³. Reglamentuojamų profesijų duomenų bazėje taip pat yra iš esmės pateikiama ta pati informacija, išskyrus tai, kad joje nėra dviejų profesijų, kurios buvo įtrauktos į Reglamentuojamų profesijų sąrašą 2018 m. (patentinis patikėtinis ir privatus detektyvas). Atliekant tyrimą nepavyko rasti jokio kito sąrašo, kuriame būtų išvardytos Lietuvoje reglamentuojamos profesijos.

Vis dėlto tyrimo metu nustatyta, kad Lietuvoje yra daugiau nei 77 reglamentuojamos profesijos. Tai yra konstatuota ir Lietuvos valdžios institucijų EK pagal Direktyvos 2005/36 59 straipsnį pateiktame nacionaliniame veiksmų plane (Ministry of Economy of the Republic of Lithuania, 2016, p. 4): „*Tyrimo metu nustatyta, kad šiuo metu į Lietuvos Respublikoje reglamentuojamų profesijų sąrašą nėra įtrauktos visos profesijos, kurios yra numatytos Lietuvos valstybės institucijų priimtuose teisės aktuose ir kurios atitinka <Direktyvos 2005/36> reikalavimus*“⁸⁴.

Kiek tai susiję su reglamentuojamomis profesijomis sveikatos apsaugos srityje, pavyzdžiui, iš Medicinos rezidentūros studijų ir odontologijos rezidentūros studijų programų vykdymo reikalavimų ir priežiūros tvarkos aprašo⁸⁵ 1 ir 2 prieduose pateiktų sąrašų Reglamentuojamų profesijų duomenų bazėje nėra tokių gydytojų specialistų profesijų kaip širdies chirurgija, skubioji medicina, teismo medicina, klinikinė farmakologija, dietologija, klinikinė toksikologija, sporto medicina, taip pat tokių gydytojų odontologų

⁸² Remiantis Europos Parlamento ir Tarybos 2006 m. gruodžio 12 d. direktyva 2006/123/EB dėl paslaugų vidaus rinkoje (Europos Parlamento ir Tarybos 2006 m. gruodžio 12 d. direktyva 2006/123/EB, toliau – Direktyva 2006/123) bei Direktyva 2005/36 kiekvienoje EEE valstybėje narėje ir Šveicarijoje yra įkurti kontaktiniai centrai, kurie teikia prieigą prie oficialios informacijos apie taikytinas nacionalines taisykles, taip pat per kuriuos asmenims suteikiama galimybė atlikti tam tikras procedūras ir formalumus, kaip antai pateikti prašymus išduoti paslaugų veiklai vykdyti būtinus leidimus.

⁸³ Išskyrus tai, kad, skirtingai nei Reglamentuojamų profesijų sąraše, Lietuvos kontaktinio centro internetinėje svetainėje pateikiamas ir reglamentuojamų medicinos gydytojų specializacijų sąrašas [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.] (verslilietuva.lt...).

⁸⁴ Disertacijos autorės vertimas į lietuvių k.

⁸⁵ Patvirtintas Vyriausybės 2019 m. vasario 13 d. nutarimu Nr. 144 (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2019 m. vasario 13 d. nutarimas Nr. 144, toliau – Vyriausybės 2019 m. vasario 13 d. nutarimas Nr. 144).

specialistų profesijų kaip endodontologija, ortopedinė odontologija, periodontologija, vaikų odontologija.

Be to, nagrinėjant Akreditavimo tarnybos internetinėje svetainėje skelbiamą medicinos normų sąrašą, galima matyti, kad Lietuvoje esama ir kitų specializuotų medicinos gydytojų profesijų ar kitų sveikatos priežiūros profesijų, kurios nėra įtrauktos į Reglamentuojamų profesijų duomenų bazę. Iš tokių galima paminėti, pavyzdžiui, gydytojo vaikų pulmonologo⁸⁶, psichikos sveikatos slaugytojo⁸⁷ ar optometrino⁸⁸ profesijas.

Taip pat reglamentuojama profesija turėtų būti laikoma visuomenės sveikatos priežiūros specialistai, kurių veiklai LR visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo (Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas, 2002, toliau – Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas) 43 straipsnio 3 dalyje yra nustatyti (specialaus) išsilavinimo reikalavimai⁸⁹.

Kalbant toliau apie tai, kaip turėtų būti sprendžiamas klausimas, kai asmuo Lietuvoje nori užsiimti reglamentuojama profesija, kuri nėra įtraukta į Reglamentuojamų profesijų duomenų bazę ar į LR ekonomikos ir inovacijų ministro tvirtinamą Reglamentuojamų profesijų sąrašą, pažymėtina, kad, pavyzdžiui, minėtose Lietuvos medicinos normose MN 62:2017 (Gydytojas vaikų pulmonologas), MN 22:2014 (Psichikos sveikatos slaugytojas) ir MN

⁸⁶ Reglamentuojama sveikatos apsaugos ministro 2017 m. rugsėjo 27 d. įsakymu Nr. V-1129 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 62:2017 „Gydytojas vaikų pulmonologas“ patvirtinimo“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. rugsėjo 27 d. įsakymas Nr. V-1129) patvirtintoje Lietuvos medicinos normoje MN 62:2017.

⁸⁷ Reglamentuojama sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 17 d. įsakymu Nr. V-714 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 22:2014 „Psichikos sveikatos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 17 d. įsakymas Nr. V-714) patvirtintoje Lietuvos medicinos normoje MN 22:2014.

⁸⁸ Reglamentuojama sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 17 d. įsakymu Nr. V-813 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 166:2018 „Optometrininkas“ patvirtinimo“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 17 d. įsakymas Nr. V-813) patvirtintoje Lietuvos medicinos normoje MN 166:2018.

⁸⁹ Papildomos profesijos reglamentuojamos 2020 m. sausio 14 d. priimta LR papildomosios ir alternatyviosios sveikatos priežiūros įstatyme (Lietuvos Respublikos papildomosios... sveikatos priežiūros įstatymas, 2020, toliau – Papildomosios ir alternatyviosios sveikatos priežiūros įstatymas), kuris įsigaliojo 2021 m. liepos 1 d. ir 2020 m. birželio 30 d. priimta LR asmens sveikatos priežiūros praktikos įstatyme (Lietuvos Respublikos asmens sveikatos priežiūros... įstatymas, 2020, toliau – Asmens sveikatos priežiūros praktikos įstatymas), kuris įsigaliojo 2021 m. sausio 1 d.

166:2018 (Optometrininkas) pasakyta tik tiek, kad užsienyje įgyta, atitinkamai, gydytojo vaikų pulmonologo, psichikos sveikatos slaugytojo ar optometrininko profesinė kvalifikacija „*pripažįstama Lietuvos Respublikos teisės aktu nustatyta tvarka*“ ar – optometrininkų atveju – „*Lietuvos Respublikos reglamentuojamų profesinių kvalifikacijų pripažinimo įstatymo ir kitų profesinių kvalifikacijų pripažinimą reglamentuojančių teisės aktu nustatyta tvarka*“.

Visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme apskritai nėra užsimenama apie užsienyje įgytos visuomenės sveikatos priežiūros specialisto profesinės kvalifikacijos pripažinimą.

Profesijos nenotifikavimas EK neatleidžia Lietuvos kompetentingų institucijų nuo Direktyvos 2005/36 taikymo. Todėl kai profesijos nėra notifikuotos EK, profesinės kvalifikacijos turėtų būti pripažįstamos taikant Profesinių kvalifikacijų pripažinimo įstatymą⁹⁰, tuo labiau, kad pats įstatymas to nedraudžia. Pagal įstatymo 2 straipsnio 2 dalį jis yra taikomas visiems valstybių narių piliečiams, siekiantiems dirbti pagal reglamentuojamą profesiją Lietuvoje, nepriklausomai nuo to, ar atitinkama profesija buvo notifikuota EK.

Tačiau tokia situacija, kai profesijos nėra notifikuotos, yra vertintina ne tik kaip Direktyvos 2005/36 59 straipsnio pažeidimas, tačiau ir kaip neužtikrinanti teisinio tikrumo ar netgi kaip klaidinanti asmenų, kurie siekia užsiimti reglamentuojama profesija Lietuvoje, požiūriu.

Taip pat šiame kontekste galima paminėti alternatyvų Direktyvos 2005/36 sistemai būdą, kurį Lietuvos teisės aktų leidėjas pasirinko kai kurioms profesinėms kvalifikacijoms – tiesa, kitose srityse nei sveikatos apsauga – pripažinti. Pagal LR geodezijos ir kartografijos įstatymo (Lietuvos Respublikos geodezijos... įstatymas, 2001, toliau – Geodezijos ir kartografijos įstatymas) 12 straipsnio 3 dalį fiziniam asmeniui, pageidaujantiems gauti geodezininko kvalifikacijos pažymėjimą, taikomi šie kvalifikaciniai reikalavimai: aukštasis išsilavinimas, kai studijų programose yra geodezijos srities dalykų, kurių kreditų skaičių nustato Vyriausybė, ne mažesnė kaip 2 metų darbo geodezinių ir kartografinių duomenų rengimo srityje patirtis.

Tačiau Geodezijos ir kartografijos įstatymo 12 straipsnio 2 dalyje nustatyta, kad tuo atveju, jeigu kitos ES valstybės narės pilietis ar kitas asmuo

⁹⁰ Visų pirmiau išvardytų medicinos gydytojų specialistų, gydytojų odontologų specialistų ar slaugytojų specialistų profesijų, kurios nėra notifikuotos Reglamentuojamų profesijų duomenų bazėje, profesinių kvalifikacijų pripažinimas turėtų vykti pagal bendrąją profesinių kvalifikacijų pripažinimo sistemą.

turi kitos valstybės narės kompetentingos institucijos išduotą kvalifikacijos pažymėjimą arba kitą dokumentą, įrodantį, kad jis turi teisę atlikti geodezijos ir kartografijos darbus vadovaujantis tos valstybės narės teisės aktais, reikalavimas tokį kvalifikacijos pažymėjimą gauti iš naujo netaikomas.

Panašiai pagal LR žemės reformos įstatymo (Lietuvos Respublikos žemės reformos įstatymas, 1991, toliau – Žemės reformos įstatymas) 16 straipsnio 5 dalį kvalifikacijos pažymėjimai žemės reformos žemėtvarkos projektams rengti yra išduodami asmenims, turintiems aukštąjį išsilavinimą, ne mažesnę kaip trejų metų darbo patirtį žemės reformos žemėtvarkos projektų rengimo srityje, kvalifikacijos tobulinimo kursuose išklausiems ne mažiau kaip 20 valandų paskaitų žemės reformos žemėtvarkos projektų rengimo tema, išlaikiusiems profesinių žinių, susijusių su žemės reformos žemėtvarkos projektų rengimu, patikrinimo testą, kuris yra organizuojamas Vyriausybės nustatyta tvarka.

Tuo tarpu Žemės reformos įstatymo 16 straipsnio 3 dalyje nustatyta, kad tokius projektus gali rengti kitų EEE valstybių piliečiai ir kiti asmenys turėdami šios kitos valstybės išduotą kvalifikacijos pažymėjimą ar kitą dokumentą, kuriuo suteikiama teisė rengti žemės reformos žemėtvarkos projektus.

Taigi minėti įstatymai įtvirtina kvalifikacinius reikalavimus geodezininkams ir asmenims, rengiantiems žemės reformos žemėtvarkos projektus, – aukštąjį (specialųjį) išsilavinimą, profesinę patirtį ir pan. Tačiau juose taip pat nustatyta, kad jeigu kitos ES valstybės narės pilietis ketintų tokia veikla užsiimti Lietuvoje, kitoje valstybėje jo įgyta kvalifikacija būtų pripažįstama netikrinant, ar ši kvalifikacija atitinka tą, kurios yra reikalaujama norint įgyti kvalifikacijos pažymėjimą Lietuvoje.

Šios disertacijos autorei neteko aptikti tokių reglamentuojamų profesijų sveikatos apsaugos srityje, kuriomis būtų leidžiama užsiimti ES piliečiams netaikant reikalavimų, nustatytų Lietuvos piliečiams. Tokia situacija vertintina teigiamai. Šiuo atžvilgiu svarbu pabrėžti, kad Direktyvos 2005/36 taikymas profesinių kvalifikacijų pripažinimui turi būti pagrįstas objektyviais veiksniais, t. y. tuo, ar norint verstis atitinkama profesija pagal įstatymų ir kitų teisės aktų nuostatas tiesiogiai arba netiesiogiai reikalaujama turėti specifinę profesinę kvalifikaciją (žr., pavyzdžiui, *Malta Dental Technologists Association*, 2017, 34 punktą ir jame nurodyta teismo praktika), o ne subjektyviu teisės aktų leidėjo pasirinkimu, ar reglamentuojamoms profesijoms taikyti šioje direktyvoje nustatytą sistemą.

Be to, toks profesinių kvalifikacijų pripažinimas, kai ES piliečiams netaikomi reikalavimai, nustatyti Lietuvos piliečiams, neišlaiko ir analizės,

remiantis Direktyva 2018/958⁹¹. Proporcingumo patikros pareiga prieš nustatant nuostatas, kuriomis ribojama galimybė užsiimti ar verstis reglamentuojamomis profesijomis, neapsiriboja tomis profesijoms, kurias valstybė narė notifikavo EK ir kurios yra įtrauktos į Reglamentuojamų profesijų duomenų bazę. Todėl kyla pagrįstas klausimas: jeigu nereikalaujama tokio pat ar panašaus lygio kvalifikacijos iš kitų ES valstybių narių piliečių, ar nustatyti reikalavimai gali būti laikomi pagrįstais svarbiomis bendrojo intereso priežastimis ir atitinkančiais proporcingumo principą?

Be abejo, šiuo klausimu būtų galima pateikti kontrargumentą, kad pirmiau aptarti reikalavimai neriboja asmenų iš kitų valstybių narių judėjimo laisvių ir gali būti vertinami tik kaip atvirkštinės diskriminacijos pavyzdys, o ji pagal ES teisę nėra draudžiama. Tačiau pažymėtina, kad 2018 m. sausio 30 d. sprendime *X BV* (*X BV*, 2018, 98-110 punktai; žr. taip pat *Kirschstein*, 2019, 24 punktas) ESTT pripažino, kad bent jau kiek tai susiję su paslaugų teikėjų įsisteigimo laisve, Direktyvos 2006/123 nuostatos yra taikomos ir situacijai, kurios visos reikšmingos aplinkybės yra susijusios tik su viena valstybe narė. Direktyvos 2018/958 taikymą vidaus situacijose patvirtina ir tai, kad ji yra taikoma tais atvejais, kai nustatomi aukštesni nei minimalūs (būtiniausi) ES mastu suderinti reikalavimai. Kadangi pagal automatinio profesinių kvalifikacijų pripažinimo sistemą yra privaloma pripažinti kitose EEE valstybėse ir Šveicarijoje įgytą minimalius reikalavimus atitinkančią profesinę kvalifikaciją, tokie aukštesni nei būtiniausi reikalavimai praktiškai gali būti taikomi tik vidaus situacijose. Atsižvelgiant į tai, šios disertacijos autorės nuomone, Direktyvos 2018/958 nuostatos turėtų būti aiškinamos kaip taikomos ir vidaus situacijoms, kas reiškia, kad nuostatos, kuriomis ribojama galimybė užsiimti ar verstis reglamentuojamomis profesijomis, turėtų būti vertinamos pagal šioje direktyvoje išdėstytus reikalavimus visais atvejais.

1.2.3. Reikalavimų užsiimti ar verstis reglamentuojamomis profesijomis sveikatos apsaugos srityje proporcingumo patikra

Profesinių kvalifikacijų pripažinimo įstatymo 59 straipsnyje nurodytas profesinių kvalifikacijų pripažinimo koordinatorius kartu su kompetentingomis institucijomis privalo tikrinti, ar reikalavimai, kuriais apribojama teisė pradėti dirbti pagal reglamentuojamą profesiją arba užsiimti

⁹¹ Žr. plačiau apie šią direktyvą šios disertacijos dalį „1.3. ĮSISTEIGIMO LAISVĖ: APSAUGOS NUO NEPAGRĮSTŲ ĮSISTEIGIMO LAISVĖS APRIBOJIMŲ GARANTIJA“.

ta profesinė veikla, įskaitant naudojimąsi profesiniu vardu ir veiklos pagal tokį profesinį vardą vykdymą, nėra diskriminuojantys dėl pilietybės ar gyvenamosios vietos, yra pagrįsti svarbiomis bendrojo intereso priežastimis, yra tinkami siekiant įgyvendinti nustatytą tikslą ir jais nėra reikalaujama daugiau, nei būtina tam tikslui pasiekti. Kitaip tariant, šis straipsnis įpareigoja profesinių kvalifikacijų pripažinimo koordinatorių kartu su kompetentingomis institucijomis atlikti įsisteigimo laisvės ar kitų vidaus rinkos laisvių apribojimų proporcingumo patikrą reglamentuojamų profesijų srityje. Atitinkami duomenys turi būti pateikiami EK.

Remiantis EK paskelbtais duomenimis, Lietuva yra pateikusi EK tokį vertinimą dėl visų 76 tuo metu į Reglamentuojamų profesijų duomenų bazę įtrauktų profesijų (European Commission, 2017a, p. 20), taip pat informaciją dėl naujos profesijos (European Commission. Regulated professions database). Taigi reikalavimų verstis šioms profesijomis proporcingumo patikra buvo atlikta. Tačiau analizuojant Reglamentuojamų profesijų duomenų bazėje Lietuvos valdžios institucijų pateiktą informaciją dėl profesijų sveikatos apsaugos srityje reglamentavimo pagrįstumo ir proporcingumo, galima tikrai pritarti EK, kurios nuomone, apskritai valstybių narių atliktos proporcingumo patikros kokybė buvo nepakankama (European Commission, 2017a, p. 21-24). Išanalizavusi apie 3500 valstybių narių atliktus vertinimus, kurie buvo pateikti atsakymų į iš anksto suformuluotą klausimą forma, EK konstatavo, pavyzdžiui, kad tik 61 % atvejų valstybės narės pateikė tinkamus atsakymus į klausimą, kaip konkrečiai atitinkama valstybės narės nuostata turėtų pašalinti nustatytą riziką. 84 % atvejų visiškai nebuvo analizuojama, ar šią riziką pašalina kitos egzistuojančios priemonės, o tais atvejais, kai esamos priemonės buvo analizuojamos, jos nebuvo pagrįstos objektyviais duomenimis. Mažiausiai 69 % atvejų, kai atsakydamos į klausimą valstybės nurodė ketinančios išlaikyti analizuojamas priemones, nebuvo nustatyta nei rizika, kurią turėjo sumažinti šios priemonės, nei jų faktinis poveikis. EK nuomone, ši situacija iliustruoja, kaip dažnai valstybėse narėse priimami sprendimai yra grindžiami toli siekiančiomis politinėmis išvadomis, netinkamais argumentais ir kruopščiai neįvertinus socialinių ir ekonominių tokių sprendimų pasekmių. Šis kruopštumo trūkumas sąlygoja ne tik perteklinį, žalingą ir brangiai kainuojantį reguliavimą, tačiau taip pat ir nepakankamą bendrojo intereso apsaugą (European Commission, 2017a, p. 24).

Vis dėlto, kaip jau minėta, sveikatos apsaugos srityje EK yra notifikuotos 46 profesijos, kurioms yra nustatyti būtiniausi rengimo reikalavimai ES mastu, ir tik 10 kitų profesijų. Todėl tiek, kiek Lietuvoje nustatyti reikalavimai neviršija minimalių Direktyvos 2005/36 reikalavimų, jų proporcingumo

patikra nėra aktuali. Tačiau, be abejo, tokia patikra turi būti atliekama, jeigu nustatomi aukštesni nei minimalūs reikalavimai. Reglamentuojamų profesijų duomenų bazėje pateikta informacija dėl reikalavimų reglamentuojamoms profesijoms, kurių atžvilgiu yra taikoma automatinė kvalifikacijų pripažinimo sistema, pagrįstumo svarbiomis bendrojo intereso priežastimis ir jų proporcingumo yra labai lakoniška: ne visi papildomi nacionalinėje teisėje nustatyti reikalavimai yra nurodyti, o jeigu ir nurodyti (pavyzdžiui, tęstinio kvalifikacijos kėlimo reikalavimas), nėra pateikta informacija dėl jų pagrįstumo ir proporcingumo.

Kiek tai susiję su tuo, ar buvo atlikta reikalavimų užsiimti ar verstis kitomis, EK nenotifikuotomis, profesijomis proporcingumo patikra, galima paminėti, kad kvalifikaciniai reikalavimai verstis visuomenės sveikatos priežiūros veikla Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 43 straipsnio 3 dalyje buvo įtvirtinti LR visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo Nr. IX-886 VI skyriaus pavadinimo ir 43 straipsnio pakeitimo įstatymu Nr. XII-2662 (Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros... įstatymas, 2016). Analizuojant aiškinamąjį raštą (Aiškinamasis raštas..., 2015c) dėl įstatymo projekto Nr. XIIP-3097 (Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos... projektas, 2015) (kiti projekto variantai - Nr. XIIP-3097(2) (Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos... projektas, 2016a) ir Nr. XIIP-3097(3) (Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos... projektas, 2016b)), kurio pagrindu buvo priimtas minėtas įstatymas, matyti, kad kvalifikacinių reikalavimų atitiktis SESV ar apskritai jų poveikis vertinamas nebuvo. Aiškinamajame rašte pažymėta tik tiek, kad „<reikalavimai> *fiziniam asmeniui turėti atitinkamą išsilavinimą iš esmės nesikeičia palyginti su reikalavimais, taikomais šiuo metu išduodamoms licencijoms*“. Taip pat nėra jokios analizės, ar nustatomi kvalifikaciniai reikalavimai reiškia, kad profesija yra reglamentuojama Direktyvos 2005/36 prasme ir ar ji turi būti notifikuojama EK, taip pat kaip turėtų būti pripažįstama kitose ES valstybėse narėse įgyta profesinė kvalifikacija. Kitaip tariant, projektą lydintys dokumentai neatskleidžia, kad buvo atlikta siūlomų nustatyti reikalavimų proporcingumo patikra.

Lygiai tas pat pasakytina ir apie 2020 m. sausio 14 d. priimtą Papildomosios ir alternatyviosios sveikatos priežiūros įstatymą⁹². Jame nustatyti licencijos ir profesinės kvalifikacijos reikalavimai papildomosios ir alternatyviosios sveikatos priežiūros specialistams, kurie nori verstis tam tikromis įstatymo 3 straipsnyje nurodytomis papildomosios ir alternatyviosios

⁹² Įstatymas įsigaliojo 2021 m. liepos 1 d.

sveikatos priežiūros paslaugų grupėms ir (ar) pogrupiams priskirtomis paslaugomis. Aiškinamajame rašte (Aiškinamasis raštas..., 2019) dėl įstatymo projekto Nr. XIII-3570 (Lietuvos Respublikos papildomosios... projektas, 2019a) (kitas projekto variantas Nr. XIII-3570(2) (Lietuvos Respublikos papildomosios... projektas, 2019b)), kurio pagrindu buvo priimtas minėtas įstatymas, pateikta nuoroda į numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo pažymą. Joje nurodytas tikslas, kurio siekiama siūlant reglamentuoti naujas profesijas. Tačiau nei minėtame aiškinamajame rašte, nei pažymoje ar kituose lydimojuose dokumentuose nėra pateiktas siūlomų reikalavimų vertinimas SESV prasme, nėra jų proporcingumo vertinimo, nėra užsimenama nei apie Direktyvą 2005/36, nei Direktyvą 2018/958. Taip pat nei pačiame įstatyme, nei įstatymo projekto lydinčiuose dokumentuose nėra informacijos dėl kitose EEE valstybėse ar Šveicarijoje įgytos profesinės kvalifikacijos pripažinimo.

2020 m. birželio 30 d. priimtas Asmens sveikatos priežiūros praktikos įstatymas⁹³. Šiame įstatyme reglamentuojami vertimosi ergoterapeuto, išplėstinės praktikos vaistininko, kineziterapeuto, masažuotojo, medicinos psichologo, medicinos genetiko, medicinos biologo, biomedicinos technologo, radiologijos technologo, dietisto, optometrininko, paramediko, skubiosios medicinos pagalbos paramediko asmens sveikatos priežiūros praktika sąlygos; šiems specialistams nustatomi profesinės kvalifikacijos ir licencijavimo reikalavimai. Nei aiškinamojo rašto (Aiškinamasis raštas..., 2020) dėl įstatymo projekto Nr. XIII-4918 (Lietuvos Respublikos asmens sveikatos... projektas, 2020a) (kitas projekto variantas XIII-4918(2) (Lietuvos Respublikos asmens sveikatos... projektas, 2020b)), kurio pagrindu buvo priimtas minėtas įstatymas, nei kitų lydimoju dokumentų analizė neleidžia teigti, kad buvo atlikta siūlomų reikalavimų proporcingumo patikra. Aiškinamajame rašte pažymėta, kad teisinis reguliavimas iš esmės nėra keičiamas, tik perkeliamas į įstatyminių lygmenį, nes dauguma siūlomų reglamentuoti profesijų jau yra reglamentuojamos sveikatos apsaugos ministro įsakymuose. Be to, kelis kartus pabrėžta, kad licencijavimu yra suinteresuoti patys šie specialistai. Dėl Direktyvos 2005/36 įstatymo projekto aiškinamajame rašte pažymėta, kad šiuo įstatymo projektu detalizuojamos tam tikros su asmens sveikatos priežiūros specialistais susijusios Profesinių kvalifikacijų pripažinimo įstatyme esančios nuostatos, tačiau Direktyva 2005/36 nėra perkeliama. Direktyva 2018/958 įstatymo projekto lydimojuose dokumentuose nėra minima.

⁹³ Įstatymas įsigaliojo 2021 m. sausio 1 d.

Atliktas tyrimas taip pat neleido nustatyti esant viešai prieinamos informacijos, iš kurios matyti kitų reikalavimų, siekiant užsiimti ar verstis reglamentuojamomis profesijomis sveikatos apsaugos srityje, proporcingumo patikra. Tuo atveju, jeigu atitinkami reikalavimai yra nepagrįsti svarbiomis bendrojo intereso priežastimis ir (arba) neproporcingi, asmenys galėtų ginčyti jų taikymą teismuose remdamiesi tiesioginiu vidaus rinkos laisvių veikimu, taip pat EK galėtų prieš Lietuvą pradėti procedūrą dėl įsipareigojimų neįvykdymo. Be to, kaip bus išsamiai nagrinėjama toliau, jeigu tokie reikalavimai ar jų pakeitimai būtų priimti pasibaigus Direktyvos 2018/958 perkėlimo terminui, Lietuvai grėstų procedūra dėl įsipareigojimų neįvykdymo vien dėl to, kad proporcingumo patikra nebuvo atlikta, nesant reikalo nagrinėti pačių reikalavimų turinio. Taip pat, atsižvelgiant į tai, kad Papildomosios ir alternatyviosios sveikatos priežiūros įstatymas ir Asmens sveikatos priežiūros praktikos įstatymas buvo svarstyti ir priimti jau priėmus Direktyvą 2018/958, tačiau dar nepasibaigus jos perkėlimo terminui, galima būtų vertinti, kad prieš priimant šiuos įstatymus neatlikusi juose nustatytų reikalavimų, kuriais ribojama galimybė užsiimti ar verstis reglamentuojamomis profesijomis, proporcingumo patikros, Lietuva pažeidė ESS 4 straipsnio 3 dalyje nustatytą lojalaus bendradarbiavimo principą. Ši išvada darytina remiantis ESTT praktika, pagal kurią nors valstybės narės nėra įpareigotos priimti direktyvą įgyvendinančių nuostatų iki pasibaigiant šiam tikslui numatytam laikotarpiui, iš ESS 4 straipsnio 3 dalies, siejamos su SESV 288 straipsnio trečiąja pastraipa, išplaukia, kad per šį laikotarpį jos neturi priimti nuostatų, galinčių rimtai pakenkti direktyvos siekiamam tikslui (*Komisija / Belgija, 2007, 62 punktas* ir jame nurodyta teismo praktika). Tokių nuostatų priėmimas gali būti vertinamas kaip valstybės narės įsipareigojimų pagal ESS 4 straipsnio 3 dalį neįvykdymas, o EK gali pradėti procedūrą prieš šią valstybę pagal SESV 258 straipsnį.

1.2.4. Profesijų sveikatos apsaugos srityje būtinausių rengimo reikalavimų suderinimo sąlygoti pokyčiai organizuojant ir reguliuojant Lietuvos sveikatos apsaugos sistemą

Minėta, kad Direktyva 2005/36 nustato būtinausius rengimo reikalavimus tam tikroms profesijoms, ir tai leidžia šių profesijų atžvilgiu taikyti automatinę kvalifikacijų pripažinimo sistemą. Kiek tai susiję su sveikatos apsaugos sritimi, tokius būtinausius rengimo reikalavimus nustato direktyvos 24, 25, 28, 31, 34, 35, 40 ir 44 straipsniai – atitinkamai, pagrindinio rengimo gydytojo ir gydytojo specialisto, šeimos gydytojo, bendrosios praktikos slaugytojo, gydytojo odontologo, specializuoto gydytojo odontologo, akušerio ir

vaistinininko. Minėti reikalavimai yra įtvirtinti Profesinių kvalifikacijų pripažinimo įstatymo III dalies III skyriaus antrajame-aštuntajame skirsniuose.

Tai reiškia, kad Lietuvoje laikantis šių reikalavimų rengiami specialistai įgyja ES mastu minimalius reikalavimus atitinkančią profesinę kvalifikaciją ir tokiu būdu įgyja teisę į automatinę šios kvalifikacijos pripažinimą kitose valstybėse narėse.

Be to, remiantis Direktyvos 2005/36 2 straipsnio 2 dalimi, pripažindamos profesines kvalifikacijas, kurias ES piliečiai ar trečiųjų valstybių piliečiai įgijo trečiojoje valstybėje, valstybės narės turi užtikrinti, kad šios kvalifikacijos atitiktų Direktyvoje 2005/36 nustatytus būtiniausius rengimo reikalavimus.

Lietuvoje šis reikalavimas yra užtikrintas Profesinių kvalifikacijų pripažinimo įstatymo 1 straipsnio 3 dalyje, pagal kurią šis įstatymas nesudaro kliūčių kitų teisės aktų nustatyta tvarka pripažinti už EEE valstybių ar Šveicarijos ribų įgytą profesinę kvalifikaciją, taip pat trečiųjų valstybių piliečių EEE valstybėse ar Šveicarijoje įgytą profesinę kvalifikaciją. Tačiau kartu nustatyta, kad pripažįstant tokią profesinę kvalifikaciją visais atvejais turi būti laikomasi būtiniausių atitinkamų profesijų rengimo reikalavimų.

Taip pat tam tikrais atvejais Direktyva 2005/36 nustato sąlygas, kuriomis minėtas specialistų rengimas turi būti vykdomas. Šiuo aspektu Lietuvoje itin aktuali Direktyvos 2005/36 25 straipsnio, reglamentuojančio būtiniausius specializuoto medicininio rengimo reikalavimus, 3 dalis, pagal kurią toks rengimas, be kita ko, turi apimti dalyvavimą specializuotos įstaigos padalinio, kuriame vyksta rengimas, visų rūšių medicinos veiklose, įskaitant darbą pagal iškvietimą (budėjimą), taip, kad rengiamas specialistas kompetentingų institucijų nustatyta tvarka paskirtų visą savo profesinę veiklą praktiniam ir teoriniam rengimuisi visą darbo savaitę ir visus metus ir kad už tokį darbą būtų atitinkamai atlyginama (žr. taip pat *Carbonari ir kt.*, 1999).

Atsižvelgiant į šią nuostatą Vyriausybės 2008 m. vasario 6 d. nutarimu Nr. 91 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. spalio 31 d. nutarimo Nr. 1359 „Dėl gydytojų rengimo“ pakeitimo“ (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. vasario 6 d. nutarimas Nr. 91)⁹⁴ buvo nustatyti koeficientai gydytojams rezidentams, taip pat sveikatos apsaugos ministro 2008 m. kovo 6 d. įsakymu Nr. V-176 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. kovo 6 d. įsakymas Nr. V-176) patvirtintas

⁹⁴ Pripažintas netekusiu galios Vyriausybės 2019 m. vasario 13 d. nutarimu Nr. 144.

Valstybės biudžeto asignavimų, skirtų rezidento bazinei pareiginei algai mokėti, paskirstymo rezidentūros bazėms tvarkos aprašas.

Kiek tai susiję su gydytojais odontologais rezidentais, nuostatos dėl jų darbo apmokėjimo atsirado kur kas vėliau, t. y. tik 2010 m. (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. spalio 27 d. nutarimas Nr. 1520⁹⁵). Nors tikslumo dėlei reikėtų pažymėti, kad Direktyva 2005/36 tiesiogiai nenustato, jog rengiamiems specializuotiems gydytojams odontologams turi būti atitinkamai atlyginta už jų darbą, tačiau tokia valstybių narių pareiga gali būti kildinama iš sisteminio direktyvos aiškinimo.

Iki, atitinkamai, 2008 m. ir 2010 m. metų už gydytojų rezidentų ar gydytojų odontologų rezidentų darbą atlyginimas nebuvo mokamas; jie gaudavo tik stipendiją.

Nuo 2019 m. sausio 1 d. gydytojų rezidentų ir gydytojų odontologų rezidentų darbo apmokėjimo tvarka ir koeficientai nustatyti Medicinos praktikos įstatyme ir Odontologijos praktikos įstatyme⁹⁶.

Pagaliau, kiek tai susiję su minimaliu sąrašu veiklų, kuriomis atitinkamai parengtiems specialistams turėtų būti leidžiama užsiimti, reikėtų paminėti 2012 m. gegužės 15 d. priimtą LR farmacijos įstatymo 2, 4, 5, 7, 35, 39, 76 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymą Nr. XI-2017 (Lietuvos Respublikos farmacijos... įstatymas, 2012), kuriuo buvo iš esmės nustatyta, kad vaistinininko padėjėjai (farmakoteknikai) gali teikti farmacinę paslaugą, parduoti (išduoti) vaistinius preparatus ir gaminti eksterporalius vaistinius preparatus tik prižiūrimi vaistinininko ir kad nuo 2016 m. sausio 1 d.⁹⁷ vaistinės darbo laiku vaistinėje turi dirbti ne mažiau kaip vienas vaistinininkas.

Iki šio įstatymo priėmimo vaistinininko padėjėjai (farmakoteknikai) turėjo teisę vykdyti šią veiklą savarankiškai. Toks reguliavimas kėlė problemų Direktyvos 2005/36 požiūriu (Aiškinamasis raštas..., 2011), kurios 21 straipsnio 6 dalyje ir 45 straipsnyje nustatyta, kad vaistinininko profesinė veikla gali užsiimti tik vaistinininko profesinę kvalifikaciją įgiję asmenys, kurie

⁹⁵ Pripažintas netekusiu galios Vyriausybės 2019 m. vasario 13 d. nutarimu Nr. 144.

⁹⁶ Vadovaujantis LRKT 2015 m. rugsėjo 29 d. nutarime (Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2015 m. rugsėjo 29 d. nutarimas) pateiktais išaiškinimais, minėti klausimai turi būti reguliuojami įstatymuose.

⁹⁷ Terminas pratęstas iki 2021 m. sausio 1 d. LR farmacijos įstatymo 2, 4, 5, 7, 35, 39, 76 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymo Nr. XI-2017 8 straipsnio pakeitimo įstatymu Nr. XII-1906 (Lietuvos Respublikos farmacijos... įstatymas, 2015) ir iki 2023 m. liepos 1 d. LR farmacijos įstatymo 2, 4, 5, 7, 35, 39, 76 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymo Nr. XI-2017 8 straipsnio pakeitimo įstatymu Nr. XIV-106 (Lietuvos Respublikos farmacijos... įstatymas, 2020).

turi Direktyvos V priedo 5.6.2 punkte išvardytų tipų formalios kvalifikacijos įrodymus (diplomas). Pagal šį punktą vaistininko formalios kvalifikacijos įrodymas Lietuvoje yra tik aukštojo mokslo diplomai, kurį išduoda universitetas, patvirtinantis suteiktą vaistininko profesinę kvalifikaciją. Direktyvos 2005/36 44 straipsnio 2 dalyje nustatyta, kad vaistininko formalios kvalifikacijos įrodymas turi patvirtinti, kad baigtas bent penkerių metų trukmės rengimo kursas, apimantis bent jau ketverių metų trukmės teorinį ir praktinį rengimo kursą universitete bei šešių mėnesių praktiką visuomenės ar ligoninės vaistinėje, prižiūrint vaistininkams. Taigi kadangi vaistininko padėjėjai (farmakoteknikai) neturi vaistininko formalios kvalifikacijos įrodymo, atitinkančio pirmiau išvardytus Direktyvos 2005/36 reikalavimus, jie negali vykdyti visa apimtimi vaistininkams priskiriamų funkcijų. Atsižvelgiant į tai, Farmacijos įstatyme buvo nustatyta, kad vaistininko padėjėjai (farmakoteknikai) gali teikti farmacinę paslaugą tik prižiūrimi vaistininko, tokiu būdu atbėgant vaistininko ir vaistininko padėjėjo (farmakotekniko) profesijas.

1.2.5. Darbuotojų ir savarankiškai dirbančių asmenų judėjimo laisvės poveikis Lietuvos sveikatos sistemos organizavimui ir reguliavimui

Specialistų judėjimo apimtys. Remiantis Reglamentuojamų profesijų duomenų baze⁹⁸, iš viso EEE valstybėse ir Šveicarijoje buvo pateikta 10 678 paraiškos dėl Lietuvoje įgytos profesinės kvalifikacijos pripažinimo, dėl jų buvo priimta 8262 teigiami ir 1134 neigiami sprendimai. Lietuvoje dėl profesinės kvalifikacijos, įgytos kitose EEE valstybėse ir Šveicarijoje, buvo pateikta 233 paraiškos, dėl jų priimta 214 teigiamų ir 17 neigiamų sprendimų.

Daugiausia paraiškų dėl Lietuvoje įgytos profesinės kvalifikacijos pripažinimo buvo pateikta Norvegijoje (4612 paraiškų), Jungtinėje Karalystėje (2255 paraiškos), Vokietijoje (917 paraiškų), Švedijoje (914 paraiškų), Danijoje (574 paraiškos), Airijoje (321 paraiška), Belgijoje (186 paraiškos).

Lietuvoje daugiausia paraiškų buvo pateikta dėl profesinės kvalifikacijos įgytos Lenkijoje (120 paraiškų), Jungtinėje Karalystėje (25 paraiškos), Latvijoje (23 paraiškos), Vokietijoje (20 paraiškų) ir Estijoje (17 paraiškų).

Kiek tai susiję su pačiomis ES ir ELPA mastu „mobiliausiomis“ profesijomis – medicinos gydytojo ir slaugytojo – iš viso dėl Lietuvoje įgytos medicinos gydytojo kvalifikacijos pripažinimo buvo pateiktos

⁹⁸ 2020 m. spalio 8 d. duomenys.

1774 paraiškos, iš jų 1650 atvejais kvalifikacija buvo pripažinta. Daugiausia paraiškų pateikta Jungtinėje Karalystėje (429 paraiškos), Norvegijoje (340 paraiškų), Švedijoje (330 paraiškų), Vokietijoje (270 paraiškų), Danijoje (81 paraiška), Šveicarijoje (44 paraiškos).

Dėl Lietuvoje įgytos slaugytojo kvalifikacijos pripažinimo buvo pateiktos 1864 paraiškos, iš jų 1620 atvejų kvalifikacija buvo pripažinta. Daugiausia paraiškų pateikta Norvegijoje (1013 paraiškų), Jungtinėje Karalystėje (291 paraiška), Vokietijoje (209 paraiškos), Švedijoje (146 paraiškos), Airijoje (80 paraiškų). Taip pat pateiktos 196 paraiškos dėl Lietuvoje įgytos slaugos ir sveikatos priežiūros asistento kvalifikacijos pripažinimo. Beveik visos šios paraiškos pateiktos Norvegijoje (163 paraiškos).

Lietuvoje pateikta 21 paraiška dėl medicinos gydytojo ir 12 paraiškų dėl slaugytojo kvalifikacijos pripažinimo.

Iš kitų profesijų sveikatos apsaugos srityje, esančių ES ir ELPA mastu „mobiliausių“ profesijų sąrašo pirmame dvidešimtuke, taip pat paminėtinos fizioterapeuto, gydytojo odontologo, vaistininko, psichologo, akušerio profesinės kvalifikacijos.

Kalbant apie šias profesijas, dėl Lietuvoje įgytos gydytojo odontologo profesinės kvalifikacijos pripažinimo pateikta 414 paraiškų, fizioterapeuto – 220 paraiškų, vaistininko – 180 paraiškų, akušerio – 65 paraiškos, psichologo – 56 paraiškos, taip pat pateiktos 132 paraiškos dėl Lietuvoje įgytos dantų higienisto profesinės kvalifikacijos pripažinimo.

Be minėtų paraiškų dėl medicinos gydytojo ir slaugytojo profesinės kvalifikacijos pripažinimo, Lietuvoje pateikta 19 paraiškų dėl masažuotojo, 11 paraiškų dėl gydytojo odontologo, 10 paraiškų dėl gydytojo odontologo padėjėjo, 4 paraiškos dėl dantų techniko, 6 paraiškos dėl fizioterapeuto, 2 paraiškos dėl vaistininko padėjėjo (farmakotechniko), 2 paraiškos dėl vaistininko ir 1 paraiška dėl dantų higienisto profesinės kvalifikacijos pripažinimo.

Laisvo specialistų judėjimo palengvinimas. Matėme, kad Direktyva 2005/36 veikia dviem kryptimis. Viena vertus, ji yra teisinis pagrindas pripažįstant į Lietuvą atvykstančių asmenų profesinę kvalifikaciją. Kita vertus, ji yra reikšminga Lietuvoje profesinę kvalifikaciją įgijusiems specialistams, nes palengvina jų laisvą judėjimą. Ypač tai yra pasakytina apie tas profesijas, kurių būtiniausi rengimo reikalavimai yra suderinti ES mastu,

kas reiškia, kad asmenys turi teisę į automatinį Lietuvoje įgytos profesinės kvalifikacijos pripažinimą kitose valstybėse narėse⁹⁹.

Remiantis duomenimis dėl specialistų judėjimo apimčių, siekiant kitoje valstybėje narėje užsiimti veikla pagal turimą profesinę kvalifikaciją, Lietuva yra akivaizdžiai siunčianti / kilmės valstybė (1774 ir 1864 paraiškos dėl Lietuvoje įgytos, atitinkamai, medicinos gydytojo ir slaugytojo kvalifikacijos pripažinimo palyginti su 21 ir 12 paraiškų dėl, atitinkamai, medicinos gydytojo ir slaugytojo kvalifikacijos pripažinimo Lietuvoje).

Tokio judėjimo priežastys, be kita ko, gali būti susiję su Lietuvos sveikatos sistemos organizavimu (nepalankios sąlygos užsiimti privačia veikla sveikatos priežiūros srityje; maži sveikatos priežiūros specialistų atlyginimai valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose ir pan.), tačiau tokių priežasčių analizė išeina už atlikto teisinio tyrimo ribų¹⁰⁰. Vis dėlto nurodytos specialistų judėjimo apimtys leidžia teigti, kad šiuo metu didžiausią poveikį Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui darbuotojų ir savarankiškai dirbančių asmenų judėjimo laisvė ir ją palengvinanti Direktyva 2005/36 turi būtent per sveikatos priežiūros specialistų būtiniausių rengimo reikalavimų suderinimą, kuris, be kita ko, suteikia teisę į automatinį Lietuvoje jų įgytos kvalifikacijos pripažinimą kitose valstybėse narėse.

Pati Direktyva 2005/36 valstybėms narėms praktiškai nesuteikia jokių galimybių kontroliuoti specialistų judėjimo procesą, ypač kiek tai susiję su specialistų išvykimu, nes nenumato jokios leidimų sistemos¹⁰¹. Šiek tiek daugiau galimybių yra kontroliuoti specialistų atvykimą, tačiau ir tai tik kiek tai susiję su visuomenės sveikatos arba paslaugų gavėjų saugumo priežastimis (žr. Direktyvos 2005/36 7 straipsnį, 49a straipsnio 5 dalies c punktą ir 49b straipsnio 5 dalies b punktą).

Tačiau kaip ir (lygiagretaus) vaistų eksporto atveju, valstybės narės pagrįstais atvejais gali imtis proporcingų priemonių ribojant specialistų išvykimą remdamosi SESV nuostatomis. 2017 m. gruodžio 20 d. sprendime *Federspiel* (*Federspiel*, 2017) ESTT nagrinėjo klausimą, ar SESV 45 ir

⁹⁹ Paprastumo dėlei šioje disertacijoje neanalizuojamas specialistų, kurių rengimas prasidėjo iki 2004 m. gegužės 1 d., laisvas judėjimas. Tačiau reikia pažymėti, kad Direktyva 2005/36 numato ir tokių asmenų teises į profesinės kvalifikacijos pripažinimą.

¹⁰⁰ Žr. tokią analizę, pavyzdžiui, European Commission, 2018b.

¹⁰¹ Palyginti su Direktyva 2011/24, kuri valstybėms narėms palieka tam tikrus judėjimo kontrolės svetus. Žr. plačiau šios disertacijos dalį „1.4.3. Paslaugų teikimo laisvės poveikis Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui“.

49 straipsniai draudžia tokius valstybės narės (šiuo atveju, Italijos) teisės aktus, pagal kuriuos nacionalinė stipendija, skirta kitoje valstybėje narėje vykdomoms studijoms gydytojo specialisto kvalifikacijai įgyti, suteikiama su sąlyga, kad gydytojas stipendijos gavėjas per 10 metų nuo specializacijos įgijimo 5 metus vykdys savo profesinę veiklą stipendiją suteikusioje valstybėje narėje arba, jei jis šio įsipareigojimo nesilaikys, grąžins ne daugiau kaip 70 % išmokėtos stipendijos sumos su palūkanomis.

ESTT savo sprendime pažymėjo, kad minėti teisės aktai yra darbuotojų laisvo judėjimo ir įsisteigimo laisvės ribojimas, kuris iš principo yra draudžiamas pagal SESV 45 ir 49 straipsnius. Vis dėlto šis ribojimas gali būti pateisintas siekiant užtikrinti Bolzano autonominės provincijos (Italija) gyventojams aukštos kokybės, subalansuotą ir visiems prieinamą specializuotą medicinos pagalbą, išsaugant socialinės apsaugos finansinę pusiausvyrą.

O konkrečiai, nacionalinės teisės aktais buvo siekiama sukurti papildomas rezidentūros studijų vietas ir taip padidinti gydytojų specialistų skaičių darbo rinkoje. Šiais teisės aktais įpareigojant stipendiją gavusius gydytojus vykdyti savo profesinę veiklą Bolzano autonominėje provincijoje tam tikrą laikotarpį po specializacijos įgijimo prisidedama prie gydytojų specialistų paklausos šioje provincijoje tenkinimo. Taigi nacionalinės teisės aktuose numatytomis priemonėmis siekiama teisėtų tikslų, t. y. užtikrinti, kad atitinkamos valstybės narės teritorijoje būtų pakankamos ir nuolat prieinamos įvairios ir subalansuotos kokybiškos medicininės priežiūros paslaugos, be to, prisidedama prie pastangų riboti išlaidas ir kiek įmanoma užkirsti kelią finansinių, techninių ir žmogiškųjų išteklių švaistymui.

ESTT nenustatė nacionalinių nuostatų tinkamumo trūkumų. Gydytojo specialisto, kurio studijos finansuotos atitinkamos valstybės, pareiga dirbti šios valstybės Bolzano autonominėje provincijoje tam tikrą laikotarpį po studijų baigimo padeda tenkinti gydytojų specialistų paklausą šioje provincijoje. Taigi šia pareiga siekiama bendrojo tikslo užtikrinti pakankamas ir nuolat prieinamas įvairios ir subalansuotos kokybiškos medicininės priežiūros paslaugas ir prisidedama prie veiksmingo su šiomis paslaugomis susijusių išlaidų valdymo, taigi ir prie visuomenės sveikatos apsaugos.

Kiek tai susiję su tuo, ar šios nuostatos yra būtinos, ESTT nurodė, kad prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikęs teismas turi atsižvelgti į tai, kad studijų finansavimą gavusių gydytojų specialistų pareiga dirbti Bolzano autonominėje provincijoje yra ribojama 5 metais per 10 metų nuo specializacijos įgijimo ir kad ji kyla tik tuo atveju, kai tokiam gydytojui specialistui šioje provincijoje yra laisva gydytojo specialisto darbo vieta ir kad šis darbas jam pasiūlomas tinkamu laiku.

Atliekant minėtą vertinimą taip pat svarbūs specifiniai Bolzano autonominės provincijos poreikiai, būtent būtinybė užtikrinti, kad kokybiškos medicininės priežiūros paslaugos būtų teikiamos dviem oficialiosiomis šio regiono kalbomis, t. y. vokiečių ir italų, ir dėl to kylantys sunkumai įdarbinant pakankamai gydytojų specialistų, galinčių vykdyti savo profesinę veiklą šiomis dviem kalbomis.

Be to, iš bylos medžiagos ESTT nenustatė, kad yra alternatyvi priemonė, kuri sudarytų sąlygas šiai provincijai įdarbinti pakankamą skaičių gydytojų specialistų, galinčių vykdyti savo profesinę veiklą šiomis dviem kalbomis.

Atsižvelgdamas į aplinkybę, kad pareigos nevykdymo atveju atitinkamas gydytojas turi grąžinti ne daugiau kaip 70 % gautos stipendijos, skirtos studijoms, po kurių įgyjama gydytojo specialisto kvalifikacija, finansuoti, ESTT nurodė, kad ši grąžintina suma nėra neproporcinga, nes, neskaitant teisės aktuose nustatytų palūkanų už vėlavimą mokėti, kas yra visiškai normalu, ji neviršija gautos finansavimo sumos¹⁰².

Taigi šis sprendimas parodo, kad tokios siunčiančios valstybės narės kaip Lietuva turi galimybę, kilus pagrįstam pavojui visuomenės sveikatos apsaugai dėl gydytojų ir kitų sveikatos specialistų išvykimo, imtis proporcingų priemonių darbuotojų ar savarankiškai dirbančių asmenų judėjimo laisvei riboti. Tačiau minėta, kad tokių priemonių gali būti imamasi tik surinkus pakankamai duomenų ir atlikus išsamią siūlomų nuostatų proporcingumo

¹⁰² Plg. su labai panašiu klausimu, tačiau be tarpvalstybinio elemento, kuris buvo nagrinėjamas Panevėžio apygardos teismo 2016 m. rugsėjo 8 d. sprendime civilinėje byloje (Panevėžio apygardos teismo 2016 m. rugsėjo 8 d. sprendimas civilinėje byloje). Apygardos teismas nagrinėjo apeliacinį skundą dėl Pasvalio rajono apylinkės teismo 2016 m. kovo 21 d. sprendimo (Pasvalio rajono apylinkės teismo 2016 m. kovo 21 d. sprendimas civilinėje byloje). Pastarojoje byloje ieškovė VŠĮ Pasvalio ligoninė prašė teismo priteisti iš R. M. mokymo išlaidų atlyginimą pagal Rezidento finansavimo sutartį, kurias ligoninė sumokėjo Vilniaus universitetui už atsakovo studijas kardiologijos specialybės rezidentūroje. Šia sutartimi atsakovas R. M. įsipareigojo baigęs rezidentūrą, atvykti dirbti į ligoninę, o to nepadaręs, grąžinti dvigubą už rezidentūrą sumokėtą sumą. Tokių sutarčių galimybė numatyta Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų apmokėjimo už studentų ir gydytojų rezidentų studijas tvarkos aprašo 7 punkte (patvirtintas sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 7 d. įsakymu Nr. V-1080 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 7 d. įsakymas Nr. V-1080)). Pasvalio rajono apylinkės teismas ieškinį tenkino, tačiau Panevėžio apygardos teismas šį sprendimą pakeitė: 100 procentų mokymo išlaidų dydžio netesybas gydytojui rezidentui neatvykus dirbti į ligoninę pripažino akivaizdžiai per didelėmis ir prieštaraujančiomis protingumo principui, todėl jas sumažino (nuo 10 451 EUR iki 7 000 EUR).

patikrą. Tyrimo metu nebuvo nustatyta esant pagrįstų vertinimų, kad šiuo metu yra prielaidų imtis specialistų išvykimo ribojimų¹⁰³.

Proporcingumo patikra profesijų reglamentavimo srityje. ES vidaus rinkos laisvės kartu su Direktyvos 2005/36 59 straipsniu bei Direktyva 2018/958 iš esmės reikalauja, kad nebūtų nepagrįstų reikalavimų, kuriais ribojama galimybė užsiimti ar verstis reglamentuojamomis profesijomis. Atsižvelgiant į tai, kad sveikatos apsaugos srityje daugiausia turime reglamentuojamas profesijas, kurioms nustatyti būtiniausi rengimo reikalavimai ES mastu, šis principas šioms profesijoms aktualus tiek, kiek nacionaliniai reikalavimai viršija minimalius Direktyvos 2005/36 reikalavimus: Direktyvos 2018/958 2 straipsnio 2 dalis konkrečiai nurodo, kad šios direktyvos nuostatos nėra taikomos, kai atskiru Sąjungos teisės aktu, pagal kurį valstybėms narėms nepaliekama konkretaus perkėlimo į nacionalinę teisę būdo pasirinkimo laisvės, nustatomi specialūs konkrečios profesijos reglamentavimo reikalavimai. Tačiau jeigu nacionaliniai reikalavimai viršija būtiniausius reikalavimus arba jeigu ES mastu atitinkami kvalifikaciniai reikalavimai nėra suderinti, turi būti atliekama jų proporcingumo patikra. Pažymėtina, kad pagal Direktyvą 2018/958 net jeigu valstybės narės priimama priemonė būtų suderinama su ES teise, valstybė narė pažeis direktyvą vien dėl to, kad *ex ante* nebuvo atlikta atitinkamų nuostatų proporcingumo patikra, nesant reikalo analizuoti pačių priimtų nuostatų turinio¹⁰⁴. Tyrimo metu buvo nustatyta, kad Lietuvos valstybės institucijų atlikta proporcingumo patikra neužtikrina, kad visi taikomi reikalavimai siekiant užsiimti ar verstis reglamentuojama profesija, yra pagrįsti ir proporcingi SESV prasme. Kai kuriais atvejais tokia patikra iš viso nebuvo atlikta.

Valstybių narių teisės aktų suderinimas. Specialistų, kurių būtiniausi rengimo reikalavimai yra suderinti ES mastu, rengimas Lietuvoje turi atitikti

¹⁰³ Šiuo aspektu paminėtina, kad apskritai Lietuvoje bendras gydytojų skaičius yra didesnis nei ES vidurkis (2017 m. atitinkamai, 4,6 ir 3,6 gydytojo 1 tūkst. gyventojų); šiek tiek daugiau nei penktadalį sudaro bendrosios praktikos gydytojai. Tačiau slaugytojų skaičius yra mažesnis nei ES vidurkis (2017 m. atitinkamai, 7,7 ir 8,5 slaugytojo 1 tūkst. gyventojų) (Europos Komisija, 2019e, p. 11; OECD Data. Doctors; OECD Data. Nurses).

¹⁰⁴ Žr. plačiau šios disertacijos dalį „1.3. ĮSISTEIGIMO LAISVĖ: APSAUGOS NUO NEPAGRĮSTŲ ĮSISTEIGIMO LAISVĖS APRIBOJIMŲ GARANTIJA“.

minėtus būtiniausius reikalavimus. Kartu Direktyva 2005/36 riboja valstybių narių galimybes nuspręsti išlaikyti esamas ar kurti naujas profesijas, kurios būtų labai panašios į tas, kurių būtiniausi rengimo reikalavimai yra suderinti ES mastu. Šis teisės aktų suderinimo aspektas lėmė teisės aktų pakeitimus Lietuvoje, susijusius su vaistininko ir vaistininko padėjėjo (farmakotechniko) profesijų atribojimu, tokiu būdu pašalinant ar bent jau sumažinant šių profesijų „konkurenciją“.

Be to, teisės aktų suderinimas lėmė pasikeitimus Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje, susijusius su atlyginimu už darbą rengiamiems specializuotiems medicinos gydytojams (gydytojams rezidentams).

Pagaliau, Direktyva 2005/36 reikalauja pripažinti kitose EEE valstybėse ar Šveicarijoje įgytą profesinę kvalifikaciją, jeigu būtiniausi tokios profesijos rengimo reikalavimai yra suderinti šioje direktyvoje. T. y. privaloma pripažinti tokią kvalifikaciją, jeigu ji atitinka šiuos būtiniausius rengimo reikalavimus, net jeigu Lietuvoje būtų taikomi aukštesni, kad ir svarbiomis bendrojo intereso priežastimis pagrįsti, reikalavimai. Ir priešingai – trečiojoje valstybėse įgyta profesinė kvalifikacija pripažįstama laikantis bent jau šių būtiniausių (minimalių) reikalavimų, t. y. Lietuva negalėtų nuspręsti pripažinti minimalių reikalavimų neatitinkančią profesinę kvalifikaciją.

Nedidelis EK notifikuojamų reglamentuojamų profesijų skaičius. Remiantis Reglamentuojamų profesijų duomenų bazėje pateikta informacija, Lietuva yra notifikavusi mažiausią skaičių reglamentuojamų profesijų palyginti su kitomis EEE valstybėmis ar Šveicarija. Iš dalies šią aplinkybę galima paaiškinti tuo, kad ne visos Lietuvoje reglamentuojamos profesijos yra notifikuotos. Kita vertus, Lietuvos notifikuotų profesijų sveikatos ir socialinių paslaugų sektoriuose procentinė dalis yra didžiausia iš visų valstybių, t. y. 77,9 procento (60 profesijų iš 77), kai visų valstybių narių vidurkis yra 38,6 procento. Todėl, nors Lietuvos notifikuotų profesijų šiuose sektoriuose skaičius irgi yra vienas iš mažesnių, jis, visų pirma, nėra mažiausias (Belgija yra notifikavusi 55, Estija – 50, Kipras - 59 profesijas šiuose sektoriuose), be to, jis nedaug atsilieka nuo Bulgarijos (64), Rumunijos (64), Lichtenšteino (66), Danijos (70), Švedijos (70), Kroatijos (71), notifikuotų profesijų sveikatos ir socialinių paslaugų sektoriuose¹⁰⁵. Remiantis šiais skaičiais galima teigti, kad didžiausias skirtumas tarp Lietuvos ir kitų valstybių notifikuotų profesijų turėtų būti būdingas kitiems sektoriams, o tai jau išeina už šios disertacijos tyrimo ribų.

¹⁰⁵ 2020 m. spalio 8 d. duomenys.

Viena vertus, nedidelis skaičius reglamentuojamų profesijų valstybėje narėje reiškia, kad galimybė užsiimti tam tikra veikla joje nėra ribojama ar ribojama mažiau, taigi kyla mažiau problemų dėl nacionalinės teisės atitikties darbuotojų ar savarankiškai dirbančių asmenų judėjimo laisvei.

Kita vertus, galima pažymėti, jog tokia situacija, kai profesija yra reglamentuojama priimančioje valstybėje, o siunčiančioje ne, gali apsunkinti šios pastarosios valstybės asmenų judėjimą į kitas valstybes. Pagal bendrąją profesinių kvalifikacijų pripažinimo sistemą įprastai pakanka turėti profesinę kvalifikaciją patvirtinantį dokumentą pagal Direktyvos 2005/36 11 straipsnį. Tačiau jeigu kvalifikacija nėra reglamentuojama siunčiančioje valstybėje narėje, taikoma Direktyvos 2005/36 13 straipsnio 2 dalis. Pagal šią nuostatą teisė užsiimti profesija ir leidimas ją vykdyti suteikiami pareiškėjams, kurie per pastaruosius dešimt metų vienerius metus visą darbo laiką arba lygiaverte trukme ne visą darbo laiką dirbo pagal atitinkamą profesiją kitoje valstybėje narėje, kuri tos profesijos nereglamentuoja, ir kurie turi kitos valstybės narės, kuri tos profesijos nereglamentuoja, išduotą vieną ar daugiau kompetenciją patvirtinančių dokumentų arba formalios kvalifikacijos įrodymą. Šios vienerių metų profesinės patirties neturi būti reikalaujama, jei pareiškėjo turimas formalios kvalifikacijos įrodymas patvirtina, kad baigtas reglamentuojamas rengimas.

Taip pat reikia pažymėti, kad tais atvejais, kai profesinė kvalifikacija siunčiančioje valstybėje narėje nėra reglamentuojama, asmeniui, siekiančiam kvalifikacijos pripažinimo kitoje valstybėje narėje, gali būti sunku įrodyti, kad jis turi atitinkamą profesinę patirtį, jeigu, pavyzdžiui, siunčiančioje valstybėje narėje nėra jokio atitinkama profesine veikla užsiimančių asmenų registro ir pan.

Kaip pavyzdį galima nurodyti psichologo profesinę kvalifikaciją, kuri, išskyrus mokyklos psichologo ir medicinos psichologo profesines kvalifikacijas, Lietuvoje nėra reglamentuojama¹⁰⁶. Tokių specialistų kvalifikacija kitose valstybėse narėse, kur ji reglamentuojama, galėtų būti pripažįstama taikant minėtą Direktyvos 2005/36 13 straipsnio 2 dalį.

¹⁰⁶ Yra buvę keletas bandymų reglamentuoti šią profesiją, tačiau nesėkmingai. Paskutinį kartą LR psichologų praktinės veiklos įstatymo projektai LR Seime buvo registruoti 2017 m. (įstatymo projektas Nr. XIIIIP-685 (Lietuvos Respublikos psichologų... projektas, 2017) ir 2019 m. (įstatymo projektas Nr. XIIIIP-3234 (Lietuvos Respublikos psichologų... projektas, 2019) [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Darbuotojų ir savarankiškai dirbančių asmenų judėjimo laisvės poveikio Lietuvos sveikatos sistemos organizavimui ir reguliavimui apibendrinimas.

Sveikatos apsaugos srityje darbuotojų ir savarankiškai dirbančių asmenų judėjimas yra sunkiai įmanomas be profesinių kvalifikacijų pripažinimo. Tokį pripažinimą šiuo metu užtikrina Direktyva 2005/36, o kai atitinkama situacija nepatenka į šios direktyvos taikymo sritį turi būti taikomos SESV nuostatos dėl laisvo judėjimo.

Direktyva 2005/36 buvo perkelta į Lietuvos nacionalinę teisę ir tokiu būdu sąlygojo nacionalinio reguliavimo atsiradimą, kuriuo remiantis pripažįstama į Lietuvą atvykstančių asmenų profesinė kvalifikacija. Be to, įgyvendinant Direktyvą 2005/36 Lietuvoje vykdomas joje nustatytus būtiniausius reikalavimus atitinkantis tam tikrų specialistų rengimas. Todėl ji palengvina laisvą Lietuvoje kvalifikaciją įgijusių sveikatos priežiūros specialistų judėjimą į kitas EEE valstybes ar Šveicariją. Tačiau, skirtingai nei lygiagretais vaistų importo atveju, pačios SESV nuostatos dėl laisvo judėjimo tiesiogiai nesąlygojo teisės aktų Lietuvoje priėmimo, pagal kuriuos Lietuvoje būtų pripažįstamos profesinės kvalifikacijos, kai dėl vienu ar kitu priežasčių tokiam pripažinimui netaikoma ES antrinė teisė. Kitaip tariant, toks pripažinimas Lietuvos teisės aktuose nėra garantuojamas ir gali būti vykdomas tik tiesiogiai taikant SESV nuostatas dėl darbuotojų ar savarankiškai dirbančių asmenų judėjimo laisvės.

Direktyva 2005/36 profesinių kvalifikacijų pripažinimą užtikrina dviem pagrindiniais būdais. Pirma, ji reikalauja pripažinti kitoje valstybėje įgytą panašią / analogišką kvalifikaciją, suteikiančią teisę užsiimti profesine veikla toje valstybėje. Šis būdas yra pagrįstas abipusio pripažinimo principu, kuris profesinių kvalifikacijų srityje buvo patvirtintas sprendime *Vlassopoulou* ir kuriuo remiantis to, ko užtenka vienoje valstybėje siekiant užsiimti atitinkama profesine veikla, iš principo turėtų pakakti ir kitoje. Abipusio pripažinimo principą papildoma tiek vidaus, tiek tarpvalstybinėse situacijose taikomas iš ESTT praktikos vidaus rinkos laisvių srityje kylantis, o šiuo metu Direktyvoje 2018/958 kodifikuotas reikalavimas užtikrinti, kad valstybėse narėse nebūtų nepagrįstų nuostatų, kuriomis ribojama galimybė užsiimti ar verstis reglamentuojamomis profesijomis. Valstybė narė pažeis Direktyvą 2018/958 vien dėl to, kad prieš priimant atitinkamas nuostatas nebuvo atlikta jų proporcingumo patikra, nesant reikalo vertinti pačių apribojimų turinio. Šio profesinių kvalifikacijų pripažinimo būdo sąlygotas reguliavimas Lietuvoje prisideda garantuojant asmens ūkinės veiklos laisvę ir iniciatyvą bei teisę pasirinkti darbą bei verslą sveikatos apsaugos srityje. Taip pat, reikalaujama taikyti proporcingumo principą reglamentuojant Lietuvos valdžios institucijų reguliavimo kompetencijai priklausančius, tačiau į darbuotojų ir savarankiškai

dirbančių asmenų judėjimo laisvės taikymo apimtį patenkančius klausimus, ši laisvė prisideda prie konstitucinio atsakingo valdymo principo, konstitucinio teisinės valstybės principo užtikrinimo¹⁰⁷.

Antra, Direktyva 2005/36 derina būtiniausius tam tikrų profesijų rengimo reikalavimus, kas leidžia šių profesijų atžvilgiu taikyti automatinio kvalifikacijų pripažinimo sistemą. Valstybės narės negali nustatyti žemesnių reikalavimų nei būtiniausi direktyvoje suderinti reikalavimai; nepripažinti kitose valstybėse narėse įgytos profesinės kvalifikacijos, atitinkančios būtiniausius reikalavimus, net jeigu atitinkamoje valstybėje narėje taikomi aukštesni reikalavimai, kurie yra pagrįsti svarbiomis bendrojo intereso priežastimis; pripažinti minimalių rengimo reikalavimų neatitinkančias profesines kvalifikacijas, įgytas trečiojoje valstybėje; ar išlaikyti esamas ar reglamentuoti naujas profesijas, kurios būtų labai panašios į tas, kurių būtiniausi rengimo reikalavimai yra suderinti ES mastu. Pastarąjį aspektą atspindi reguliavimo pasikeitimai Lietuvoje, susiję su vaistininko padėjėjo (farmakotechniko) profesija.

Sveikatos priežiūros specialistų būtiniausių rengimo reikalavimų suderinimas suteikia šiems specialistams teisę į automatinį kitose EEE valstybėse ar Šveicarijoje įgytos profesinės kvalifikacijos pripažinimą Lietuvoje, taip pat Lietuvoje jų įgytos kvalifikacijos automatinį pripažinimą kitose valstybėse. Taigi šio suderinimo sąlygotas reguliavimas Lietuvoje prisideda garantuojant asmens ūkinės veiklos laisvę ir iniciatyvą bei teisę pasirinkti darbą bei verslą sveikatos apsaugos srityje.

Sveikatos apsaugos srityje Lietuva reglamentuoja daugiausia tas profesijas, kurioms nustatyti būtiniausi rengimo reikalavimai ES mastu. Lietuva yra EK notifikavusi mažiausią skaičių reglamentuojamų profesijų palyginti su kitomis EEE valstybėmis ar Šveicarija, tačiau sveikatos ir socialinių paslaugų sektoriuose notifikuotų profesijų skaičius ypatingai neišsiskiria iš kitų valstybių. Kita vertus, ne visos Lietuvoje reglamentuojamos profesijos notifikuotos, o Lietuvos valstybės institucijų atlikta proporcingumo patikra neužtikrina, kad visi taikomi reikalavimai siekiant užsiimti ar verstis reglamentuojama profesija, yra pagrįsti ir proporcingi.

Statistiniai duomenys rodo, kad kiek tai susiję su sveikatos priežiūros specialistų judėjimu, šiuo metu Lietuva akivaizdžiai yra siunčianti valstybę, iš

¹⁰⁷ Žr. plačiau šios disertacijos dalį „1.3. ĮSISTEIGIMO LAISVĖ: APSAUGOS NUO NEPAGRĮSTŲ ĮSISTEIGIMO LAISVĖS APRIBOJIMŲ GARANTIJA“.

kurios išvyksta kur kas daugiau specialistų nei į ją atvyksta. Ši situacija, be kita ko, priklauso nuo pasirinkimų organizuojant Lietuvos sveikatos apsaugos sistemą, o SESV nuostatos dėl laisvo darbuotojų ir savarankiškai dirbančių asmenų judėjimo leidžia Lietuvai kilus pagrįstam pavojui visuomenės sveikatos apsaugai dėl gydytojų ir kitų sveikatos priežiūros specialistų išvykimo imtis pagrįstų ir proporcingų priemonių ribojant šių specialistų judėjimą. Vis dėlto tyrimo metu nebuvo nustatyta esant pagrįstų vertinimų, jog šiuo metu tokia situacija, kai išvyksta daugiau sveikatos apsaugos srities specialistų nei jų atvyksta, kelia pavojų visuomenės sveikatai.

1.3. ĮSISTEIGIMO LAISVĖ: APSAUGOS NUO NEPAGRĮSTŲ ĮSISTEIGIMO LAISVĖS APRIBOJIMŲ GARANTIJA

Kiek tai susiję su įsisteigimo laisve, SESV 49 straipsnyje uždraudžiami visi vienos valstybės narės subjektų įsisteigimo kitoje valstybėje narėje apribojimai. Įsisteigimo laisvė apima ir teisę imtis savarankiškai dirbančių asmenų veiklos bei ją verstis¹⁰⁸, taip pat steigti ir valdyti įmones tomis pačiomis sąlygomis, kurios įsisteigimo šalies teisės aktuose yra nustatytos jos pačios subjektams. Pagal SESV 54¹⁰⁹ straipsnį įsisteigimo laisvė taip pat yra garantuojama bendrovėms arba firmoms, kurios veikia pagal civilinę ar komercinę teisę, įskaitant kooperatyvus ir kitus pagal viešąją ar privatinę teisę veikiančius juridinius asmenis, išskyrus nesiekiančiuosius pelno.

Įsisteigimo laisvės apribojimu laikytinos bet kokios nacionalinės nuostatos, kurios gali trukdyti naudotis pagal Sutartį garantuojamomis pagrindinėmis laisvėmis arba dėl kurių jų vykdymas gali būti mažiau patrauklus (*Gebhard*, 1995, 37 punktas).

¹⁰⁸ Teisės imtis savarankiškai dirbančių asmenų veiklos dalimi esanti teisė į profesinių kvalifikacijų pripažinimą yra nagrinėjama šios disertacijos dalyje „1.2. DARBUOTOJŲ IR SAVARANKIŠKAI DIRBANČIŲ ASMENŲ JUDĖJIMO LAISVĖ: TEISĖ Į PROFESINIŲ KVALIFIKACIJŲ PRIPAŽINIMĄ“.

¹⁰⁹ SESV nuostatoms, nagrinėjamoms šioje disertacijos dalyje, analogiškos nuostatos yra įtvirtintos EEE susitarimo (Europos ekonominės erdvės susitarimas, 1993, toliau – EEE susitarimas) 31 ir 34 straipsniuose. Taigi toliau pateikiamas vertinimas aktualus ir EEE ELPA valstybių subjektų atžvilgiu. Kita vertus, nagrinėjama Direktyva 2018/958 dar nėra inkorporuota į EEE susitarimą. Tuo tarpu EB bei jos valstybių narių ir Šveicarijos Konfederacijos susitarimas dėl laisvo asmenų judėjimo (Europos bendrijos bei jos valstybių..., 1999) nesuteikia juridiniams asmenims teisės įsisteigti vienos ar kitos Susitariančiosios Šalies teritorijoje. Pagal šį susitarimą teisė įsisteigti vienoje Susitariančiosios Šalies teritorijoje suteikiama tik savarankiškai dirbantiems ES valstybės narės ar Šveicarijos Konfederacijos piliečiams (*Grimme*, 2009, 35 ir 36 punktai).

Pagal ESTT praktiką, nagrinėjančią įsisteigimo laisvės taikymą sveikatos apsaugos srityje, kiek tai susiję su subjektais, kiekvienas sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas (ligoninė, vaistinė, šeimos gydytojo kabinetas ir kt.), neatsižvelgiant į jo teisinę formą, naudojasi įsisteigimo laisve pagal ES teisę ir jo veikla yra pripažįstama ekonomine¹¹⁰.

SESV 345 straipsnis nurodo, kad Sutartys joku būdu nepažeidžia valstybių narių normų, reglamentuojančių nuosavybės sistemą. Taigi jeigu valstybė narė pati teikia sveikatos priežiūros paslaugas, įsisteigimo laisvės taikymo sritis atitinkamai susiaurėja. Tačiau jeigu valstybės narės sveikatos priežiūros sektoriuje yra numatyta galimybė dalyvauti privatiems paslaugų teikėjams, įsisteigimo laisvė reikalauja įsileisti į šį sektorių ir kitų valstybių narių subjektus.

Svarbu pabrėžti, kad pagal nusistovėjusią ESTT praktiką ES teisės reikalavimai yra taikomi visoms nacionalinėms taisyklėms, kurios yra vienodai taikomos tiek nacionaliniams, tiek užsienio subjektams, nepaisant to, ar konkrečiu atveju jos riboja nacionalinių subjektų, ar subjektų iš kitų valstybių narių veiklą (*Ordine degli Ingegneri di Verona e Provincia ir kt.*, 2013, 35 punktas ir jame nurodyta teismo praktika). Taigi tiek, kiek sektorius yra atviras privatiems sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams, jam skirtos taisyklės turi būti „draugiškos“ vidaus rinkos principams, nepriklausomai nuo to, ar konkrečiu atveju jos yra taikomos Lietuvos, ar kitų valstybių narių subjektams. Jau minėta kalbant apie nuotolinę prekybą vaistais, taip pat profesinių kvalifikacijų pripažinimą, laikantis šio principo, disertacijoje nagrinėjamos Direktyvos 2011/62, 89/105 ir 2018/958, o taip pat minėta Direktyva 2006/123 ESTT praktiką ES vidaus rinkos laisvių srityje sukodifikavo tiek tarpvalstybinėse, tiek vidaus situacijose. Šios disertacijos autorės nuomone, iš aptariamo principo seka ir privačių subjektų teisė nacionaliniuose teismuose tiesiogiai remtis SESV nuostatomis dėl vidaus rinkos laisvių netgi vidaus situacijose, jeigu atitinkama nacionalinė teisės nuostata įpareigoja nacionalinį teismą savo piliečiams suteikti tokias pačias teises, kokias pagal ES teisę esant tokiai pačiai situacijai turi kitos valstybės narės pilietis (žr. šiuo aspektu *Memoria Srl*, 2018, 23-25 punktus). Tuo labiau privatūs subjektai turi teisę tiesiogiai remtis direktyvų nuostatomis, kurios įgyvendina SESV nuostatas dėl vidaus rinkos laisvių ar kodifikuoja ESTT praktiką šių laisvių srityje tiek tarpvalstybinėse, tiek vidaus situacijose, su sąlyga, kad aptariamoms direktyvų nuostatomis atitinka tiesioginiam direktyvų taikymui keliamus reikalavimus.

¹¹⁰ Žr. plačiau Janeckaitė, 2015, p. 143.

Išskyrus Direktyvą 2005/36, kuri jau buvo nagrinėjama šios disertacijos 1.2 dalyje, skirtoje darbuotojų ir savarankiškai dirbančių asmenų judėjimo laisvei, taip pat su ja susijusią Direktyvą 2018/958, kitų ES antrinės teisės aktų įsisteigimo laisvės srityje, kurie būtų specifiskai susiję su sveikatos apsaugos sistema, nėra¹¹¹. Kitaip tariant, ES teisė nenustato, kurie konkrečiai įsisteigimo laisvės apribojimai sveikatos apsaugos srityje turėtų būti panaikinti. Be to, šioje srityje netgi užsienio subjektus diskriminuojantys reikalavimai teoriškai galėtų būti pateisinti, nes visuomenės sveikatos apsauga yra viena iš pačioje SESV numatytų leidžiančių nukrypti nuostatų, įsisteigimo laisvės atveju įtvirtintų SESV 52 straipsnio 1 dalyje¹¹². Taip pat ESTT pripažįsta, kad kiekviena valstybė narė gali nustatyti skirtingą visuomenės sveikatos apsaugos lygį (žr., pavyzdžiui, *Ker-Optika*, 2010, 58 punktas). Todėl nagrinėjant ESTT praktiką, kurioje buvo vertinami kitų valstybių narių įsisteigimo laisvės apribojimai sveikatos apsaugos srityje, taip pat negalima vienareikšmiškai nustatyti, kurie Lietuvoje taikomi apribojimai prieštarauja įsisteigimo laisvei. Situaciją komplikuoja ir tai, kad, kaip minėta, tokių apribojimų sąvoka praktiskai reiškia, kad bet kuri nacionaliniu lygmeniu priimta priemonė, koku nors aspektu reguliuojanti rinką, patenka į ES teisės taikymo sferą, nepaisant to, kad ši priemonė gali būti taikoma vienodai, be jokios diskriminacinės potekstės (Jarukaitis, 2014, p. 61; Shuibhne, Maci, 2013, p. 970-971). Tokios priemonės sveikatos apsaugos srityje gali būti susiję su jau pirmiau nagrinėtu profesijų reglamentavimu¹¹³, veiklos sveikatos apsaugos srityje licencijavimu ar jo sąlygomis, taip pat su sąlygomis, kuriomis atitinkama veikla gali būti vykdoma, ir t. t.

Atsižvelgiant į tai, šioje disertacijos dalyje buvo pasirinkta nagrinėti ne konkrečius Lietuvoje tebetaikomus ar panaikintus įsisteigimo laisvės

¹¹¹ Pažymėtina, kad nors sveikatos priežiūros paslaugos patenka į SESV nuostatų taikymo apimtį, Direktyva 2006/123 joms nėra taikoma: žr. Direktyvos 2006/123 2 straipsnio 2 dalies f punktą, taip pat 2013 m. liepos 11 d. sprendimą *Femarbel* (*Femarbel*, 2013, 53 punktas), kuriame ESTT nusprendė, kad minėta direktyvos nuostata reikia aiškinti taip, kad sveikatos priežiūros paslaugų pašalinimas iš šios direktyvos taikymo srities apima bet kokią veiklą, skirtą įvertinti, išlaikyti ar atkurti pacientų sveikatos būklę, jeigu ją vykdo specialistai, kurie tokiais pripažinti pagal atitinkamos valstybės narės teisės aktus, nepaisant įstaigos, kurioje teikiamos priežiūros paslaugos, organizavimo bei finansavimo tvarkos ir to, ar ji privati, ar valstybinė. Tačiau, žinoma, Direktyva 2006/123 gali būti taikoma kai kurioms kitoms paslaugoms sveikatos apsaugos srityje, išskyrus sveikatos priežiūros paslaugas.

¹¹² Žr. plačiau Janeckaitė, 2015, p. 145.

¹¹³ Žr. kaip pavyzdį EK atliktą teisės užsiimti ar verstis kai kuriomis profesijomis apribojimų valstybėse narėse vertinimą EK 2017 m. komunikatą COM (2016) 820 final (European Commission, 2017b).

apribojimus sveikatos apsaugos srityje, tačiau tai, ar atliekama tokių apribojimų proporcingumo patikra ir, jeigu atsakymas yra teigiamas, ar pakankama tokios patikros kokybė. Nors bus konkrečiai nagrinėjami galimi apribojimai įsisteigimo laisvės srityje, šioje disertacijos dalyje toliau pateikiamas vertinimas yra aktualus ir visoms kitoms ES vidaus rinkos laisvėms.

Kaip matėme, iš SESV kyla kiekvieno sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo subjektinė teisė į apsaugą nuo nepagrįstų įsisteigimo laisvės apribojimų. Su tuo logiškai turėtų būti susijusi ir procedūrinė teisė, t. y. siekiant užtikrinti minėtą subjektinę teisę, kažkuriame etape turi būti atliekamas vertinimas dėl to, ar atitinkami apribojimai yra pagrįsti.

Šiame kontekste reikėtų nurodyti, kad pagal minėtą Direktyvą 2018/958, kuri taip pat taikoma reglamentuojant profesijas sveikatos apsaugos srityje, valstybės narės privalo užtikrinti, kad prieš nustatant naujas teisėkūros, reglamentavimo ar administracines nuostatas, kuriomis ribojama galimybė užsiimti ar verstis reglamentuojamomis profesijomis, ar iš dalies keičiant esamas nuostatas, atitinkamos kompetentingos valdžios institucijos atliktų jų proporcingumo patikrą, laikydamosi šioje direktyvoje nustatytų taisyklių.

Direktyva 2018/958, be kita ko, kodifikuoja ESTT praktiką ES vidaus rinkos laisvių apribojimų pagrįstumo ir proporcingumo vertinimo srityje (Europos Komisija, 2016c, p. 4) ir pateikia bendrą požiūrį, kaip toks vertinimas turi būti atliekamas. Todėl ši direktyva gali būti pasitelkiama, siekiant nustatyti, ar valstybėje narėje atliekama proporcingumo patikra atitinka ESTT praktikoje keliamus reikalavimus.

Minėta, kad į Direktyvos 2018/958 taikymo sritį patenkančių apribojimų vertinimas turi būti atliekamas *prieš* priimant naujas arba iš dalies keičiant esamas įstatymų ar kitų teisės aktų nuostatas, nustatančias šiuos apribojimus. Todėl net jeigu valstybės narės priimama priemonė būtų suderinama su ES teise, valstybė narė pažeis direktyvą vien dėl to, kad *ex ante* nebuvo atlikta atitinkamų nuostatų proporcingumo patikra, nesant reikalo analizuoti pačių priimtų nuostatų turinio.

Šia prasme Direktyva 2018/958 skiriasi nuo pareigos atlikti įsisteigimo laisvės apribojimų vertinimą pagal SESV 49 straipsnį. T. y. SESV konkrečiai nenustato, kada įsisteigimo laisvės apribojimai turi būti įvertinti dėl jų pagrįstumo svarbiomis bendrojo intereso priežastimis ir atitikties proporcingumo principui. Teoriškai ES teisės prasme net jeigu valstybė narė atliktų *post-hoc* vertinimą ir pirmą kartą savo teisės aktų pagrindimą dėl jų atitikties įsisteigimo laisvei pateiktų bylos nagrinėjimo ESTT etape, tai dar automatiškai nereikštų, kad minėti teisės aktai yra nepateisinami, nes ESTT

vis tiek vertintų valstybės narės pateiktų argumentų turinį¹¹⁴. Taigi šia prasme SESV 49 straipsnis iš esmės nustato rezultatą – kad valstybėje narėje nebūtų nepateisinamų įsisteigimo laisvės apribojimų, o kaip jį pasiekti, yra paliekama pačioms valstybėms narėms. Vis dėlto turbūt akivaizdu, kad siekiant užtikrinti valstybių narių taikomų priemonių pagrįstumą ir proporcingumą, sprendimai dėl šių priemonių turi būti paremti patikimu ir objektyviu vertinimu ir priimami atvirai ir skaidriai¹¹⁵. O tam yra būtina ne tik kad būtų atlikta priimamų priemonių proporcingumo patikra, bet ir kad ši patikra būtų atliekama prieš priimant atitinkamas nuostatas (European Commission, 2017a, p. 17; žr. Lietuvos teisės kontekste Murauskas, 2019, p. 199).

Kalbant apie pareigos atlikti įsisteigimo apribojimų patikrą turinį, galima paminėti, kad analizuojant konkrečius ESTT sprendimus sveikatos apsaugos srityje galima stebėti tam tikrą šio teismo santūrumą, nes iš esmės jo praktikoje reikalaujama tik tiek, kad nacionalinės taisyklės būtų nediskriminuojančios, pagrįstos svarbiomis bendrojo intereso priežastimis, nuoseklios ir pakankamai apribotų valdžios institucijų diskreciją. Kitaip tariant, ESTT išsamiai nevertino valstybių narių sveikatos apsaugos sistemų veiksmingumo (Janeckaitė, 2015, p. 148-149), t. y. jų proporcingumo siaurąja prasme. Vis dėlto ypač naujausia ESTT praktika, susijusi su įsisteigimu asmenų, norinčių kitoje valstybėje narėje sveikatos apsaugos srityje užsiimti reglamentuojama profesija (žr., pavyzdžiui, *Federspiel*, 2017, 49 punktas; *Malta Dental Technologists Association*, 2017, 62 punktas; Generalinio advokato P. Mengozzi išvada, *Malta...*, 2017, 26-30 punktai), leidžia manyti, kad sveikatos priežiūros srityje nėra kliūčių taikyti kur kas platesnę proporcingumo principo sampratą, taikomą kitose ES teisės srityse, pagal kurią yra reikalaujama patikrinti, ar atitinkamo tikslo negalima pasiekti kitomis, mažiau ribojančiomis priemonėmis. Tokio požiūrio laikomasi ir Direktyvoje 2018/958. Pavyzdžiui, šios direktyvos 7 straipsnio 2 dalies e punkte yra reikalaujama, kad prieš priimdamos atitinkamas nuostatas valstybės narės atsižvelgtų į galimybę naudoti mažiau ribojančias priemones

¹¹⁴ Nors žr. paslaugų teikimo laisvės srityje (azartiniai lošimai) 2011 m. rugsėjo 15 d. sprendimą *Dickinger* (*Dickinger*, 2011, 54 ir 56 punktai). Jame ESTT nurodė, kad „<prašymą> priimti prejudicinį sprendimą pateikęs teismas turi patikrinti, ar **pagrindinės bylos aplinkybių susiklostymo metu nacionalinės valdžios institucijos iš tikrųjų siekė užtikrinti ypač aukštą apsaugos lygį nurodytų tikslų atžvilgiu** <...> nacionalinės teisės aktai gali garantuoti nurodyto tikslo įgyvendinimą, tik jeigu jais nuosekliai ir sistemingai siekiama šio tikslo“ (Paryškinta šios disertacijos autorės).

¹¹⁵ Žr. Komisijos analizę dėl valstybių narių atliekamos proporcingumo patikros reglamentuojamų profesijų srityje European Commission, 2017a.

siekiant viešojo intereso tikslo. Paprastumo dėlei šioje disertacijoje laikomasi požiūrio, kad proporcingumo patikros intensyvumas sveikatos apsaugos srityje niekuo nesiskiria nuo Direktyvoje 2018/958 pateikto požiūrio.

Atsižvelgiant į nustatytą įsisteigimo laisvės turinį, toliau nagrinėjant šios laisvės poveikį Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui, visų pirma, reikia ištirti, kiek privatūs subjektai gali dalyvauti šioje sistemoje. Tą nustačius bus matyti įsisteigimo laisvės taikymo Lietuvos sveikatos sistemoje apimtis, t. y. apimtis, kurioje Lietuvoje turi būti garantuojama subjektų apsauga nuo nepagrįstų įsisteigimo laisvės apribojimų. Antra, reikia nustatyti, kaip konkrečiai įsisteigimo laisvė veikia (gali paveikti) minėtą sritį. Šiuo tikslu bus nagrinėjama, ar Lietuvoje prieš priimant teisės aktus sveikatos apsaugos srityje yra atliekama įsisteigimo laisvės apribojimų proporcingumo patikra ir, jeigu atsakymas yra teigiamas, ar atliekama patikra yra pakankama ES teisės prasme, t. y. bus nagrinėjama, ar reikalavimai LR teisės aktų rengimui užtikrina įsisteigimo laisvės apribojimų proporcingumo patikrą ir ar tokia patikra yra atliekama praktiškai. Trečia, reikia nustatyti, kaip nacionaliniai teismai atlieka įsisteigimo laisvės apribojimus sveikatos srityje nustatančių teisės aktų reikalavimų pagrįstumo ir proporcingumo teisminę kontrolę. Atlikus minėtą vertinimą, bus pateikiamas nagrinėjamos judėjimo laisvės poveikio Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui analizė.

1.3.1. Įsisteigimo laisvės taikymo Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai apimtis

Privačių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų dalyvavimo Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje klausimas buvo nagrinėjamas minėtuose LRKT 2013 m. gegužės 16 d. nutarime ir LRKT 2014 m. vasario 26 d. sprendime dėl 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo nuostatų išaiškinimo.

LRKT konstatavo, kad Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje įtvirtinta nemokamos medicinos pagalbos piliečiams valstybinėse gydymo įstaigose garantija įpareigoja valstybę sukurti reikiamą valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir iš valstybės biudžeto lėšų apmokėti šios pagalbos teikimo išlaidas. Įstatymų leidėjas turi pareigą nustatyti tokios nemokamos, iš valstybės biudžeto lėšų finansuojamos, medicinos pagalbos apimtį tokiu mastu, kokiu ji yra būtina žmogaus gyvybei gelbėti ir išsaugoti. Valstybė taip pat gali prisiimti ir didesnius finansinius įsipareigojimus negu implikuoja konstitucinė nemokamos medicinos pagalbos piliečiams garantija, tačiau tokiu atveju turi būti atsižvelgiama į valstybės finansines galimybes ir paisoma konstitucinių vertybių pusiausvyros.

Tačiau ši garantija nereiškia, kad nemokama, iš valstybės biudžeto lėšų finansuojama, pagalba turėtų būti teikiama tik valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose. Tais atvejais, kai tokia pagalba dėl tam tikrų aplinkybių negali būti laiku ir kokybiškai suteikta valstybinėse gydymo įstaigose, ji gali būti teikiama ir kitose ją suteikti pajėgiose sveikatos priežiūros įstaigose, asmenų patiriamas šios pagalbos teikimo išlaidas apmokant iš valstybės biudžeto lėšų.

Kiek tai susiję su kitomis sveikatos priežiūros paslaugomis, valstybė privalo sukurti tokią šių paslaugų finansavimo sistemą, kuri leistų sukaupti jų teikimo išlaidoms apmokėti būtinas lėšas, t. y. numatyti visuomenės solidarumu grindžiamą būdą sukaupti reikiamas viešąsias lėšas, *inter alia*, PSD, kuris turi būti visuotinis, t. y. apimantis visus visuomenės narius, ir kurio lėšomis turėtų būti apmokamos tik sveikatos priežiūros paslaugos, nepriskirtos nemokamos medicinos pagalbos paslaugoms. Taip pat įstatymų leidėjas turi įgaliojimus nustatyti, kad už tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas turi būti atsiskaitoma iš privačių finansavimo šaltinių, kaip antai iš savanoriškojo sveikatos draudimo fondų lėšų, tiesioginiais pačių asmenų mokėjimais ir kt.

Įstatymų leidėjas taip pat turi pareigą aiškiai apibrėžti PSD lėšomis finansuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtį. Tai gali būti padaryta nurodant paslaugas, teikiamas apdraustiesiems už šio draudimo lėšas, arba, priešingai, tas, kurių teikimo išlaidos iš draudimo lėšų nėra apmokamos ir už kurias turi būti sumokama iš privačių šaltinių, o jeigu tiksliai nurodyti neįmanoma, turi būti nustatyti pakankamai aiškūs kriterijai, pagal kuriuos būtų galima spręsti konkrečiu atveju.

LRKT konstatavo, kad reguliuodamas PSD lėšų paskirstymą sveikatos priežiūros įstaigoms, įstatymų leidėjas privalo atsižvelgti į tai, kad Lietuvos ūkis yra grindžiamas privačios nuosavybės teise, asmens ūkinės veiklos laisve ir iniciatyva (Konstitucijos 46 straipsnio 1 dalis). Valstybė turi pareigą užtikrinti, kad valstybėje nuolat veiktų pakankamas tinklas tinkamai paskirstytų įvairias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, tarp jų – Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje *expressis verbis* nurodytų valstybinių gydymo įstaigų. Įstatymų leidėjui kyla pareiga nustatyti tokį sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo PSD lėšomis teisinį reguliavimą, kuriuo būtų sudarytos prielaidos valstybei šį finansavimą planuoti ir lėšas sveikatos priežiūros įstaigoms paskirstyti taip, kad būtų nepaneigta valstybės priedermė remti privačia nuosavybės teise pagrįstas visuomenei naudingas ūkines pastangas ir iniciatyvą, sąžininga sveikatos priežiūros įstaigų konkurencija, sveikatos priežiūros paslaugų vartotojo (paciento) teisė pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą. Įstatymų leidėjas gali nustatyti šių paslaugų finansavimo

sąlygas ir apribojimus, *inter alia* tokią šių lėšų paskirstymo tvarką, pagal kurią jos būtų skiriamos tik tų sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų teikimo išlaidoms apmokėti, kurios su valstybės įgaliota institucija įstatymo nustatytais sąlygomis būtų sudariusios atitinkamą sutartį dėl iš PSD lėšų finansuojamų paslaugų teikimo. Tokių sutarčių sudarymo tvarka turėtų būti grindžiama objektyviais, iš anksto žinomais nediskriminaciniais kriterijais, kuriais nebūtų paneigta sąžiningos konkurencijos laisvė, kiti Konstitucijoje įtvirtinti Lietuvos ūkio principai.

Taigi aptarti LRKT 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas ir LRKT 2014 m. vasario 26 d. sprendimas leidžia teigti, kad privačių paslaugų teikėjų dalyvavimas Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje yra garantuojamas pačios Konstitucijos. Kiek tai susiję su LRKT apibrėžta nemokama medicinos pagalba, privačiose sveikatos priežiūros įstaigose tokia pagalba gali būti teikiama, kai dėl tam tikrų aplinkybių ji negali būti laiku ir kokybiškai suteikta valstybinėse gydymo įstaigose, nors LRKT ir nedetalizavo, kokia tvarka privatiems gydymo įstaigoms gali būti pavedama teikti tokią pagalbą¹¹⁶.

O kalbant apie sveikatos priežiūros paslaugas, kurios yra apmokamos PSD lėšomis, įstatymų leidėjas turi teisę pasirinkti tokį reguliavimą, kad minėtos lėšos būtų skiriamos tik tų sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų teikimo išlaidoms apmokėti, kurios su valstybės įgaliota institucija yra sudariusios atitinkamą sutartį. Tokių sutarčių sudarymo tvarka turėtų būti grindžiama objektyviais, iš anksto žinomais nediskriminaciniais kriterijais, kuriais nebūtų paneigta sąžiningos konkurencijos laisvė, kiti Konstitucijoje įtvirtinti Lietuvos ūkio principai.

Galima nurodyti, kad minėta LRKT suformuluota konstitucinė doktrina buvo vienas iš pagrindų, kuriuo remiantis Respublikos Prezidento 2018 m. liepos 10 d. dekretu Nr. 1K-1349 (Respublikos Prezidento 2018 m. liepos 10 d. dekretas, toliau – Respublikos Prezidento 2018 m. liepos 10 d. dekretas) LR Seimui pakartotinai svarstyti buvo grąžinti LR Seimo priimti įstatymai, kuriuose buvo nustatyta, kad stacionarios sveikatos priežiūros paslaugos, apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, visų pirma turi būti teikiamos valstybinėse ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigose, o kitose įstaigose tokios paslaugos gali būti teikiamos tik tuo atveju, jeigu valstybinės ir savivaldybių įstaigos neužtikrina reikiamo šių paslaugų teikimo masto.

¹¹⁶ Žr. šiuo aspektu šios disertacijos dalį „2.5. ES KONKURENCIJOS TAIKYLIŲ TAIKYMAS ORGANIZUOJANT IR REGULIUOJANT LIETUVOJE VIEŠŲJŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMĄ“.

Dekrete buvo pažymėta, kad toks teisinis reguliavimas neatitinka LRKT išaiškinimų dėl PSD pagrįsto sveikatos priežiūros finansavimo modelio turinio, nedera su Konstitucijoje įtvirtintais nediskriminavimo, sąžiningos konkurencijos laisvės, paciento teisės pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą principais. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo finansavimas PSDF biudžeto lėšomis turi būti pagrįstas ne šių paslaugų teikėjų nuosavybe ir teisine forma bei atitinkamu jų priskyrimu LNSS valstybės ir savivaldybių biudžetinių bei viešųjų įstaigų tinklui, tačiau įstatyme nustatytais visoms sveikatos priežiūros įstaigoms keliamais objektyviais kriterijais ir sąlygomis, kurios užtikrintų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę¹¹⁷.

Projektus, kurių pagrindu buvo priimti minėti įstatymai, kritikavo ir Konkurencijos taryba kaip neatitinkančius Konstitucijoje įtvirtintos ūkinės veiklos laisvės ir LRKT išaiškinimų, susijusių su teise į sveikatos priežiūrą (Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba, 2018c).

Be to, remiantis LRKT suformuluota konstitucine doktrina, galima teigti, kad privačių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir kitų privačių subjektų dalyvavimas Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje kitais atvejais (iš privačių lėšų mokamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, farmacija ir kt.) tuo labiau negalėtų būti uždraustas ar ribojamas daugiau, negu tai būtina demokratinėje visuomenėje, kai reikia apsaugoti kitų asmenų teises bei laisves ir Konstitucijoje įtvirtintas vertybes, taip pat konstituciškai svarbius tikslus (žr., pavyzdžiui, Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2004 m. sausio 26 d. nutarimą).

Šia prasme svarbus yra LRKT 2002 m. kovo 14 d. nutarimas (Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2002 m. kovo 14 d. nutarimas), kuriame buvo nagrinėjamas klausimas, ar Konstitucijai neprieštarauja nuostata, pagal kurią vaistinės, išskyrus valstybines, valstybines akcines ir labdaros organizacijų vaistines, gali priklausyti nuosavybės teise tik turintiems aukštąjį farmacinį išsilavinimą fiziniams asmenims arba fizinių asmenų grupėms, kuriose daugiau kaip pusė vaistinės (vaistinės dalies) įstatinio kapitalo priklauso asmenims, turintiems aukštąjį ar specialųjį vidurinį farmacinį išsilavinimą.

Šiame nutarime LRKT pažymėjo, kad pagal Konstituciją farmacinė veikla turi būti reguliuojama taip, kad nebūtų varžoma ūkinės veiklos laisvė ir

¹¹⁷ Minėti įstatymai po grąžinimo Seimui pakartotinai svarstyti priimti nebuvo ir šiuo metu įstatymai nenustato pirmenybės valstybinėms ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigoms teikti stacionarias sveikatos priežiūros paslaugas, apmokamas PSDF biudžeto lėšomis.

iniciatyva, sąžininga konkurencija. Kadangi nagrinėjama LR farmacinės veiklos įstatymo (Lietuvos Respublikos farmacinės veiklos įstatymas, 1991, toliau – Farmacinės veiklos įstatymas) nuostata buvo susijusi su teise į nuosavybę, LRKT priminė, kad šios teisės negalima riboti daugiau, negu tai būtina demokratinėje visuomenėje, kai reikia apsaugoti Konstitucijoje įtvirtintas vertybes bei viešąjį interesą. Tačiau pagal Konstituciją neleidžiama riboti asmens teisės į nuosavybę priklausomai nuo asmens išsilavinimo. Atitinkamai, išsilavinimo reikalavimai negali būti nustatomi asmenims, siekiantiems turėti nuosavybės teise vaistinių¹¹⁸.

Kaip minėta, įsisteigimo laisvė nedraudžia valstybei pačiai vykdyti atitinkamą veiklą. Šiame kontekste galima paminėti Sveikatos apsaugos ministerijos parengtą LR Farmacijos įstatymo Nr. X-709 2, 8, 19, 33, 35, 59¹, 68¹ straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo aštuntuoju¹ skirsniu įstatymo projektą Nr. 17-5735 (Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo... projektas, 2017a), kuriuo, be kita ko, iš esmės buvo siekiama įteisinti valstybinių vaistinių tinklo sukūrimą, t. y. įtvirtinti leidimą steigti vaistines visoms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms (**ASPI**), teikiančioms tiek stacionaro, tiek ambulatorines paslaugas. Valstybinėms ir savivaldybių ligoninių bei poliklinikų įsteigtoms vaistinėms būtų leista parduoti vaistus gyventojams ir juridiniams asmenims, nevykdantiems sveikatos priežiūros ar farmacinės veiklos. Įsisteigimo laisvė negali būti aiškinama kaip koku nors būdu draudžianti valstybei narei pačiai vykdyti ekonominę veiklą. Todėl minėtos nuostatos nelaikytinos įsisteigimo laisvės apribojimu. Šiuo atžvilgiu negalima sutikti su Lietuvos laisvosios rinkos instituto 2019 m. gruodžio 12 d. rašte išdėstytomis nepriklausomo ekspertinio vertinimo išvadomis (Lietuvos laisvosios rinkos institutas, 2019), kuriose pateikta priešinga nuomonė. Įstatymo projekte siūlomoms nuostatoms nepritarė Konkurencijos taryba (Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba, 2017; žr. taip pat Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba, 2018b), be kita ko, remdamasi tuo, kad valstybės dalyvavimas versle buvo siūlomas neįvertinus pasekmių rinkai. Be to, Konkurencijos tarybos nuomone, apskritai valstybė turėtų imtis iniciatyvos teikti visuomenei reikalingas paslaugas tik turėdama pakankamai patikimų duomenų apie tai, kad tam tikros paslaugos yra neišvengiamai būtinos visuomenės poreikiams ir interesams užtikrinti ir kad jų teikimo negali užtikrinti veiksminga konkurencija tarp privačių ūkio subjektų ar jų neteikia privatūs ūkio subjektai. Tuo tarpu mažmeninės prekybos vaistais rinka

¹¹⁸ Žr. daugiau apie šį nutarimą šios disertacijos dalyje „1.3.4. Teisinė įsisteigimo laisvės apribojimų pagrįstumo ir proporcingumo kontrolė“.

Lietuvoje yra konkurencinga, joje veikia keliasdešimt ūkio subjektų, kurie įsteigę virš 1,3 tūkstančio vaistinių. 2018 m. birželio 30 d. priimtas įstatymas Nr. XIII-1408 numatė, kad ligoninės vaistinės turi teisę vaistus parduoti tik stacionariai besigydantiems pacientams. Nors priėmus šį įstatymą diskusijos dėl valstybinių vaistinių nesibaigė¹¹⁹.

Taigi šioje disertacijos dalyje apibrėžta apimtimi, kuri kyla iš Konstitucinio reguliavimo, bet koks žemesnės galios teisinis reguliavimas, nustatantis subjektų dalyvavimo Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje sąlygas ir tvarką, turi būti pagrįstas SESV prasme. Norint įvertinti, ar šios pareigos yra laikomasi, pirmiausia reikia atsakyti į klausimą, ar reikalavimai LR teisės aktų rengimui užtikrina tinkamą įsisteigimo laisvės apribojimų proporcingumo patikrą.

1.3.2. Įsisteigimo laisvės apribojimų proporcingumo patikra pagal LR teisės aktų rengimo reikalavimus

Reikalavimai teisės aktų rengimui yra nustatyti LR Seimo statute (Lietuvos Respublikos Seimo statutas, 1994), Vyriausybės įstatyme (Lietuvos Respublikos Vyriausybės įstatymas, 1994), LR teisėkūros pagrindų įstatyme (Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymas, 2012; toliau – Teisėkūros pagrindų įstatymas)¹²⁰, LR konkurencijos įstatyme (Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymas, 1999, toliau – Konkurencijos įstatymas), Vyriausybės darbo reglamente¹²¹, Numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo metodikoje¹²², ES reikalų koordinavimo taisyklėse¹²³, kai kuriuose kituose teisės aktuose. Be abejo, reikalavimai teisės aktų rengimui, visų pirma, kyla iš Konstitucijos, kaip antai, konstitucinio teisinės valstybės principo ar konstitucinio atsakingo valdymo principo, kaip jie aiškinami

¹¹⁹ Žr. LR Seimo narių parengtą LR farmacijos įstatymo Nr. X-709 35 straipsnio pakeitimo įstatymo projektą Nr. XIIIIP-1939 (Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo... projektas, 2018b).

¹²⁰ Žr. plačiau apie 2012 m. Teisėkūros pagrindų įstatyme įtvirtintas naujoves Andruškevičius, Kriaučiūnas, Lastauskienė, 2015, p. 87-88.

¹²¹ Patvirtintas Vyriausybės 1994 m. rugpjūčio 11 d. nutarimu Nr. 728 (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1994 m. rugpjūčio 11 d. nutarimas Nr. 728).

¹²² Patvirtinta Vyriausybės 2003 m. vasario 26 d. nutarimu Nr. 276 (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. vasario 26 d. nutarimas Nr. 276, toliau – Vyriausybės 2003 m. vasario 26 d. nutarimas Nr. 276).

¹²³ Patvirtintos Vyriausybės 2004 m. sausio 9 d. nutarimu Nr. 21 (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004 m. sausio 9 d. nutarimas Nr. 21).

LRKT ar LVAT praktikoje¹²⁴. Šie reikalavimai bus aptarti kalbant apie teisminę įsisteigimo laisvės apribojimų pagrįstumo ir proporcingumo kontrolę¹²⁵. Tuo tarpu šioje dalyje bus tiriamos būtent ordinarinės teisės nuostatos.

Nė vienas iš minėtų teisės aktų tiesiogiai nenumato, kad prieš priimant naujas ar keičiant galiojančias teisės aktų nuostatas, ar vėliau, turi būti atliekama numatomo teisinio reguliavimo, kuriuo nustatomi įsisteigimo laisvės ar bet kurios kitos ES vidaus rinkos laisvės apribojimai, proporcingumo patikra.

Todėl galima kalbėti tik apie teisės nuostatas, kurios tokią patikrą galėtų užtikrinti netiesiogiai, ypač jeigu vidaus rinkos laisvių apribojimų vertinimą dėl jų pagrįstumo ir proporcingumo suprantame plačiai, kaip įtikinamą paaiškinimą, kur reikia, pagrįstą atitinkama informacija ar analize, taip pat konkrečiais įrodymais, kurie leistų pagrįstai manyti, kad pasirinktos priemonės yra pagrįstos bendrojo intereso priežastimis, tinkamos ir proporcingos numatytiems tikslams pasiekti (*The Scotch Whisky Association ir kt.*, 2015, 54-56, 59 punktai; *Stoß ir kt.*, 2010, 72 punktas; *Deutsche Parkinson Vereinigung*, 2016, 35, 36 ir 42 punktai ir juose nurodyta teismo praktika).

Visų pirma, iš dalies tokią patikrą netiesiogiai galėtų užtikrinti pareiga teisės akto projekto lydimuosiuose dokumentuose nurodyti teisinio reguliavimo poveikio vertinimo rezultatus¹²⁶, taip pat tai, ar siūlomos teisės aktų nuostatos atitinka ES teisę. Antai, pagal LR Seimo statuto 135 straipsnio 3 dalies 5 ir 10 punktus kartu su LR Seimui teikiamu įstatymo projektu, išskyrus Konstitucijos suteiktą teisę įgyvendinančių LR piliečių teikiamą įstatymo projektą, turi būti pateikiamas aiškinamasis raštas, kuriame nurodomi numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo rezultatai (jeigu rengiant įstatymo projektą toks vertinimas turi būti atliktas ir jo rezultatai nepateikiami atskiru dokumentu), taip pat ar įstatymo projektas atitinka ES dokumentus. Pagal Teisėkūros pagrindų įstatymo 15 straipsnio 2 dalį atliekant numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimą, nustatomas galimas teigiamas ir neigiamas poveikis to teisinio reguliavimo sričiai, asmenims ar jų

¹²⁴ Žr. plačiau apie šiuos principus Andruškevičius, Kriaučiūnas, Lastauskienė, 2015, p. 75-77; Murauskas, 2019, p. 203-205.

¹²⁵ Žr. šios disertacijos dalį „1.3.4. Teisminė įsisteigimo laisvės apribojimų pagrįstumo ir proporcingumo kontrolė“.

¹²⁶ Žr. apskritai apie teisinio reguliavimo poveikio vertinimo sistemą ir teisės aktų poveikio stebėseną Andruškevičius, Kriaučiūnas, Lastauskienė, 2015, p. 92-97; Murauskas, 2019.

grupėms, kuriems bus taikomas numatomas teisinis reguliavimas. Atsižvelgiant į teisės akte numatomo naujo teisinio reguliavimo pobūdį, mastą, turi būti įvertinamas poveikis ekonomikai, konkurencijai, valstybės finansams, socialinei aplinkai, viešajam administravimui, teisinei sistemai, kriminogeninei situacijai, korupcijos mastui, aplinkai, administracinei naštai, regionų plėtrai ir kitoms sritims.

Vis dėlto teisinio reguliavimo poveikio vertinimas neprivalo būti atliekamas visais atvejais. Teisėkūros pagrindų įstatymo 15 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad toks vertinimas privalo būti atliekamas tik tada, kai rengiamas teisės akto, kuriuo numatoma reglamentuoti iki tol nereglementuotus santykius, taip pat kuriuo iš esmės keičiamas teisinis reguliavimas, projektas, o sprendimą dėl numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo priima teisės akto projekto rengėjas.

Numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo metodikos 4 punkte nustatyta, kad turi būti atliekamas prioritetinių teisėkūros iniciatyvų, įstatymų ir Vyriausybės nutarimų projektų, teikiamų svarstyti Vyriausybei¹²⁷, numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimas, kai numatoma reglamentuoti iki tol nereglementuotus santykius, taip pat kai iš esmės keičiamas teisinis reguliavimas.

Metodika išskiria prioritetinių teisėkūros iniciatyvų, kurių sąrašą kasmet tvirtina Vyriausybė, ir kitų projektų poveikio vertinimą. Atliekant prioritetinių teisėkūros iniciatyvų poveikio vertinimą, metodikoje siūloma, be kita ko, vadovautis 1 priede pateiktu Numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo klausimynu ir Konkurencijos tarybos parengtomis Sprendimų poveikio konkurencijai vertinimo gairėmis (Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba, 2012a)¹²⁸.

Vienas iš aspektų, kuriuo vertinamos prioritetinės teisėkūros iniciatyvos, yra jų poveikis ekonomikai, įskaitant verslo sąlygas. Kiek tai susiję su šiomis sąlygomis, minėtame klausimyne siūloma įvertinti „16. <...> ar numatomas

¹²⁷ Metodiką patvirtinusio Vyriausybės 2003 m. vasario 26 d. nutarimo Nr. 276 2 punkte taip pat pavedama ministrams ir kitų Vyriausybei atskaitingų institucijų vadovams, rengiant pagal kompetenciją įsakymų ir kitų teisės aktų projektus, vadovautis Metodikos nuostatomis ir poveikio vertinimo rezultatus pateikti joje nustatyta tvarka.

¹²⁸ Šiomis gairėmis Konkurencijos taryba rekomenduoja vadovautis vertinant Numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo metodikoje numatytą poveikį ekonomikai ir regionų plėtrai. Tačiau Konkurencijos tarybos teigimu, iki 2019 m. vidurio ji nebuvo gavusi nei vieno tokio vertinimo nei dėl planuojamų smulkių reguliavimo pokyčių, nei dėl reikšmingų ekonominių projektų (Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba, 2019).

teisinis reguliavimas paveiks laisvą prekių (paslaugų) judėjimą tarp Lietuvos ir kitų Europos Sąjungos valstybių. Kaip?“. Be to, daug kur klausimyne, kalbant apie šias sąlygas, minimas būtinumas ir proporcingumas, pavyzdžiui, 14.3 punkte („Kodėl reikalavimas gauti licenciją (leidimą) yra būtinas, pagrįstas ir proporcingas siekiamam tikslui?“) ar 15.2 punkte („Kodėl įvedami reikalavimai yra būtini, pagrįsti ir proporcingi siekiamam tikslui?“).

Tačiau jeigu projektas nėra priskiriamas prioritetinėms teisėkūros iniciatyvoms, jo poveikio vertinimas apima vertinimą tik keliais nurodytais poveikio vertinimo aspektais. Poveikio ekonomikai tarp šių aspektų nėra.

Vis dėlto net jeigu yra atliekamas prioritetinės teisėkūros iniciatyvos poveikio vertinimas, vargu ar Numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo metodika gali būti vertinama kaip užtikrinanti tinkamą proporcingumo patikrą ES teisės prasme, ypač jeigu lygintume, pavyzdžiui, su ta apimtimi, kuria pagal Direktyvos 2018/958 7 straipsnį turi būti vertinamas galimybės užsiimti reglamentuojamomis profesijomis ar jomis verstis ribojimų proporcingumas. Šiame direktyvos straipsnyje reikalaujama, kad vertindamos tokių ribojimų proporcingumą valstybės narės atsižvelgtų į su viešojo intereso tikslų¹²⁹ siekimu susijusios rizikos pobūdį; tai, ar esamų konkretesnių ar bendresnių taisyklių nepakanka norint pasiekti iškelto tikslo; nuostatos tinkamumą, kiek tai susiję su jos teikiamomis galimybėmis siekti iškelto tikslo, ir ar ja to tikslo siekiama nuosekliai ir sistemingai, taip pat ar ji padeda šalinti nustatytą riziką taip, kaip panašiose veiklos srityse; poveikį laisvam asmenų bei paslaugų judėjimui Sąjungoje, vartotojų galimybėms rinktis ir teikiamų paslaugų kokybei; galimybę naudoti mažiau ribojančias priemones siekiant viešojo intereso tikslo; naujų arba iš dalies pakeistų nuostatų poveikį, kai jos taikomos kartu su kitomis nuostatomis, kuriomis ribojamos galimybės užsiimti profesija ar ja verstis, ir ypač tai, kaip naujomis arba iš dalies pakeistomis nuostatomis kartu su kitais reikalavimais prisidedama siekiant to paties viešojo intereso tikslo ir ar jos būtinos jam pasiekti. Kai tai aktualu, valstybės narės taip pat turi atsižvelgti į ryšį tarp profesinės veiklos ar jai priskirtų veiklos rūšių apimties ir reikalaujamos profesinės kvalifikacijos; ryšį tarp atitinkamų užduočių sudėtingumo ir poreikio, kad jų vykdytojai turėtų konkrečią profesinę kvalifikaciją; galimybę

¹²⁹ Beje, gali kilti klausimas, ar Direktyvoje vartojamas terminas „viešojo intereso tikslai“ (angl. „*the public interest objectives*“) turėtų būti suprantamas plačiau nei ESTT praktikoje suformuluota sąvoka „svarbios bendrojo intereso priežastys“ (angl. „*the overriding reasons of public interest*“). Paprastumo dėlei šioje disertacijoje laikomasi nuomonės, kad minėtos dvi sąvokos sutampa.

įgyti profesinę kvalifikaciją alternatyviais būdais; tai, ar tam tikroms profesijoms priskirtos veiklos rūšys gali sutapti su kitų profesijų veikla, ir kodėl; autonomiškumo lygį užsiimant reglamentuojama profesija ir organizacinės ir priežiūros tvarkos poveikį iškelto tikslo siekimui; mokslo ir technologinę plėtrą, kuri gali veiksmingai sumažinti arba padidinti specialistų ir vartotojų turimos informacijos asimetriją.

Minėta LR Seimo statute įtvirtinta bendra pareiga nurodyti, ar įstatymo projektas atitinka ES dokumentus taip pat negali būti vertinama kaip pareiga atlikti siūlomo įtvirtinti įsisteigimo ar kitos vidaus rinkos laisvės apribojimo proporcingumo patikrą visais šiais aspektais.

Be to, 2019 m. birželio 13 d. LR teisėkūros pagrindų įstatymo Nr. XI-2220 15 straipsnio pakeitimo ir įstatymo papildymo 16¹ straipsniu įstatymu Nr. XIII-2220 (Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų... įstatymas, 2019) Teisėkūros pagrindų įstatymas buvo papildytas 16¹ straipsniu¹³⁰, pagal kurį Konkurencijos įstatymo nustatytais atvejais teisės aktų projektų rengėjai atlieka teisės aktų projektų poveikio konkurencijai vertinimą, o jo tvarką nustato Vyriausybė¹³¹. Tą pačią dieną LR konkurencijos įstatymo Nr. VIII-1099 33, 39 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 4¹ straipsniu įstatymu Nr. XIII-2219 (Lietuvos Respublikos konkurencijos... įstatymas, 2019) Konkurencijos įstatymas buvo papildytas 4¹ straipsniu, pagal kurį teisės akto projekto rengėjas atlieka teisės akto projekto poveikio konkurencijai vertinimą, kai teisės akto projektu nustatomas, keičiamas ar panaikinamas reguliavimas: suteikia išimtinės teisės ūkio subjektui vykdyti ūkinę veiklą; nustato ribotą ūkio subjektų, galinčių vykdyti tam tikrą ūkinę veiklą, skaičių; yra susijęs su licencijavimo, leidimų ar kitokia teisės verstis ūkine veikla įgijimo tvarka; apriboja ūkio subjektų galimybes vykdyti ūkinę veiklą; reikšmingai padidina ūkio subjektų, siekiančių įeiti į rinką arba išeiti iš rinkos, kaštus; nustato prekių ar paslaugų pardavimo, investicijų ar darbuotojų judėjimo geografinius ribojimus; riboja ūkio subjektų galimybes nustatyti savo prekių ar paslaugų kainas; padidina ar sumažina rinkoje veikiančių ūkio subjektų veiklos kaštus nustatydamas skirtingus reikalavimus atskiriems ūkio subjektams ar kitais būdais; riboja ūkio subjektų galimybes reklamuoti savo prekes ar pasirinkti jų pardavimo būdus; nustato prekių ar paslaugų kokybės

¹³⁰ LR teisėkūros pagrindų įstatymo Nr. XI-2220 15, 16 straipsnių pakeitimo ir 16¹ straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymu Nr. XIII-2986 (Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų... įstatymas, 2020), ši pareiga buvo perkelta į Teisėkūros pagrindų įstatymo 16 straipsnio 2 dalį.

¹³¹ Galimai turėtų būti pakeista Numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo metodika.

standartus; reikalauja ar skatina viešai skelbti informaciją apie ūkio subjektų prekių kainas, kaštus, pardavimus ar gamybos apimtis; reglamentuoja ūkio subjektų savireguliacijos mechanizmą; riboja pirkėjų galimybę spręsti, iš kurio ūkio subjekto jie pirks prekes ar paslaugas; mažina vartotojų mobilumą, didinant vartotojų, norinčių pasirinkti ar pakeisti tiekėją, kaštus ar kitais būdais; gali paskatinti naujų rinkų atsiradimą arba nustatyti esamų rinkų reguliavimo reikšmingą sumažėjimą (liberalizavimą) ir kitais atvejais, kai rengiamu teisės aktu numatomas teisinis reguliavimas gali paveikti konkurenciją.

Minėta pareiga teisės aktų rengėjams Teisėkūros pagrindų įstatyme ir Konkurencijos įstatyme atsirado, be kita ko, įgyvendinant Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (**EBPO**) Lietuvai pateiktas rekomendacijas (Aiškinamasis raštas..., 2018d).

2019 m. liepos 25 d. priimtas LR valstybės ir savivaldybių turto valdymo, naudojimo ir disponavimo juo įstatymo Nr. VIII-729 5, 6, 10, 12, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 24 straipsnių pakeitimo ir 18 straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymas Nr. XIII-2398 (Lietuvos Respublikos valstybės ir savivaldybių turto... įstatymas, 2019), kuriuo LR valstybės ir savivaldybių turto valdymo, naudojimo ir disponavimo juo įstatymo (Lietuvos Respublikos valstybės ir savivaldybių turto... įstatymas, 1998, toliau – Valstybės ir savivaldybių turto valdymo įstatymas) 14 straipsnio 3 dalyje buvo nustatytas panaudos subjekto veiklos ir turto panaudos vertinimas dėl poveikio konkurencijai ir atitikties valstybės pagalbos reikalavimams.

Šiame kontekste galima pažymėti, kad tam tikrais atvejais nacionalinės nuostatos gali būti vertinamos tiek pažeidžiančiomis Konkurencijos įstatymo 4 straipsnį, tiek ribojančiomis įsisteigimo laisvę¹³². Todėl jeigu siūlomi įsisteigimo ar kitos vidaus rinkos laisvės apribojimai yra susiję su poveikiu konkurencijai, jų proporcingumo patikrą galima iš dalies netiesiogiai užtikrintų minėtos Teisėkūros pagrindų įstatymo ir Konkurencijos įstatymo nuostatos.

¹³² Žr., pavyzdžiui, Konkurencijos tarybos 2006 m. kovo 30 d. nutarimą Nr. 2S-6 (Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos 2006 m. kovo 30 d. nutarimas Nr. 2S-6), kuriame buvo konstatuota, kad sveikatos apsaugos ministro įsakyme nustatytas reikalavimas, kad sutartys su OTP sudaromos tik su tomis įmonėmis, kurios turi 3 metų patirtį, pažeidžia Konkurencijos įstatymo 4 straipsnį. Vilniaus apygardos administracinio teismo 2006 m. spalio 9 d. sprendime (Vilniaus apygardos administracinio teismo 2006 m. spalio 9 d. sprendimas) buvo patvirtintas Konkurencijos tarybos nutarimo teisėtumas. Tačiau minėtas reikalavimas galėtų būti vertinamas ir kaip įsisteigimo laisvės apribojimas.

Kita vertus, netgi detalus numatomo teisinio reguliavimo poveikio arba poveikio konkurencijai vertinimas negali užtikrinti tinkamos įsisteigimo apribojimų proporcingumo patikros, kuri turėtų apimti analizę tokiais aspektais, kaip, pavyzdžiui, ar siūlomi apribojimai nepaveikia užsienio subjektų labiau nei nacionalinių subjektų, taip pat ar siekiami tikslai gali būti pripažįstami svarbiomis bendrojo intereso priežastimis, kaip jos yra suprantamos pagal ES teisę. Pavyzdžiui, pagal ESTT praktiką ekonominiai sumetimai negali pateisinti nukrypimo nuo nuostatų dėl laisvo judėjimo, tačiau tam tikrais atvejais galėtų būti tinkamas pagrindas pagal nacionalinę teisę.

Reikėtų dar kartą pabrėžti, kad projektų rengimui taikomi įstatymuose ir poįstatyminiuose teisės aktuose įtvirtinti reikalavimai patys tiesiogiai nenustato, kad turi būti atliekama tinkamas siūlomų įsisteigimo ar kitos vidaus rinkos laisvės apribojimų proporcingumo patikra. Tai yra svarbu, atsižvelgiant į, pavyzdžiui, LRKT bei LVAT praktiką, pagal kurią esminiai teisėkūros procedūros pažeidimai (kaip antai, įstatymo priėmimas taikant ypatingos skubos svarstymo tvarką, nenurodant šios tvarkos taikymą pagrindžiančių motyvų, ar tam tikrų Teisėkūros pagrindų įstatyme nustatytų reikalavimų nesilaikymas) leidžia pripažinti, jog atitinkamas teisės aktas pagal priėmimo tvarką prieštarauja Konstitucijai¹³³. Tačiau tiesioginės pareigos atlikti vidaus rinkos laisvės apribojimo proporcingumo patikrą nebuvimas LR teisės aktuose gali sutrukdyti pripažinti, kad atitinkamas teisės aktas priimtas

¹³³ Žr. LRKT 2020 m. vasario 6 d. nutarimą (Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2020 m. vasario 6 d. nutarimas), kuriame buvo pripažinta, kad LR ūkio subjektų, perkančių–parduodančių žalią pieną ir prekiaujančių pieno gaminiais, nesąžiningų veiksmų draudimo įstatymas (Lietuvos Respublikos ūkio subjektų... nesąžiningų veiksmų draudimo įstatymas, 2015) pagal priėmimo tvarką prieštarauja Konstitucijos 5 straipsnio 2, 3 dalims, konstituciniams teisinės valstybės, atsakingo valdymo principams, taip pat LVAT išplėstinės teisėjų kolegijos 2019 m. balandžio 25 d. sprendimą (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo išplėstinės teisėjų kolegijos 2019 m. balandžio 25 d. sprendimas) kuriame buvo pripažinta, kad sveikatos apsaugos ministro 2017 m. gruodžio 29 d. įsakymas Nr. V-1508 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. gruodžio 29 d. įsakymas Nr. V-1508, toliau – sveikatos apsaugos ministro 2017 m. gruodžio 29 d. įsakymas Nr. V-1508) pagal priėmimo tvarką prieštarauja konstituciniam atsakingo valdymo principui ir Teisėkūros pagrindų įstatymo nuostatomis, nes priimant minėtą įsakymą nebuvo atliktas numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimas, nebuvo pateiktos išvados dėl projekto poveikio vertinimo rezultatų, antikorupcinio vertinimo pažyma, projektas ir reikiami projekto lydimieji dokumentai nebuvo skelbiami Seimo kanceliarijos teisės aktų informacinėje sistemoje (TAIS) ar Sveikatos apsaugos ministerijos internetinėje svetainėje. Žr. dėl LRKT praktikos, kurioje buvo kvestionuojamas teisės aktų poveikio vertinimas, Murauskas, 2019, p. 207-209.

pažeidus esminį teisėkūros procedūros reikalavimą, jeigu proporcingumo patikra nebūtų atlikta.

Tiesioginė pareiga atlikti tokį vertinimą nuo 2020 m. liepos 30 d. įtvirtinta Profesinių kvalifikacijų pripažinimo įstatymo 3¹ straipsnyje¹³⁴ ir Teisėkūros pagrindų įstatymo 16 straipsnio 3 dalyje¹³⁵, kuriais į nacionalinę teisę perkelta Direktyva 2018/958¹³⁶. Direktyva tiesiogiai nenustato, kokios nacionalinėje teisėje turėtų kilti pasekmės, susiję su teisės akto teisėtumu, priimtu neatlikus atitinkamo apribojimo proporcingumo patikros. Tačiau, šios disertacijos autorės nuomone, nėra priežasčių, kodėl toks tiesioginis reikalavimas neturėtų būti laikomas esminiu teisėkūros procedūros reikalavimu. O jo nesilaikymas leistų kalbėti apie teisės akto prieštaravimą Konstitucijai ir (ar) kitiems įstatymams pagal priėmimo tvarką.

Tačiau galima tik apgailestauti, kad kol kas Lietuvoje perkeltą Direktyvą 2018/958 buvo griežtai apsiribota jos taikymo sritimi (t. y. proporcingumo patikra turi būti atliekama tik prieš nustatant naują ar keičiant esamą teisinį reguliavimą, kurio nuostatomis ribojama galimybė užsiimti ar verstis reglamentuojama profesija), ir pareiga atlikti ES vidaus rinkos laisvių apribojimo proporcingumo patikrą nebuvo įtvirtinta platesniam teisės aktų projektų ratui.

Tikslumo dėlei reikia paminėti¹³⁷, kad pagal Profesinių kvalifikacijų pripažinimo įstatymo 59 straipsnį jau iki 2020 m. liepos 30 d. profesinių kvalifikacijų pripažinimo koordinatorius kartu su kompetentingomis

¹³⁴ Profesinių kvalifikacijų pripažinimo įstatymas papildytas 3¹ straipsniu 2020 m. gegužės 28 d. priimtu LR reglamentuojamų profesinių kvalifikacijų pripažinimo įstatymo Nr. X-1478 9, 58, 59 straipsnių, 6 priedo pakeitimo ir Įstatymo papildymo 3¹ straipsniu įstatymu Nr. XIII-2985 (Lietuvos Respublikos reglamentuojamų profesinių kvalifikacijų pripažinimo... įstatymas, 2020).

¹³⁵ Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymo Nr. XI-2220 15, 16 straipsnių pakeitimo ir 16¹ straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymo Nr. XIII-2986 (Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų... įstatymas, 2020) redakcija.

¹³⁶ Profesinių kvalifikacijų pripažinimo įstatymo 3¹ straipsnyje taip pat nustatyta, kad proporcingumo vertinimas atliekamas Vyriausybės nustatyta tvarka. Šiuo tikslu parengtas Vyriausybės nutarimo projektas (Vyriausybės nutarimo projektas „Dėl nuostatų, ribojančių galimybę užsiimti reglamentuojama profesija ar ja verstis, proporcingumo vertinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ Nr. 20-10753 (Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo projektas..., 2020a), kitas projekto variantas Nr. 20-10753(2) (Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo projektas..., 2020b)). Nutarimas priimtas 2020 m. spalio 28 d. (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2020 m. spalio 28 d. nutarimas Nr. 1218).

¹³⁷ Žr. taip pat šios disertacijos dalį „1.2.3. Reikalavimų užsiimti ar verstis reglamentuojamomis profesijomis sveikatos apsaugos srityje proporcingumo patikra“.

institucijomis buvo nustatyta pareiga atlikti įsisteigimo laisvės ar kitų vidaus rinkos laisvių apribojimų proporcingumo patikrą profesinių kvalifikacijų srityje ir pateikti atitinkamus duomenis EK. Minėtą pareigą nustatanti įstatymo 59 straipsnio 4 dalis reikalauja, kad profesinių kvalifikacijų pripažinimo koordinatorius kartu su kitomis kompetentingomis institucijomis tikrintų, ar reikalavimai, kuriais konkrečios profesinės kvalifikacijos turėtoji apribojama teisė pradėti dirbti pagal reglamentuojamą profesiją arba užsiimti ta profesine veikla nėra diskriminuojantys dėl pilietybės ar gyvenamosios vietos, yra pagrįsti svarbiomis bendrojo intereso priežastimis ir proporcingi siekiamų tikslų atžvilgiu. Ši informacija turi būti pateikiama EK. Tačiau minėta nuostata neužtikrina tokio vertinimo kokybės, nes nei nustato konkretesnius aspektus, kuriais atitinkamas apribojimas turi būti vertinamas (pavyzdžiui, kurie yra vardijami Direktyvoje 2018/958), nei pasekmes, kurios kyla, jeigu atliekamas nepakankamas vertinimas, išskyrus teorinę galimybę, kad atitinkama informacija pateikus EK, ši galėtų pradėti procedūrą dėl išipareigojimų neįvykdymo. Tuo tarpu nacionalinės teisės požiūriu minėta Profesinių kvalifikacijų pripažinimo įstatymo nuostata vertintina ne kaip teisėkūros proceso dalis, o kaip užtikrinanti atitinkamos informacijos pateikimą EK pagal Direktyvą 2005/36.

Reglamentuojamų profesijų duomenų bazėje Lietuvos valdžios institucijų pateikta informacija dėl profesijų sveikatos apsaugos srityje reglamentavimo pagrįstumo ir proporcingumo neleidžia teigti, kad atliktos proporcingumo patikros kokybė yra pakankama. Apskritai įvertinusi valstybių narių pateiktus nacionalinius veiksmų planus EK iš esmės suabejojo, ar valstybių narių priimami sprendimai reglamentuojant profesijas yra priimami remiantis patikimu ir objektyviu vertinimu bei atviro ir skaidraus proceso metu (European Commission, 2017a, p. 5). Tai buvo viena iš priežasčių, dėl kurių EK pateikė pasiūlymą dėl direktyvos dėl proporcingumo patikros (Europos Komisija, 2016c).

Vis dėlto net jeigu teisės aktų rengimui taikomi reikalavimai neužtikrina, kad būtų *ex ante* tinkamai atliekama siūlomų įsisteigimo laisvės apribojimų proporcingumo patikra, tai dar nereiškia, kad tokia patikra nėra atliekama, tiesiogiai remiantis SESV nuostatomis. Todėl toliau reikia patikrinti, kaip įsisteigimo laisvės apribojimai sveikatos apsaugos srityje yra vertinami prieš priimant LR teisės aktus.

1.3.3. Įsisteigimo laisvės apribojimų sveikatos apsaugos srityje proporcingumo patikra prieš priimant LR teisės aktus

Siekiant nustatyti, ar įsisteigimo laisvės apribojimai sveikatos apsaugos srityje yra vertinami prieš priimant LR teisės aktus, buvo nagrinėjami 2013-2018 m. Seimo kanceliarijos teisės aktų informacinėje sistemoje (TAIS)¹³⁸ paskelbti teisės aktų projektai, galimai įtvirtinantys įsisteigimo laisvės apribojimus sveikatos apsaugos srityje, ir juos lydintys dokumentai. O konkrečiai, buvo tiriami 2013 m. sausio 1 d. – 2018 m. gruodžio 31 d. Sveikatos apsaugos ministerijos parengti įstatymų projektai¹³⁹ (605 projektai), taip pat tuo pačiu laikotarpiu LR Seimo narių / komitetų užregistruoti įstatymų projektai sveikatos apsaugos srityje¹⁴⁰ (319 projektų) (iš viso 924 projektai arba 453 sveikatos apsaugos srities įstatymų projektai su nesikartojančiais eilės numeriais) ir juos lydintys dokumentai.

Pagal nusistovėjusią ESTT praktiką, kai nacionalinės valdžios institucijos priima nuo ES vidaus rinkos laisvės nukrypstančią priemonę, kiekvienu konkrečiu atveju jos turi įrodyti, kad šia priemone siekiama svarbaus bendrojo intereso tikslo, ji yra tinkama šiam tikslui įgyvendinti ir neviršija to, kas reikalinga jam pasiekti. Kartu su pateisinamosiomis priežastimis, kuriomis valstybė narė gali remtis, turi būti pateiktas šios valstybės priimtoms priemonės proporcingumo įvertinimas ir konkretūs jos argumentus galintys pagrįsti įrodymai (žr., pavyzdžiui, *Komisija / Belgija*, 2014, 33 punktas ir jame nurodyta teismo praktika; *Deutsche Parkinson Vereinigung*, 2016, 35, 36 ir 42 punktai ir juose nurodyta teismo praktika). Reikia pripažinti, kad teisės aktų projektų ir juos lydinių dokumentų vertinimas negali padėti galutinai nustatyti, ar galimi atitinkami apribojimai gali būti pateisinami, nes argumentai ir įrodymai dėl jų pagrįstumo ir proporcingumo gali būti pateikti vėliau. Minėta, kad, pavyzdžiui, tokie įrodymai gali būti pateikti netgi bylos nagrinėjimo ESTT etape. Todėl šios disertacijos dalies tikslas nėra įvertinti,

¹³⁸ Įsteigta pagal Teisėkūros pagrindų įstatymo 5 straipsnį.

¹³⁹ Paieška TAIS atlikta pagal šiuos žodžius teisės akto pavadinime (bet kuris iš žodžių): „sveikat* odontolog* medicin* farmacij* biomedicin* biobank* akušerij* donoryst* užkrečiam*“, registravimo laikotarpį 2013 m. sausio 1 d. – 2018 m. gruodžio 31 d., rūšis „įstatymo projektas“, parengusi institucija – „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija“.

¹⁴⁰ Paieška TAIS atlikta pagal šiuos žodžius teisės akto pavadinime (bet kuris iš žodžių): „sveikat* odontolog* medicin* farmacij* biomedicin* biobank* akušerij* donoryst* užkrečiam*“, registravimo laikotarpį 2013 m. sausio 1 d. – 2018 m. gruodžio 31 d., rūšis „įstatymo projektas“, parengusi institucija – „Lietuvos Respublikos Seimas“.

ar toliau aptariami siūlymai, kurie numatė įsisteigimo laisvės apribojimus, gali būti pateisinami. Bus tiriama tik tai, ar teisės aktų projektų lydimojuose dokumentuose atsispindi, kad jų rengėjai vertino siūlomų nuostatų atitiktį įsisteigimo laisvei ir, jei atsakymas yra teigiamas, ar toks vertinimas apėmė visus aspektus, reikalaujamus pagal Direktyvą 2018/958.

Kaip pavyzdį galima būtų paminėti šiuos projektus:

Sutarčių su sveikatos priežiūros įstaigomis sudarymo sąlygos. LVAT išplėstinė teisėjų kolegija 2012 m. lapkričio 19 d. sprendime administracinėje byloje (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo išplėstinės teisėjų kolegijos 2012 m. lapkričio 19 d. sprendimas) pripažino, kad sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakymu Nr. V-1051 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakymas Nr. V-1051, toliau – sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakymas Nr. V-1051) patvirtinto TLK ir ASPĮ sutarčių sudarymo tvarkos aprašo 11 punktą prieštaravo LR viešojo administravimo įstatymo (Lietuvos Respublikos viešojo administravimo įstatymas, 1999, toliau – Viešojo administravimo įstatymas) 3 straipsnio 1 punktui ir Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 2 daliai ta apimtimi, kuria minėtame aprašo punkte buvo įtvirtintos sutarčių tarp TLK ir ASPĮ sudarymo sąlygos, nes Sveikatos draudimo įstatyme yra nustatytas išsamus sąrašas sąlygų, ir aprašas be įstatyminio pagrindo sukūrė naujas teisės normas, taip poįstatyminiu aktu susiaurindamas, t. y. apribodamas, iš įstatymo kylančią ASPĮ teisę sudaryti sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis (**TLK**)¹⁴¹.

Atsižvelgiant į tai, Sveikatos apsaugos ministerija parengė LR sveikatos draudimo įstatymo 2 ir 26 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymo projektą Nr. 13-37-01 (Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo... projektas, 2013a, toliau – įstatymo projektas Nr. 13-37-01) (kitas projekto variantas Nr. 13-37-02 (Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo... projektas, 2013b, toliau – įstatymo projektas Nr. 13-37-02)), kuriame siūlė nustatyti sąlygas sudaryti sutartis dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių teikimo išlaidos praėjusiais kalendoriniais metais tai ASPĮ nebuvo apmokamos PSDF biudžeto lėšomis. Aiškinamajame rašte dėl įstatymo projekto (Aiškinamasis raštas..., 2013a) buvo nurodyta, kad LVAT neginčijo pačių kriterijų, tačiau pasisakė, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo sutarčių

¹⁴¹ Žr. plačiau apie šį sprendimą šios disertacijos dalį „1.3.4. Teisminė įsisteigimo laisvės apribojimų pagrįstumo ir proporcingumo kontrolė“.

sudarymo sąlygos gali būti nustatytos tik įstatymu. Todėl analogiškus kriterijus siūlyta įtvirtinti įstatyme.

Europos teisės departamentas savo 2013 m. sausio 9 d. išvadoje dėl įstatymo projekto Nr. 13-37-02 (Europos teisės departamentas, 2013a) pažymėjo, kad tokios priemonės, kokios yra numatytos projekte, kurios, be kita ko, nustato su ekonominiu ar socialiniu poreikiu, kurį turi tenkinti tam tikra veikla, susijusią tokios veiklos vykdymo sąlygą, yra įsisteigimo laisvės ribojimas SESV 49 straipsnio prasme, nes jomis siekiama riboti paslaugų teikėjų skaičių (žr. *Hartlauer*, 2009, 36 punktas; *Pérez ir Gómez*, 2010, 54 ir 55 punktai).

Šie apribojimai gali būti pateisinami projekto aiškinamajame rašte nurodytu tikslu užtikrinti visiems prieinamą, kokybišką ir subalansuotą sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir sveikatos sistemos finansinę pusiausvyrą, kiek įmanoma, išvengiant bet kokio finansinių, techninių ir žmogiškųjų išteklių iššvaistymo (žr., pavyzdžiui, *Komisija / Vokietija*, 2008, 60 punktas; *Komisija / Italija*, 2009, 57 punktas).

Tačiau tam, kad galėtų būti pateisintos, projekte numatytos priemonės turi būti tinkamos šiam tikslui užtikrinti ir neviršyti to, kas būtina jam pasiekti. Europos teisės departamentas pažymėjo, kad projekto aiškinamajame rašte siūlomos priemonės nebuvo įvertintos šiuo aspektu.

Be to, kiek tai susiję su projekto nuostata, kad atitinkamos ribojančios sąlygos yra taikomos tik sudarant sutartis dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių teikimo išlaidos praėjusiais kalendoriniais metais tai ASPĮ nebuvo apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, Europos teisės departamentas pažymėjo, kad ši nuostata turi būti laikoma netiesiogiai diskriminuojančia, nes ji kitų valstybių narių paslaugų teikėjus, norinčius įsisteigti ir teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurių teikimo išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, paveiks labiau nei Lietuvoje veikiančias ASPĮ.

Todėl projekte siūlomos priemonės neprieštarautų ES teisei tik jeigu būtų pateisinamos bendrojo intereso priežastimis ir proporcingos siekiamam tikslui. Tačiau projekto aiškinamajame rašte šiuo aspektu nėra pateikta jokios informacijos.

Atsižvelgiant į tai, Europos teisės departamentas nurodė, kad projekte siūlytos priemonės laikytinos nepagrįstu įsisteigimo laisvės apribojimu, kurį draudžia SESV 49 straipsnis.

Iš esmės šis trūkumas nebuvo ištaisytas ir vėlesniame LR sveikatos draudimo įstatymo 9, 17, 22, 23, 26, 27, 30 ir 33 straipsnių pakeitimo įstatymo projekte Nr. 13-2255-01 (Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo... projektas, 2013c). Šiame projekte buvo siūlomi kitokie sutarčių sudarymo kriterijai, tačiau, kaip ir dėl įstatymo projektų Nr. 13-37-01 ir Nr. 13-37-02, jų

pagrindimas įsisteigimo laisvės ar kitų vidaus rinkos laisvių prasme įstatymo projekto aiškinamajame rašte (Aiškinamasis raštas..., 2013d) nebuvo pateiktas.

Europos teisės departamento 2013 m. rugpjūčio 13 d. išvadoje dėl įstatymo projekto Nr. 13-2255-01 (Europos teisės departamentas, 2013c) nurodyta, kad projekte siūlomi kriterijai nebuvo įvertinti atsižvelgiant į ESTT praktikoje nustatytas sąlygas, kuriomis remiantis įsisteigimo laisvei galėtų būti taikomi apribojimai.

Konkurencijos tarybos 2013 m. rugpjūčio 8 d. išvadoje dėl šio projekto (Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba, 2013a) pažymėta, kad tuo atveju, jeigu pasirinktas sveikatos draudimo sistemos modelis neišvengiamai reikalauja riboti asmenų ūkinės veiklos laisvę, atitinkami apribojimai turi būti nustatomi įstatymu, taip pat turi būti būtini ir proporcingi, nes, kaip rodo Konkurencijos tarybos praktika, sudarant galimybę nustatyti ūkinės veiklos laisvės ribojimus poįstatyminiuose teisės aktuose, šių teisės aktų nuostatos kai kuriais atvejais gali pažeisti Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimus (žr., pavyzdžiui, Konkurencijos tarybos 2012 m. spalio 16 d. nutarimą Nr. 2S-14).

Kriterijai sutartims su ASPI sudaryti Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnyje buvo nustatyti 2018 m. birželio 30 d. priimtu LR sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 2, 26 ir 27 straipsnių pakeitimo įstatymu Nr. XIII-1424 (Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo... įstatymas Nr. XIII-1424, 2018, toliau – įstatymas Nr. XIII-1424), kuris minėtu Respublikos Prezidento 2018 m. liepos 10 d. dekretu buvo grąžintas LR Seimui pakartotinai svarstyti¹⁴².

Aiškinamajame rašte (Aiškinamasis raštas..., 2018c) dėl įstatymo projekto Nr. XIIP-2226 (Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo... projektas, 2018b) (kitas projekto variantas Nr. XIIP-2226(2) (Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo... projektas, 2018c), kurio pagrindu priimtas įstatymas Nr. XIII-1424 ir kurį iniciavo ir parengė Sveikatos apsaugos ministerija, nurodyta tik tiek, kad šiame ir su juo susijusiuose projektuose reglamentuojami klausimai atitinka ES teisės nuostatas. TAIS nėra informacijos, kad šie projektai buvo derinti su Europos teisės departamentu ar kitomis suinteresuotomis institucijomis. Kiek tai susiję su LR sveikatos

¹⁴² Minėtas įstatymas po grąžinimo Seimui pakartotinai svarstyti priimtas nebuvo ir šiuo metu įstatymas nenustato pirmenybės valstybinėms ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigoms teikti stacionarias sveikatos priežiūros paslaugas, apmokamas PSDF biudžeto lėšomis.

draudimo įstatymo Nr. I-1343 2, 26 ir 27 straipsnių pakeitimo įstatymo projektu Nr. 18-6382 (Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo... projektas, 2018a), TAIS jis buvo registruotas 2018 m. gegužės 21 d., o Vyriausybė projektams pritarė jau 2018 m. gegužės 23 d. (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2018 m. gegužės 23 d. nutarimas Nr. 485).

Leidimas steigti sveikatos priežiūros įstaigą, jei bus siekiama finansavimo iš TLK. LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 15¹, 17, 39 ir 45 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymo projektu Nr. 13-1471-01 (Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros... projektas, 2013a) ir LR sveikatos sistemos įstatymo 12, 63, 64 ir 65 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymo projektu Nr. 13-1472-01 (Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos... projektas, 2013) siekta nustatyti, kad norint įsteigti pirminę sveikatos priežiūros įstaigą ir (ar) jos filialą, prieš tai reikėtų gauti savivaldybės administracijos direktoriaus leidimą, jeigu pirminės sveikatos priežiūros įstaigų ir (ar) jų filialų teikiamas paslaugas bus siekiama finansuoti PSDF biudžeto lėšomis. Tokio leidimo tikslas – reguliuoti steigiamų LNSS nepriklausančių pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, siekiančių teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas finansuoti PSDF biudžeto lėšomis, išsidėstymą (skaičių) bei taip gerinti savivaldybės teritorijoje pirminės sveikatos priežiūros tinkamumą, prieinamumą ir taupyti PSDF biudžeto lėšas. Projektuose nebuvo išvardytos sąlygos, kurias turėtų atitikti atitinkamas sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas, norintis gauti atitinkamą leidimą, tik nustatyta, kad leidimo išdavimo tvarką nustato savivaldybės taryba ir kad leidimas neišduodamas, jeigu sveikatos priežiūros įstaigos ir (ar) jos filialo steigimas prieštarauja savivaldybės tarybos patvirtintai pirminės sveikatos priežiūros plėtojimo programai.

Projektų aiškinamuosiuose raštuose (Aiškinamasis raštas..., 2013b; Aiškinamasis raštas..., 2013c) nebuvo pateiktas vertinimas dėl projektų nuostatų atitikties įsisteigimo laisvei, tik nurodyta, kad projektuose reglamentuojami klausimai atitinka ES teisę.

Europos teisės departamentas savo 2013 m. birželio 14 d. išvadoje dėl įstatymų projektų (Europos teisės departamentas, 2013b) pažymėjo, kad siūlomas reguliavimas yra SESV 49 straipsnyje draudžiamas įsisteigimo laisvės apribojimas ir kad jis nebuvo įvertintas pagal ES teisės nustatytus kriterijus, todėl juo galėtų būti nepagrįstai ribojama įsisteigimo laisvė.

2013 m. liepos 24 d. įstatymų projektų derinimo pažymoje (Derinimo pažyma..., 2013) dėl šios Europos teisės departamento pastabos buvo nurodyta, kad „<SESV 52 straipsnio sąlygos> bus įgyvendinamos, kai savivaldybės tarybai Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo projektu, kuriuo

keičiamas įstatymo 17 straipsnis (2 ir 3 dalys) (ir Sveikatos sistemos įstatymo 63 straipsnio 1 punktas) bus pavedama nustatyti pirminės sveikatos priežiūros plėtojimą reglamentuojančius strateginio planavimo dokumentus, o juose bus nustatomi objektyvūs kriterijai (paslaugų poreikis savivaldybės teritorijoje, pacientų srautų pasiskirstymas, kokybiškų paslaugų prieinamumo įgyvendinimas) ir nediskriminuojančios (pirminės sveikatos priežiūrą reglamentuojančiu savivaldybės nustatomu strateginio planavimo dokumentu, t. y. jame nustatytais sąlygomis, turės vadovautis visos pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos ir (ar) jų filialai) sąlygos“.

Toliau įstatymų projektų derinimo metu atsisakyta minėto leidimo reikalavimo ir siūlyta nustatyti, kad LNSS nepriklausantys asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, siekiantys įgyti teisę teikti pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, finansuojamas PSDF biudžeto lėšomis, atitinkamoje savivaldybės teritorijoje būtų išrenkami viešo konkurso būdu (įstatymo projekto variantas Nr. 13-1471-05 (Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros... projektas, 2013b). 2014 m. lapkričio 18 d. priimtame įstatyme Nr. XII-1335 (Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų... įstatymas, 2014) nebeliko ir minėto siūlymo.

Vaistinių preparatų kainų sumažinimo reklamos draudimas. Sveikatos apsaugos ministerijos parengtu LR farmacijos įstatymo pakeitimo įstatymo Nr. X-709 48 ir 50 straipsnių pakeitimo įstatymo projektu Nr. 14-1515 (Lietuvos Respublikos farmacijos... projektas, 2014a) (kiti projekto variantai Nr. 14-1515(2) (Lietuvos Respublikos farmacijos... projektas, 2014b), 14-1515(3) (Lietuvos Respublikos farmacijos... projektas, 2014c), 14-1515(4) (Lietuvos Respublikos farmacijos... projektas, 2014d) ir 14-1515(5) (Lietuvos Respublikos farmacijos... projektas, 2014e)) siūlyta nustatyti, kad draudžiama bet kokiais būdais ir priemonėmis, įskaitant nuorodas į vaistinių preparatų grupes ir (ar) gyventojų, kuriems skirti vaistiniai preparatai, grupes, reklamuoti gyventojams vaistinių preparatų ar jų grupių kainų sumažinimą, paciento priemokos už kompensuojamuosius vaistinius preparatus ar jų grupes sumažinimą. Taip pat siūlyta drausti reklamoje gyventojų pritraukimo tikslais nurodyti teiginius, pateikti informaciją vaizdinėmis priemonėmis ar kitokiais būdais, kurie sudaro prielaidą manyti, kad tam tikroje vaistinėje ar vaistinėse galima įsigyti pigesnių vaistinių preparatų. Nors šiuo atveju gali kilti klausimas, ar projekte siūlytos nuostatos vertintinos kaip įsisteigimo laisvės ar prekių judėjimo laisvės apribojimas, pagal analogiją remiantis 2017 m. gegužės 4 d. sprendimu *Vanderborgh* (*Vanderborgh*, 2017, 63 ir 64 punktai), reklamos draudimas gali apriboti asmenų, vykdančių atitinkamą

veiklą, galimybę viešinti paslaugas, kurias jie ketina siūlyti šiems klientams, ir gali būti laikytinas įsisteigimo laisvės apribojimu¹⁴³.

Aiškinamajame rašte dėl įstatymo projekto (Aiškinamasis raštas..., 2014) buvo nurodyta, kad siūlomas vaistinių preparatų kainų sumažinimo reklamos reglamentavimas yra nacionalinės teisės dalykas, atitinkantis Direktyvos 2001/83 nuostatas dėl vaistinių preparatų reklamos, nes juo siekiama skatinti racionaliai vartoti vaistinius preparatus.

Atsižvelgiant į LR ūkio ministerijos 2014 m. vasario 28 d. išvadoje (Lietuvos Respublikos ūkio ministerija, 2014), LR teisingumo ministerijos 2014 m. kovo 3 d. išvadoje (Lietuvos Respublikos teisingumo ministerija, 2014) ir Konkurencijos tarybos 2014 m. kovo 4 d. išvadoje (Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba, 2014) dėl įstatymo projekto pateiktas pastabas, projekto aiškinamasis raštas buvo papildytas argumentais, pagrindžiančiais siūlomo draudimo būtinumą ir proporcingumą atitikties Konstitucijai prasme. Tačiau sprendžiant pagal derinimo dokumentus, projekto atitiktis įsisteigimo laisvei ar kitoms vidaus rinkos laisvėms nebuvo diskutuojama.

Aptariamas projektas priimtas nebuvo. Tačiau minėta, kad 2018 m. gegužės 24 d. įstatymu Nr. XIII-1191 LR Seimas sugriežtino vaistų ir maisto papildų reklamą bei vaistų reklamuotojų vizitus į sveikatos priežiūros įstaigas. Aiškinamajame rašte dėl įstatymo projekto Nr. XIIP-1137, kurio pagrindu buvo priimtas minėtas įstatymas Nr. XIII-1191, nebuvo užsiminta nei apie laisvą prekių judėjimą, nei apie kitas vidaus rinkos laisves¹⁴⁴.

Odontologijos praktikos licencijavimas. LR odontologų rūmai kartu su Sveikatos apsaugos ministerija parengė LR odontologijos praktikos įstatymo pakeitimo įstatymo projektą Nr. 15-158 (Lietuvos Respublikos odontologijos... projektas, 2015) ir LR odontologų rūmų įstatymo 6 straipsnio pakeitimo įstatymo projektą Nr. 15-159 (Lietuvos Respublikos odontologų rūmų... projektas, 2015a), kurių tikslas – nustatyti licencijų išdavimo ir licencijuojamos veiklos sąlygų teisinį reguliavimą, atsižvelgiant į reikalavimą, kad ūkio subjekto teisė vykdyti veiklą gali būti ribojama tik įstatymu. O tai

¹⁴³ Nors žr. 2016 m. spalio 19 d. sprendimą *Deutsche Parkinson Vereinigung* (*Deutsche Parkinson Vereinigung*, 2016), kur nacionalinės teisės aktai, kuriuose numatytas vienodų kainų nustatymas vaistinėms prekiaujant žmonėms skirtais receptiniais vaistais, yra kiekybiniam importo apribojimui lygiaverčio poveikio priemonė, kaip tai suprantama pagal SESV 34 straipsnį.

¹⁴⁴ Žr. plačiau šios disertacijos dalį „1.1.3. Vaistų reklama ir nuotolinė prekyba vaistais“.

reiškia, kad reikalavimas turėti licenciją, licencijos išdavimo sąlygos, licencijuojamos veiklos sąlygos, licencijos turėtojų teisės ir pareigos, atsisakymo išduoti licenciją, licencijos galiojimo sustabdymo, licencijos galiojimo sustabdymo panaikinimo ir licencijos galiojimo panaikinimo pagrindai gali būti nustatomi tik įstatymu. Projektų lydimojuose dokumentuose nėra užsimenama, kad siekiamas nustatyti licencijavimas taip pat yra pagal ES teisę garantuojamos įsisteigimo laisvės apribojimas (žr. Aiškinamasis raštas..., 2015a).

Panašiai LR Seimo nario parengtame ir registruotame LR odontologų rūmų įstatymo pakeitimo įstatymo projekte Nr. XIIP-3087 (Lietuvos Respublikos odontologų rūmų... projektas, 2015b) siūlyta nustatyti licencijavimo reikalavimą verstis odontologo praktika LR. Tačiau projekto aiškinamajame rašte (Aiškinamasis raštas..., 2015b) nebuvo nurodyta, kad toks reikalavimas yra susijęs su įsisteigimo laisvės apribojimu. Naujame įstatymo projekto variante Nr. XIIP-3087(2) (Lietuvos Respublikos odontologų rūmų... projektas, 2015c) licencijavimo reikalavimas atsisakyta, atsižvelgiant į tai, kad odontologijos praktikos licencijavimas yra ne šio įstatymo reguliavimo dalykas.

Vaistinių steigimo vienu adresu apribojimai. Seimo nario registruotu LR farmacijos įstatymo Nr. X-709 38 straipsnio pakeitimo įstatymo projektu Nr. XIIP-193 (Lietuvos Respublikos farmacijos... projektas, 2016), (kitas projekto variantas Nr. XIIP-193(2) (Lietuvos Respublikos farmacijos... projektas, 2017b)) siūlyta panaikinti vaistinių steigimo vienu adresu ribojimus, kurie negaliojo tik sveikatos priežiūros įstaigoms. Įstatymo projekto aiškinamasis raštas (Aiškinamasis raštas..., 2016) itin lakoniškas; jame nėra žodžiu neužsimenama apie tai, kad siūloma panaikinti (galimai) nepagrįstą įsisteigimo laisvės apribojimą. Projektas buvo priimtas 2018 m. gegužės 24 d. įstatymu Nr. XIII-1193 (Lietuvos Respublikos farmacijos... įstatymas Nr. XIII-1193, 2018).

Vaistinių veiklos vietų skaičiaus ribojimas. Seimo nario registruotu LR farmacijos įstatymo Nr. X-709 35 straipsnio pakeitimo įstatymo projektu Nr. XIIP-1757 (Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo... projektas, 2018a), siūlyta Farmacijos įstatymo 35 straipsnį papildyti 1^l dalimi, pagal kurią juridinis asmuo turi teisę verstis vaistinės veikla ne daugiau kaip penkiose veiklos vietose, esančiose toje pačioje miesto gyvenamojoje vietovėje. Vaistinės veiklos vietų skaičiaus kaimo gyvenamosiose vietovėse nebuvo siūloma riboti.

Įstatymo projekto aiškinamajame rašte (Aiškinamasis raštas..., 2018b) buvo nurodyta, kad projektas atitinka ES dokumentų nuostatas, tačiau jokio vertinimo dėl konkrečiai atitikimo įsisteigimo laisvei ar kitoms vidaus rinkos laisvėms pateikta nebuvo.

LR Seimo kanceliarijos Teisės departamentas 2018 m. kovo 12 d. pateikė išvadą (Lietuvos Respublikos Seimo kanceliarijos..., 2018), kad įstatymo projektu siūlomas reguliavimas prieštarauja Konstitucijos 46 straipsnio 1 daliai, įtvirtinančiai, kad Lietuvos ūkis grindžiamas privačios nuosavybės teise, asmens ūkinės veiklos laisve ir iniciatyva, bei 46 straipsnio 4 daliai, nustatančiai, kad įstatymas saugo sąžiningos konkurencijos laisvę, nes projekto aiškinamajame rašte nurodyti argumentai negali būti laikomi pakankamais ir pagrįstais, leidžiančiais teigti, kad siūlomas reguliavimas yra proporcingas ir būtinas, siekiant apginti Konstitucijos saugomas vertybes bei kitų asmenų teises ir laisves.

Europos teisės departamentas 2018 m. kovo 28 d. išvadoje (Europos teisės departamentas, 2018a) pažymėjo, kad siūlomos nuostatos sukurtų ir SESV 49 straipsnyje įtvirtintos įsisteigimo laisvės apribojimus. Kadangi aiškinamajame rašte nebuvo tinkamai pagrįstas siūlomos priemonės proporcingumas siekiamam tikslui, siūlomas reglamentavimas yra galimai nesuderinamas su šio SESV 49 straipsnio nuostatomis.

Be to, Europos teisės departamentas nurodė, kad nuostatos, kuriomis asmenims suteikta teisė turėti ribotą skaičių vaistinių, galėtų būti pripažintos suderinamomis su SESV, jeigu jomis būtų siekiama visuomenės sveikatos apsaugos. Tačiau projektu siekiami tikslai – konkurencijos didinimas ir vaistų kainų mažinimas – turėtų būti siekiami kitomis, šiems tikslams pasiekti tinkamomis priemonėmis.

Beje, LR Seimo Teisės ir teisėtvarkos komiteto 2018 m. kovo 14 d. išvadoje dėl įstatymo projekto (Lietuvos Respublikos Seimo Teisės ir teisėtvarkos komitetas, 2018) teigiama, jog komitetas preliminariai įvertino, kad įstatymo projektu siūlomas reguliavimas neprieštarauja Konstitucijos 46 straipsnyje įtvirtintam asmens ūkinės veiklos laisvės ir iniciatyvos principui bei sąžiningos konkurencijos laisvės principui. Todėl komitetas nubalsavo nepritari LR Seimo kanceliarijos Teisės departamento išvadai. Argumentų dėl tokio vertinimo pateikta nebuvo.

Aptariamasis projektas priimtas nebuvo.

Kaip matyti iš atlikto tyrimo, prieš priimant įstatymus sveikatos apsaugos srityje siūlomų įsisteigimo laisvės apribojimų proporcingumo patikra nebuvo atlikta ar bent jau projektus lydinčiuose dokumentuose neatsispaudė, kad tokia patikra buvo atlikta. Tai pasakytina ne tik apie aptartus įstatymų projektus,

tačiau ir apie visus kitus tirtus įstatymų projektus, – tiek apie tuos, kurių rengėjas / siūlytojas yra Sveikatos apsaugos ministerija, tiek LR Seimo nariai. Nė vieno iš nagrinėtų įstatymo projektų aiškinamajame rašte nebuvo nurodyta, kad atitinkamas siūlymas gali būti vertinamas kaip (pateisinamas) vidaus rinkos laisvės apribojimas. Apskritai aiškinamuosiuose raštuose iš esmės yra aprašomos siūlomoms nuostatomis, geriausiu atveju – nurodomas siekiamas tikslas, o ne vertinamas jų būtinumas ar proporcingumas. Jeigu suinteresuotų institucijų išvadose dėl įstatymų projektų iškeliamas klausimas, kad atitinkamas siūlymas galimai yra įsisteigimo ar kitos vidaus rinkos laisvės apribojimas, tokios išvados apsiriboja konstatavimu, kad reikalinga proporcingumo patikra nėra atlikta. O klausimas dėl proporcingumo patikros pakankamumo neįvyksta. Kaip jau minėta, Direktyva 2018/958 tokiais atvejais šios direktyvos taikymo srityje suteikia EK teisę kreiptis į ESTT vien dėl to, kad patikra nebuvo atlikta.

Nagrinėtas pavyzdys iš sveikatos apsaugos srities atitinka 2018 m. valstybinio audito ataskaitoje (Valstybės kontrolė, 2018a) pateiktas bendras išvadas dėl teisėkūros proceso. Ataskaitoje konstatuota, kad teisėkūros proceso dalyviai netinkamai vykdo jiems pavestą pareigą atlikti numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimą ir vertinimo rezultatus pateikti kartu su LR Seimui teikiamu parengtu įstatymo projektu (Valstybės kontrolė, 2018a, p. 6). EBPO ir LR ūkio ministerija yra nurodę, kad Lietuvoje teisės aktų projektų rengėjai numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimą laiko formalumu (OECD, 2015; Lietuvos Respublikos ūkio ministerija, 2015, p. 106).

Vadinasi, subjektų apsaugą nuo nepagrįstų įsisteigimo laisvės apribojimų palikta užtikrinti LR teismams. Todėl toliau reikia patikrinti, kaip jiems sekasi tą daryti.

1.3.4. Teisminė įsisteigimo laisvės apribojimų pagrįstumo ir proporcingumo kontrolė

Iš SESV nuostatų seka, kad LR teismai turi pareigą užtikrinti veiksmingą įsisteigimo laisvės ir kitų vidaus rinkos laisvių veikimą. Antai, Direktyvos 2018/958 32 konstatuojamoje dalyje teigiama, kad, atsižvelgiant į piliečių teisę kreiptis į teismą, vadovaujantis nacionalinėje teisėje nustatytomis procedūromis ir konstituciniais principais, nacionaliniai teismai turėtų galėti įvertinti į šios direktyvos taikymo sritį patenkančių reikalavimų proporcingumą, siekdami užtikrinti, kad kiekvienas fizinis arba juridinis asmuo turėtų teisę į veiksmingą teisinę gynybą laisvės pasirinkti profesiją,

laisvės pasinaudoti įsisteigimo teise ir laisvės teikti paslaugas apribojimų atžvilgiu.

Siekiant nustatyti, kaip įsisteigimo laisvės apribojimai sveikatos srityje yra vertinami Lietuvos teismuose, buvo išnagrinėta LRKT praktika dėl sveikatos apsaugos srityje priimtų įstatymų ar Vyriausybės nutarimų atitikties Konstitucijai, taip pat LVAT praktika Sveikatos apsaugos ministerijos valdymo srityje¹⁴⁵. Pažymėtina, kad tokios praktikos, kur LR teisės aktų nuostatos sveikatos apsaugos srityje buvo vertinamos dėl jų atitikties įsisteigimo laisvei, nėra. Taip pat nėra ir Lietuvos teismų prašymų kreiptis į ESTT dėl prejudicinio sprendimo priėmimo prašant išaiškinti, ar tokios nuostatos kaip antai nustatytosios LR teisės aktuose sveikatos apsaugos srityje atitinka įsisteigimo laisvę¹⁴⁶.

Vis dėlto šiame kontekste galima atkreipti dėmesį į kelis Lietuvos teismų sprendimus / nutarimus, kuriuose buvo nagrinėjama įsisteigimo laisvės apribojimus sveikatos srityje įtvirtinusių LR teisės aktų nuostatų atitiktis Konstitucijai ar kitiems aukštesnės galios teisės aktams.

LRKT. Dėl Farmacinės veiklos įstatymo 11 straipsnio 2 dalies atitikties Konstitucijai. Jau minėtame LRKT 2002 m. kovo 14 d. nutarime buvo nagrinėjamas klausimas, ar Konstitucijai neprieštaruoja nuostata, pagal kurią vaistinės, išskyrus valstybines, valstybines akcines ir labdaros organizacijų vaistines, gali priklausyti nuosavybės teise tik turintiems aukštąjį farmacinį išsilavinimą fiziniams asmenims arba fizinių asmenų grupėms, kuriose daugiau kaip pusė vaistinės (vaistinės dalies) įstatinio kapitalo priklauso asmenims, turintiems aukštąjį ar specialųjį vidurinį farmacinį išsilavinimą.

LRKT nagrinėjo, ar minėta nuostata neprieštaruoja Konstitucijos 46 straipsnio 1 daliai („Lietuvos ūkis grindžiamas privačios nuosavybės teise, asmens ūkinės veiklos laisve ir iniciatyva“) ir 48 straipsnio 1 dalies nuostatai, jog kiekvienas žmogus gali laisvai pasirinkti verslą ir konstatavo, kad nagrinėtoje Farmacinės veiklos įstatymo nuostatoje įtvirtinti ribojimai yra vertintini kaip neproporcingi ir prieštaruoja minėtoms Konstitucijos nuostatoms.

¹⁴⁵ Reikšmingiausi LVAT procesiniai sprendimai, praktikos taikant sveikatos apsaugą reglamentuojančias teisės normas apibendrinimas pateiktas LVAT biuletenyje Nr. 32 (Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas, 2017).

¹⁴⁶ Nors žr. 2021 m. liepos 8 d. sprendimą *BB (BB, 2021)* pagal LVAT prašymą priimti prejudicinį sprendimą, susijusį su profesinių kvalifikacijų pripažinimu, kad būtų galima verstis profesine veikla.

LRKT pažymėjo, kad pagal Konstituciją farmacinė veikla turi būti reguliuojama taip, kad nebūtų varžoma ūkinės veiklos laisvė ir iniciatyva, sąžininga konkurencija. Kadangi nagrinėjama Farmacinės veiklos įstatymo nuostata buvo susijusi su teise į nuosavybę, LRKT priminė, kad šios teisės negalima riboti daugiau, negu tai būtina demokratinėje visuomenėje, kai reikia apsaugoti Konstitucijoje įtvirtintas vertybes bei viešąjį interesą.

Žmonių sveikatos apsauga yra konstituciškai svarbus tikslas, viešasis interesas, tačiau vien buvimas vaistinės savininku nepaneigia šio viešojo intereso, nes nereiškia, jog savininkas turi teisę vykdyti tokią veiklą, kurią pagal Farmacinės veiklos įstatymą gali vykdyti tik nustatyta farmacinė išsilavinimą ir reikiamą kvalifikaciją turintis asmuo. Be to, pagal Konstituciją įstatymais turi būti nustatytas toks farmacinės veiklos reguliavimas, kad vaistinių savininkų ekonominiai interesai neužgožtų vaistinių veiklos žmogaus sveikatos ir visuomenės sveikatinimo interesais.

Pagal Konstituciją neleidžiama riboti asmens teisės į nuosavybę priklausomai nuo asmens išsilavinimo. Atitinkamai, išsilavinimo reikalavimai negali būti nustatomi asmenims, siekiantiems turėti nuosavybės teisę vaistinių.

Ribojant asmens teisę į nuosavybę yra ribojama ir asmens ūkinės veiklos laisvė. Šie apribojimai LRKT buvo įvertinti kaip neproporcingi.

Be to, minėti Farmacinės veiklos įstatymo apribojimai pripažinti prieštaraujančiais Konstitucijos 48 straipsnio 1 dalies nuostatai, kad kiekvienas žmogus gali laisvai pasirinkti verslą.

Įdomu yra tai, jog savo nutarime LRKT pažymėjo, kad „<ES> teisė nereglamentuoja vaistinių nuosavybės konkrečių klausimų ir leidžia valstybėms narėms pačioms spręsti, kaip reguliuoti vaistinių nuosavybės santykius. Reguluojant farmacinę veiklą daugelyje <ES> valstybių yra nustatyta, jog vaistines gali steigti, nuosavybės teise jos gali priklausyti tik asmenims, turintiems farmacinį išsilavinimą. Kai kuriose <ES> valstybėse vaistinės nuosavybės teise gali priklausyti ne tik asmenims, turintiems farmacinį išsilavinimą, bet ir kitiems fiziniams asmenims“.

Šis LRKT nutarimas buvo priimtas gerokai iki ESTT 2009 m. kovo 10 d. sprendimo *Hartlauer* (*Hartlauer*, 2009), kuriuo remiantis reikėtų kalbėti apie šiuo metu galiojančią ESTT praktiką įsisteigimo laisvės, norint teikti sveikatinimo paslaugas, srityje. Kita vertus, 1997 m. birželio 17 d. sprendimas *Sodemare* (*Sodemare*, 1997), nuo kurio ESTT nukrypo vėlesniame sprendime *Hartlauer*, buvo priimtas anksčiau nei nagrinėjamas LRKT nutarimas. Todėl LRKT nutarimo priėmimo metu sprendimas *Sodemare* galėjo būti stiprus indikatorius, kad vis dėlto ES teisė yra taikoma valstybėms narėms reglamentuojant vaistinių nuosavybės santykius ir, konkrečiai, tuo metu buvo

aiškinama kaip draudžianti bent jau užsienio subjektus diskriminuojančias nuostatas.

Nors iš LRKT nutarime dėl Farmacinės veiklos įstatymo 11 straipsnio 2 dalies pateiktų motyvų nėra visiškai aišku, ar nagrinėtas reguliavimas pripažintas prieštaraujančiu Konstitucijai dėl jo netinkamumo teisėtam siekiamam tikslui, ar dėl tokio reguliavimo nebūtinumo, vis dėlto galima teigti, kad šioje byloje LRKT atliko pakankamai išsamų reguliavimo vertinimą proporcingumo principo požiūriu (Jarukaitis, 2014, p. 46). Be to, pastebėtina, kad LRKT pasiektas rezultatas ES teisės ne tik kad nepažeidžia, bet netgi galėtų būti vertinamas kaip keliantis netgi aukštesnius reikalavimus nei būtų reikalaujama pagal ES teisę¹⁴⁷. Vis dėlto įsisteigimo apribojimų pateisinimo vertinimas turi būti atliekamas kiekvienu konkrečiu atveju, ir pareigą pateikti įrodymus dėl jų atitikties ES teisės reikalavimams turi būtent valstybė narė, t. y. atitinkamos jos institucijos. Todėl negalima vienareikšmiškai atsakyti, ar ESTT minėtas nuostatas pripažintų pateisinančiomis, jeigu jos nebūtų prieštaravę Konstitucijai ir nebūtų buvę pakeistos¹⁴⁸.

Vis dėlto panašu, jog 2002 m. kovo 14 d. nutarimas yra vienintelis pavyzdys, kai LRKT teisinį reguliavimą sveikatos apsaugos srityje pripažino prieštaraujančiu proporcingumo principui¹⁴⁹. Todėl sunku daryti kokias nors apibendrinančias išvadas. Tačiau šios disertacijos autorės nuomone, nėra jokių priežasčių, dėl kurių atitinkamam klausimui iškilus LRKT, šis teismas neturėtų vertinti teisės aktuose nustatytų apribojimų proporcingumo Konstitucijos 46 straipsnio ir jo dalimi esančios (Jarukaitis, 2014, p. 82) įsisteigimo laisvės prasme. Šios disertacijos autorės nuomone, tokiu atveju būtų galima teigti esant ir konstitucinę teisės aktų leidėjo pareigą prieš priimant teisės aktus atlikti siūlomų nuostatų proporcingumo vertinimą, įskaitant vertinimą įsisteigimo laisvės prasme. Priešingu atveju kyla rizika, kad teisės aktas bus neproporcingas ir, atitinkamai, pripažintas prieštaraujančiu Konstitucijai.

¹⁴⁷ Plg., pavyzdžiui, su *Komisija / Italija*, 2009; *Apothekerkammer des Saarlandes*, 2009 ir *Komisija / Prancūzija*, 2010.

¹⁴⁸ 2002 m. birželio 4 d. LR farmacinės veiklos įstatymo 1, 4, 5, 10, 11, 15, 17, 19, 20 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 10¹, 17¹ straipsniais įstatymu Nr. IX-922 (Lietuvos Respublikos farmacinės veiklos... įstatymas, 2002).

¹⁴⁹ I. Jarukaitis teigia, kad ne tik sveikatos apsaugos srityje, bet tuo metu bene vienintelis pavyzdys apskritai (Jarukaitis, 2014, p. 46). Po 2014 m. žr. LRKT 2020 m. birželio 5 d. nutarimą dėl LR ginklų ir šaudmenų kontrolės įstatymo (Lietuvos Respublikos ginklų... įstatymas, 2002) (Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2020 m. birželio 5 d. nutarimas).

LVAT. Dėl TLK ir ASPĮ sutarčių sudarymo tvarkos aprašo atitikties LR įstatymams. LVAT išplėstinė teisėjų kolegija 2012 m. lapkričio 19 d. priėmė sprendimą administracinėje byloje (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo išplėstinės teisėjų kolegijos 2012 m. lapkričio 19 d. sprendimas) pagal LVAT nutartį ištirti, ar sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakymu Nr. V-1051 patvirtinto TLK ir ASPĮ sutarčių sudarymo tvarkos aprašo 11 punkto nuostatos, kuriose įtvirtintos specialiosios sąlygos sutartims tarp TLK ir ASPĮ sudaryti, neprieštaruoja įstatymams.

Minėta LVAT nutartis buvo priimta nagrinėjant administracinę bylą pagal pareiškėjo UAB „Medicinos paslaugų centras“ apeliacinį skundą dėl Vilniaus apygardos administracinio teismo 2011 m. rugsėjo 22 d. sprendimo administracinėje byloje pagal pareiškėjo skundą atsakovui Vilniaus TLK, trečiajam suinteresuotam asmeniui Vilniaus TLK taikinimo komisijai dėl sprendimo panaikinimo ir įpareigojimo atlikti veiksmus ir kilus abejonių, ar minėto aprašo punkto nuostatos neprieštaruoja Viešojo administravimo įstatymo, Sveikatos sistemos įstatymo ir Sveikatos draudimo įstatymo nuostatomis.

LVAT šiame sprendime rėmėsi konstitucine doktrina, pagal kurią, visų pirma, konstituciniai teisinės valstybės bei ūkinės veiklos laisvės principai reikalauja, kad ūkinės veiklos esminės sąlygos, draudimai ir ribojimai, darantys esminį poveikį ūkinei veiklai, gali būti nustatomi tik įstatymu¹⁵⁰. Antra, pagal šią doktriną yra neleidžiama poįstatyminiais teisės aktais reguliuoti santykių, kurie turi būti reguliuojami tik įstatymu. T. y. pagal konstitucinį valdžių padalijimo principą, iš Konstitucijos kylančią visų teisės aktų hierarchiją teisiškai reguliuojant ūkinę veiklą draudžiama žemesnės galios teisės aktais reguliuoti tuos visuomeninius santykius, kurie gali būti reguliuojami tik aukštesnės galios teisės aktais, taip pat žemesnės galios teisės aktuose draudžiama nustatyti tokį teisinį reguliavimą, kuris konkuruotų su nustatytoju aukštesnės galios teisės aktuose, vadinasi, neleidžiama

¹⁵⁰ Žr. panašiai, tačiau jau nebe įsisteigimo laisvės srityje, LVAT 2019 m. spalio 21 d. sprendimą administracinėje byloje (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2019 m. spalio 21 d. sprendimas), kurioje LVAT, be kita ko, konstatavo, jog sveikatos apsaugos ministras viršijo savo kompetenciją įsakyme nustatydamas, kad apdraustajam ar jo atstovui pagal elektroninį receptą su žyma „Pirmas paskyrimas“ turi būti išduotas (parduotas) pigiausias kompensuojamasis vaistinis preparatas, o jei apdraustasis ar jo atstovas atsisako įsigyti pigiausią kompensuojamąjį vaistinį preparatą, kito kompensuojamojo vaistinio preparato įsigijimo išlaidos jam visiškai nekompensuojamos. LVAT nurodė, kad apribojimai, apsunkinantys PSD draudžiamų asmenų teisės gauti vaistų įsigijimo išlaidų kompensavimą iš PSDF lėšų įgyvendinimą, turi būti įtvirtinti įstatyme.

poįstatyminiais teisės aktais nustatyti tokio teisinio reguliavimo, kuris gali būti nustatytas tik įstatymu, taip pat neleidžiama poįstatyminiais teisės aktais nustatyti tokio teisinio reguliavimo, kuris konkuruotų su nustatytuoju įstatymuose, nebūtų grindžiamas įstatymais (žr., pavyzdžiui, Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2006 m. gegužės 31 d. nutarimą).

Atsižvelgiant į šią doktriną, LVAT sprendime buvo konstatuota, kad sąlygos sutartims tarp TLK ir ASPĮ sudaryti yra nustatytos Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnyje ir todėl negali būti nustatytos sveikatos apsaugos ministro įsakyme, nes įstatymas suteikia kompetenciją ministrui nustatyti tik tvarką, t. y. procedūrinės taisykles. Tuo tarpu specialiųjų sąlygų turinys LVAT sprendime nebuvo vertinamas.

Kaip jau matėme, LVAT išplėstinei teisėjų kolegijai 2012 m. lapkričio 19 d. sprendimu pripažinus TLK ir ASPĮ sutarčių sudarymo tvarkos aprašo 11 punktą prieštaraujančiu įstatymams, Sveikatos apsaugos ministerija parengė Sveikatos draudimo įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymo projektą Nr. 13-37-01 (kitas projekto variantas Nr. 13-37-02), kuriuo analogiškus kriterijus sutartims tarp TLK ir ASPĮ sudaryti buvo siūloma nustatyti įstatyme. Projekto aiškinamajame rašte (Aiškinamasis raštas..., 2013a) buvo nurodyta, kad LVAT neginčijo pačių sutarčių sudarymo kriterijų, tačiau pasisakė, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo sutarčių sudarymo sąlygos gali būti nustatytos tik įstatymu.

Minėta, kad šias sąlygas siūlyta nustatyti įstatymu ir keliuose vėliau parengtuose įstatymų projektuose, o galiausiai kriterijai sutartims su ASPĮ sudaryti Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnyje buvo nustatyti 2018 m. birželio 30 d. įstatymu Nr. XIII-1424, kuris Respublikos Prezidento 2018 m. liepos 10 d. dekretu buvo grąžintas LR Seimui pakartotinai svarstyti, tačiau po grąžinimo priimtas nebuvo. Nė vieno parengto įstatymo projekto atveju nebuvo atliktas siūlomų kriterijų vertinimas įsisteigimo laisvės prasme¹⁵¹.

LVAT. Dėl sveikatos apsaugos ministro įsakymų, susijusių su neurochirurgijos paslaugų teikimu ir neurochirurgijos nacionalinio referencijos centro atrinkimu, nuostatų teisėtumo. LVAT 2015 m. gruodžio 21 d. sprendime administracinėje byloje (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2015 m. gruodžio 21 d. sprendimas) nagrinėjo kelių sveikatos apsaugos ministro įsakymų, susijusių su neurochirurgijos paslaugų teikimu ir

¹⁵¹ Žr. plačiau šios disertacijos dalį „1.3.3. Įsisteigimo laisvės apribojimų sveikatos apsaugos srityje proporcingumo patikra prieš priimant LR teisės aktus“.

neurochirurgijos nacionalinio referencijos centro atrinkimu, nuostatų¹⁵² teisėtumą.

Minėti įsakymai nustatė, kokios konkrečios neurochirurgijos paslaugos 2014-2020 metais bus teikiamos 2015 m. plane tam tikru būdu apibrėžtose sveikatos priežiūros įstaigose, reglamentavo neurochirurgijos padalinio reikalavimus, neurochirurgijos paslaugų teikimo kokybės rodiklius ir t. t., atitinkamai apribojant kai kurių sveikatos priežiūros įstaigų teisę teikti konkrečias paslaugas.

LVAT nustatė, kad ginčijamas teisinis reguliavimas, vertinant jį kaip visumą, nėra paremtas konkrečiais, aiškiais ir objektyviai apibrėžtais neurochirurgijos paslaugų suskirstymo Lietuvoje kriterijais, rodikliais bei esamos būklės įvertinimu, nėra pagrindžiamas tinkamai atlikta poveikio sveikatos priežiūros prieinamumui ir tinkamumui analize, todėl negali būti laikomas būtinu ir tinkamu. Nustatant tokį proporcingumo principą pažeidžiantį, taip pat kitus esminius konstitucinio teisinės valstybės principo apimamus teisėkūros reikalavimus paneigiantį teisinį reguliavimą, nesudaromos prielaidos užtikrinti, kad bus įgyvendinti iš Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies išplaukiantys imperatyvai. Dėl šių priežasčių šis reguliavimas prieštarauja konstituciniam atsakingo valdymo principui ir teisėkūros procedūros požiūriu Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies nuostatai, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus.

Kiek tai susiję su Nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarkos aprašu, kuris nustatė reikalavimus, kuriuos turi atitikti LR veikiantys kompetencijos centrai, siekiantys tapti nacionaliniais referencijos centrais, ir jų atrankos tvarką, LVAT konstatavo, kad sveikatos apsaugos ministro įgaliojimai patvirtinti šį aprašą turi būti grindžiami įstatymu arba tokie įgaliojimai turi išplaukti iš konkrečių įstatymo nuostatų, kuriose būtų išreikšta įstatymų leidėjo valia vykdyti nacionalinę referencijos centrų atranką ir paskirti vieną konkretaus sveikatos priežiūros profilio nacionalinį referencijos centrą. Nesant duomenų, kad tokie pavedimai sveikatos apsaugos ministrui buvo suteikti, negalima daryti išvados, kad aprašas priimtas laikantis Konstitucijos

¹⁵² 1) Sveikatos apsaugos ministro 2015 m. vasario 2 d. įsakymu Nr. V-95 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. vasario 2 d. įsakymas Nr. V-95) patvirtinto Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2015-2020 metų plano 5, 6, 7, 8, 12, 14–17, 25, 28, 33 punktų bei priedo Nr. 1;

2) sveikatos apsaugos ministro 2015 m. sausio 29 d. įsakymu Nr. V-75 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. sausio 29 d. įsakymas Nr. V-75) patvirtinto Nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarkos aprašo.

preambulėje įtvirtinto konstitucinio teisinės valstybės principo, *inter alia* apimančio reikalavimą, kad teisėkūros subjektai teisės aktus leistų tik neviršydami savo įgaliojimų. Dėl šios priežasties 2015 m. sausio 29 d. įsakymas Nr. V-75 patvirtinęs minėtą aprašą pripažintas prieštaraujančiu konstituciniam teisinės valstybės principui.

LVAT. Dėl sveikatos apsaugos ministro įsakymų, susijusių su žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugų teikimu, nuostatų teisėtumo. LVAT 2017 m. balandžio 11 d. sprendime administracinėje byloje (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2017 m. balandžio 11 d. sprendimas) vertino sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 9 d. įsakymu Nr. V-632 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 9 d. įsakymas Nr. V-632) patvirtinto Žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos (toliau – KKLТ) paslaugų, apmokamų iš Transplantacijos programos lėšų, teikimo reikalavimų, bazinių kainų ir mokėjimo tvarkos aprašo (toliau – KKLТ paslaugų aprašas) pakeitimų, kuriais buvo sugriežtinti KKLТ paslaugų teikimo reikalavimai¹⁵³, atitiktį aukštesnės galios teisiniam reguliavimui ir pripažino, kad kai kurios minėtų pakeitimų nuostatos prieštaravo konstitucinio teisinės valstybės principo suponuojamiems proporcingumo, teisėtų lūkesčių apsaugos principams, Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies nuostatai, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, taip pat konstituciniam atsakingo valdymo principui.

Išanalizavęs tikslingumo ir proporcingumo principų priimant norminius administracinius aktus, taip pat reikalavimų, taikomų teisėkūros subjektui realizuojant savo diskreciją, turinį (ypač žr. sprendimo 46, 68, 70-75, 84 ir 85 punktus), LVAT konstatavo, kad *„Nagrinėjamos norminės administracinės bylos kontekste išdėstytos nuostatos reiškia, kad pagal kompetenciją reglamentuodama sveikatos priežiūros paslaugų – šiuo atveju KKLТ paslaugų – teikimą ir KKLТ atlikimui taikomus reikalavimus, Sveikatos apsaugos ministerijai kyla pareiga ne tik nustatyti tokių poįstatyminių teisinį reguliavimą, kuris atitiktų iš konstitucinio teisinės valstybės principo kylančius reikalavimus inter alia jis turi būti proporcingas (tinkamas ir būtinas teisėtiems tikslams pasiekti), nepažeisti teisėtų lūkesčių, bet ir priimant teisės aktus, nustatant konkrečias teisės normas (reikalavimus*

¹⁵³ Kurie buvo atlikti sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymu Nr. V-830 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymas Nr. V-830), įsigaliojusiu 2016 m. lapkričio 1 d.

sveikatos priežiūrai), gebėti tinkamai, adekvačiai, aiškiai jas paaiškinti, taip pat konkrečių duomenų, aplinkybių pagrindu pagrįsti inter alia jų proporcingumą, atitikimą kitiems principams taip, kad vykdant teisminę nustatytą sveikatos priežiūros reikalavimų kontrolę, būtų aiškūs priimamo teisinio reguliavimo motyvai, tikslai, faktinės, teisinės prielaidos, pateiktas numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimas, ir teismas, remdamasis šiais duomenimis, galėtų patikrinti, ar nustatytasis teisinis reguliavimas atitinka siekiamus tikslus, yra tinkamas, būtinas, taigi galėtų patikrinti, ar Sveikatos apsaugos ministerija tinkamai įgyvendino savo diskreciją ir realizavo iš Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje kylančią valstybės priedermę tinkamai pasirūpinti žmonių sveikata ir užtikrinti kokybiškų sveikatos priežiūros (inter alia KKLT) paslaugų teikimą. Taigi ginčijamo teisinio reguliavimo <...> teisėtumas šioje byloje pirmiausia vertintinas pagal tai, ar Aprašo pakeitimams, kuriais nustatyti sugriežtinti KKLT teikimo reikalavimai, priimti buvo konkrečios faktinės ir teisinės prielaidos, ar šie reikalavimai grindžiami tinkamai nustatytomis objektyviomis aplinkybėmis (duomenimis), ar šių KKLT teikimo reikalavimų teisėtumo teisminiam patikrinimui Sveikatos apsaugos ministerija yra pateikusi tinkamą pagrindimą.“ (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2017 m. balandžio 11 d. sprendimas, 87 punktas).

Kiek tai susiję su proporcingumo principu ir Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalimi, LVAT, išnagrinėjęs įsakymo projekto lydimojusius dokumentus ir byloje Sveikatos apsaugos ministerijos pateiktus paaiškinimus, taip pat suinteresuoto asmens – Lietuvos hematologų draugijos – pateiktas moksliniais tyrimais paremtas išvadas, nustatė, kad ginčijamo teisinio reguliavimo motyvavimo ir konkrečių teisinių nuostatų pagrindimo trūkumai neleidžia įvertinti, ar sveikatos apsaugos ministras tinkamai įgyvendino jam teisės aktais priskirtą diskreciją ir įvykdė konstitucinę valstybės priedermę tinkamai pasirūpinti žmonių sveikata ir efektyviai realizuoti konstitucinę asmens teisę į kokybišką ir prieinamą sveikatos priežiūrą. Dėl nurodytų trūkumų nebuvo galima patikrinti KKLT paslaugų teikimo reikalavimų proporcingumo (būtinumo, reikalingumo ir tinkamumo siekiamiems tikslams). Kartu negalima teigti, jog teisėkūros subjekto veikla atitiko konstitucinį atsakingo valdymo principą.

LVAT nurodė šiuos ginčijamo reguliavimo motyvavimo trūkumus:

– pateiktos deklaratyvios nuostatos apie KKLT paslaugų tinkamumą (kokybę ir efektyvumą), pacientų saugą, taip pat ekonomišką PSDF biudžeto lėšų naudojimą pačios savaimė negali pagrįsti faktinių ir teisinių prielaidų atlikti teisinio reguliavimo pakeitimus ir šiais pakeitimais tokiu mastu griežtinti KKLT paslaugų teikimo reikalavimus įstaigoms;

– nėra atskleista esama situacija teikiant KKLT paslaugas Lietuvoje, nepateikti konkretūs duomenys, be kita ko, apie teikiamų paslaugų kiekį, esamą ar prognozuojamą poreikį, pasiskirstymą teritoriniu aspektu, kokybinius rodiklius, konkrečiai neįvertintos teigiamos ir neigiamos numatomo teisinio reguliavimo pasekmės;

– Sveikatos apsaugos ministerijos pateikti paaiškinimai, kodėl buvo būtina keisti esamą teisinį reguliavimą, yra prieštaringi;

– tam tikrų sveikatos priežiūros paslaugų koncentravimas *ipso jure* gali būti laikomas teisėtu tikslu, tačiau nei iš ginčijamo teisinio reguliavimo priėmimo parengiamųjų dokumentų, nei iš į bylą pateiktų duomenų negalima vienareikšmiškai spręsti, kad KKLT paslaugų teikimo reikalavimų griežtinimas yra vienintelė, neišvengiamai būtina ir tinkama nurodyto tikslo siekimo priemonė, atsižvelgiant, be kita ko, į tai, kad sveikatos priežiūros paslaugų koncentravimui sveikatos apsaugos ministerija turi kitų teisinių įrankių;

– tos pačios galios teisės akto nuostatų įgyvendinimas pats savaime negali pagrįsti nustatomo analogiško teisinio reguliavimo teisėtumo;

– sveikatos apsaugos ministerija nepagrindė konkrečių įstaigos patirties reikalavimų, t. y. nenurodė, kokių konkrečių mokslinių tyrimų ar užsienio šalių duomenimis remiantis nustatyti ginčijamose KKLT paslaugų aprašo nuostatose įvardyti reikalaujami patirties metai ir operacijų skaičiai, juolab, kad jie palyginus su prieš tai galiojusiais reikalavimais, buvo itin sugriežtinti;

– Lietuvos hematologų draugijos moksliniais tyrimais paremtos išvados nėra pakankamos ginčijamų KKLT paslaugų teikimo reikalavimų pagrįstumui įvertinti, kadangi išvadose kalbama vien tik apie dalį KKLT paslaugų, nors ginčijamos KKLT paslaugų aprašo nuostatos apima ir kitas KKLT paslaugas; operacijų skaičių vienam gydytojui, nors ginčijamos KKLT paslaugų aprašo nuostatos įtvirtina reikalaujamą skaičių operacijų, kurias būtų atlikusi sveikatos priežiūros įstaiga ir t.t.

LVAT. Dėl reikalavimų teikiant teleradiologijos paslaugas. LVAT 2019 m. spalio 9 d. priėmė sprendimą administracinėje byloje (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2019 m. spalio 9 d. sprendimas), kurioje pareiškėjas UAB „Baltic Orthoservice“ kreipėsi į teismą su skundu, kuriuo prašė panaikinti Akreditavimo tarnybos įsakymą. Skundžiamu įsakymu ši tarnyba sustabdė pareiškėjo asmens sveikatos priežiūros licencijos dalies galiojimą, sustabdant teisę teikti antrinės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros medicinos – radiologijos paslaugą nurodytu adresu. Akreditavimo tarnyba teigė, kad ASPĮ, turinti radiologijos diagnostikos įrangą vienu adresu, o radiologinių vaizdų aprašymo įrangą kitu adresu, negali teikti radiologijos

paslaugos. Vilniaus apygardos administracinis teismas pareiškėjo skundą atmetė.

LVAT teisėjų kolegija apeliacinį skundą tenkino ir Akreditavimo tarnybos įsakymą panaikino.

LVAT rėmėsi LRKT praktika, pagal kurią įstatymų leidėjas turi nustatyti ne tik būtinus reikalavimus, kuriuos turi atitikti ūkio subjektai, siekiantys gauti licencijas užsiimti licencijuojama veikla, bet ir reikalavimus, kurių turi laikytis tokias licencijas gavę asmenys, taip pat išduotų licencijų galiojimo panaikinimo pagrindus ir tvarką.

Teisėjų kolegija nusprendė, kad reikalavimai licencijuojamai veiklai turėtų būti aiškiai nustatyti įstatymuose ir kituose teisės aktuose, tokiu būdu užtikrinant, kad visi ūkio subjektai, pagal turimas licencijas užsiimantys licencijuojama veikla, žinotų ir suprastų sąlygas, kurių privalo laikytis. Šiuo atveju sveikatos apsaugos ministro 2015 m. liepos 24 d. įsakymu Nr. V-881 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. liepos 24 d. įsakymas Nr. V-881) patvirtintas Radiologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašas priimtas remiantis LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo (Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1996, toliau – Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas) 10 straipsnio 1 dalies 6 punktu, pagal kurį Sveikatos apsaugos ministerija nustato sveikatos priežiūros tinkamumo ir priimtino reikalavimus, net nenumato reikalavimų teleradiologijos paslaugų teikimui bei tokios paslaugos iš viso neišskiria, nors Akreditavimo tarnyba grindžia savo sprendimą šio aprašo nuostatomis. Apskritai, LVAT nuomone, neaiški buvo Akreditavimo tarnybos pozicija dėl to, ar pareiškėjas atitinka reikalavimus, konkrečiai keliamus teleradiologijos paslaugų teikimui, ir kokius reikalavimus yra nustatęs šiuo atveju įstatymų leidėjas, bei ar tokių reikalavimų pareiškėjas laikosi.

LVAT akcentavo, kad bet kokie ribojimai licencijuojamai veiklai turėtų būti proporcingi siekiamam tikslui ir nesudaryti situacijos, kai tam tikrų paslaugų teikimas yra apskritai eliminuojamas. Tokie ribojimai turėtų būti aiškiai ir sistemiškai išdėstomi teisės aktuose, nes kitaip kiltų galimybė susijusioms institucijoms naudotis nepagrįsta veiksmų laisve.

Analizuojant LVAT sprendimus dėl TLK ir ASPĮ sutarčių sudarymo sąlygų ir teleradiologijos paslaugų pažymėtina, kad ES teisės prasme nėra svarbu, kokios teisinės galios akte yra įtvirtintas įsisteigimo laisvės apribojimas, – tai yra tik nacionalinės teisės dalykas. Tačiau Lietuvos teisės požiūriu ir ypač kiek tai susiję su sveikatos apsaugos sritimi, pasižymintia

dideliu skaičiumi poįstatyminių teisės aktų, ši LRKT suformuluota¹⁵⁴ ir minėtuose LVAT sprendimuose pritaikyta doktrina yra labai svarbi ir esant poreikiui gali būti sėkmingai pasitelkiama teismuose ginant ūkinės veiklos laisvę, įskaitant jos dalimi esančią įsisteigimo laisvę, nuo nepagrįstų ribojimų.

Tuo tarpu sprendimuose dėl neurochirurgijos ir KKLТ paslaugų LVAT atliko pakankamai išsamią ginčijamo reguliavimo teisminę kontrolę. Šis reguliavimas įsisteigimo laisvės aspektu nebuvo vertinamas. Visų pirma, pareiškėjai šio klausimo nekėlė. Be to, kiek tai susiję su KKLТ paslaugomis, pagal KKLТ paslaugų aprašo 8 punktą nagrinėjamas paslaugas turi teisę atlikti tikslai universitetinės ligoninės, kurių steigėjai pagal Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 2 straipsnio 5 punktą yra Sveikatos apsaugos ministerija ir valstybinė aukštoji mokykla ir kurios Lietuvoje yra dvi – VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos (toliau – Santaros klinikos) ir VŠĮ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos (toliau – Kauno klinikos). O LVAT nagrinėtas ginčijamas reguliavimas nebuvo susijęs su subjektų, kurie gali teikti KKLТ paslaugas, ratu.

Vis dėlto šie LVAT sprendimai yra aktualūs tiek, kiek panašios nuostatos, pavyzdžiui, griežtinančios tam tikrų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimus, galėtų būti priimtos srityje, kurioje veikia privatūs paslaugų teikėjai¹⁵⁵.

Minėti sprendimai taip pat leidžia teigti, kad kiek tai susiję su reikalavimais, taikomais teisėkūros subjektui realizuojant savo diskreciją, Lietuvos teisės prasme – bent jau įsakymų atžvilgiu – nėra jokio skirtumo tarp sveikatos apsaugos srities ir kitų sričių. T. y. LVAT neišskiria, kad, pavyzdžiui, tokioje jautrioje srityje, kaip sveikatos priežiūra, ir ypač kiek tai susiję su itin sudėtingų neurochirurgijos ar KKLТ paslaugų teikimu, viešojo

¹⁵⁴ Papildomai žr. neseniai priimtą LRKT 2021 m. spalio 15 d. nutarimą (Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2021 m. spalio 15 d. nutarimas).

¹⁵⁵ LVAT nagrinėtoje administracinėje byloje Nr. I-7-552/2015 atsakovas – Sveikatos apsaugos ministerija – teigė, kad iki ginčijamų sveikatos apsaugos ministro įsakymų priėmimo privataus kapitalo ASPĮ sudėtingų, profesinės patirties, daug materialinių ir žmogiškųjų išteklių reikalaujančių neurochirurgijos paslaugų neteikė. Vis dėlto visi sveikatos apsaugos ministro įsakymais nustatyti reikalavimai neurochirurgijos paslaugų teikimui, įskaitant ir tam tikros medicininės aparatūros turėjimą, galioja visoms ASPĮ, nepriklausomai nuo jų nuosavybės formos, o privačios sveikatos priežiūros įstaigos, turinčios licenciją teikti neurochirurgijos paslaugas ir atitinkančios specialiuosius reikalavimus, turėtų teisę teikti minėtas paslaugas (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2015 m. gruodžio 21 d. sprendimas). Žr. toliau dalį „2.5. ES KONKURENCIJOS TAISYKLIŲ TAIKYMAS ORGANIZUOJANT IR REGULIUOJANT LIETUVOJE VIEŠŲJŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMĄ“.

administravimo / teisėkūros subjektai turi platesnę diskreciją ir jiems realizuojant šią diskreciją yra taikomi švelnesni reikalavimai palyginti su ne tokiomis jautriomis sritimis. Priešingai, – kaip matyti iš pirmiau aptarto 2017 m. balandžio 11 d. sprendimo, LVAT laikosi nuomonės, kad specifinėje, specialių žinių reikalaujančioje reglamentavimo srityje, kokia paprastai yra sveikatos sritis, iš teisėkūros subjekto *ypač* reikalaujama pakankamai detaliai paaiškinti priimamas teises priemones, pateikiant objektyviais ir pakankamais duomenimis (faktais) apibūdintą reglamentuojamos srities situacijos analizę, kuri atskleistų priimamo teisės akto (teisės normų) teises bei faktines prielaidas, numatomo teisinio reguliavimo poveikį reglamentuojamiems santykiams (žr. Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2017 m. balandžio 11 d. sprendimą, 84 ir 85 punktai).

Tuo tarpu ESTT sveikatos sritį pripažįsta kaip ypatingą – tokią, kurioje valstybės narės turi didesnę veiksmų laisvę nuspręsti, kokio lygio visuomenės sveikatos apsaugą jos ketina užtikrinti ir kaip šis lygis turi būti pasiektas (žr., pavyzdžiui, „*Roche Lietuva*“ UAB, 2018, 42 punktas). Tačiau šios disertacijos autorės nuomone, toks specialus ES teismų vertinimas kyba turbūt ne tiek iš šios srities jautrumo *per se*, kiek kompetencijos pasidalijimo tarp ES ir valstybių narių sveikatos apsaugos srityje, t. y. kad būtent valstybių narių kompetencijai priklauso nustatyti savo socialinės (sveikatos) apsaugos sistemas.

Įdomu pastebėti, kad pareiškėjai abejose bylose taip pat prašė ištirti, ar atitinkamos nuostatos neprieštaravo Konkurencijos įstatymui, tačiau LVAT šio klausimo nenagrinėjo, vienu atveju, dėl to, kad, konstatavęs norminio administracinio akto prieštaravimą vienai aukštesnės galios teisės akto nuostatai, nebeprivalo tirti norminio administracinio akto teisėtumo kitų aukštesnės galios teisės aktų nuostatų atžvilgiu, o kitu atveju, – nes pareiškėjai nepateikė teisinių motyvų. Vis dėlto, kiek matyti iš bylose Konkurencijos tarybos pateiktų paaiškinimų, ji laikosi nuomonės, kad Konkurencijos įstatymas gali būti taikomas santykiuose tarp Santaros klinikų ir Kauno klinikų¹⁵⁶.

Aptarta LVAT praktika iš esmės apibendrina iš Konstitucijos kylančius reikalavimus teisės aktų rengimui. T. y. kai teisėkūros arba administravimo subjektas realizuoja jam įstatymų suteiktą diskreciją, turi būti laikomasi reikalavimų, kylančių, pavyzdžiui, iš konstitucinio teisinės valstybės principo: reguliavimas turi būti proporcingas, turi nepažeisti teisinių lūkesčių, turi būti

¹⁵⁶ Žr. plačiau šios disertacijos dalį „2.2.2. Viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų vertinimas“.

paiškintas taip, kad būtų galima vykdyti teisminę kontrolę, įskaitant tai, kad turi būti pateiktas numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimas. Šia prasme nagrinėdamas sveikatos apsaugos ministro įsakymų nuostatų atitiktį aukštesnės galios teisiniam reguliavimui LVAT remiasi ES teisės principais kaip papildoma aiškinimo priemone, įskaitant proporcingumo principą, kurį turi atitikti ES teisės nuostata nustatytos priemonės (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2015 m. gruodžio 21 d. sprendimas, 78 punktas; Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2017 m. balandžio 11 d. sprendimas, 73 punktas), t. y. remiasi ES proporcingumo principu kaip teisėkūros principu.

Iš minėtų LVAT sprendimų matyti, kad reikalavimai teisėkūros proceso kokybei yra labai aukšti¹⁵⁷, o LVAT atlieka gana išsamią atitinkamo reguliavimo teisminę kontrolę. Jeigu visi LVAT sprendimuose nurodyti motyvavimo trūkumai būtų ištaisyti, tikėtina, kad didžiąja dalimi galėtų būti atskleisti ir argumentai, galintys pagrįsti siūlomų apribojimų atitiktį įsisteigimo laisvei ir leidžiantys atlikti šios atitikties teisminę kontrolę.

Tačiau praktikoje ypač stebina atotrūkis tarp šių iš Konstitucijos kylančių ir aptartoje LVAT praktikoje apibendrintų reikalavimų teisėkūros procesui ir jo kokybei ir faktinės situacijos sveikatos apsaugos srityje. Antai LVAT išplėstinės teisėjų kolegijos 2019 m. balandžio 25 d. sprendime administracinėje byloje (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo išplėstinės teisėjų kolegijos 2019 m. balandžio 25 d. sprendimas) buvo pripažinta, kad sveikatos apsaugos ministro 2017 m. gruodžio 29 d. įsakymas Nr. V-1508, kuriuo patvirtintas Žmogaus KKLТ paslaugų, apmokamų iš Transplantacijos programos lėšų, teikimo reikalavimų, bazinių kainų ir mokėjimo tvarkos aprašas, pagal priėmimo tvarką prieštarauja konstituciniam atsakingo valdymo principui, taip pat Teisėkūros pagrindų įstatymo nuostatomis, nes priimant minėtą įsakymą nebuvo atliktas numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimas, nebuvo pateiktos išvados dėl projekto poveikio vertinimo rezultatų, antikorupcinio vertinimo pažyma, projektas ir reikiami projekto lydimieji dokumentai nebuvo skelbiami TAIS ar Sveikatos apsaugos ministerijos internetinėje svetainėje. Paradoksalu tai, kad minėto įsakymo projektas buvo parengtas siekiant suderinti teisinį reglamentavimą su LVAT 2017 m. balandžio 11 d. sprendimu administracinėje byloje (Lietuvos

¹⁵⁷ Žr. taip pat dėl teisinio reguliavimo darbingumo lygio nustatymo srityje vertinimo proporcingumo principo požiūriu LVAT 2012 m. gruodžio 28 d. sprendimą administracinėje byloje (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2012 m. gruodžio 28 d. sprendimas).

vyriausiojo administracinio teismo 2017 m. balandžio 11 d. sprendimas), kuriame, kaip minėta, LVAT pripažino, kad kai kurios anksčiau galiojusio aprašo nuostatos prieštaravo konstitucinio teisinės valstybės principo suponuojamiems proporcingumo, teisėtų lūkesčių apsaugos principams, Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies nuostatai, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, taip pat konstituciniam atsakingo valdymo principui. Taigi rengiant ir priimant įsakymo projektą, kuriuo atitinkamas teisinis reguliavimas turėjo būti suderintas su konstituciniu teisinės valstybės principu, t. y. iš Konstitucijos kylančiais reikalavimais teisės akto *turiniui*, buvo nesugebėta užtikrinti Konstitucijos laikymosi netgi pagal įsakymo *priėmimo tvarką*¹⁵⁸, jau nekalbant apie turinį.

1.3.5. Įsisteigimo laisvės poveikis Lietuvos sveikatos sistemos organizavimui ir reguliavimui

Matėme, kad įsisteigimo laisvės taikymo apimtis Lietuvoje priklauso nuo to, kiek privatūs subjektai gali dalyvauti Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje, t. y. įsisteigimo laisvė neveikia ten, kur valstybė pati teikia sveikatos paslaugas. Atliktas tyrimas parodė, kad Konstitucija garantuoja privačių subjektų dalyvavimą Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje, išskyrus kiek tai susiję su LRKT apibrėžta nemokama medicinos pagalba. Tokia pagalba privačiose sveikatos priežiūros įstaigose gali būti teikiama, kai dėl tam tikrų aplinkybių ji negali būti laiku ir kokybiškai suteikta valstybinėse gydymo įstaigose.

Išskyrus Direktyvą 2005/36, kuri buvo nagrinėjama kalbant apie darbuotojų ir savarankiškai dirbančių asmenų judėjimo laisvę, kitų ES antrinės teisės aktų įsisteigimo laisvės srityje, kurie būtų specifiskai susiję su sveikatos apsaugos sritimi, nėra. Vieninteliu tokiu ES lygmens teisės aktu, kuris iš dalies susijęs su įsisteigimo laisvės užtikrinimu sveikatos apsaugos srityje, laikytina Direktyva 2018/958, kuri iš esmės Lietuvoje yra įgyvendinta nuo 2020 m. liepos 30 d. Tačiau šios direktyvos taikymo sritis yra kur kas siauresnė nei pačios įsisteigimo laisvės ir apsiriboja valstybių narių nuostatomis, kuriomis ribojama galimybė užsiimti ar verstis reglamentuojamomis profesijomis.

¹⁵⁸ Žr. plačiau apie teisės akto prieštaravimą Konstitucijai pagal priėmimo tvarką Kūris, 2012.

Tiek, kiek Lietuvoje sveikatos apsaugos srityje atitinkamos paslaugos nėra rezervuotos valstybei ar ši jų neteikia pati, įsisteigimo laisvė garantuoja privatiems subjektams apsaugą nuo nepagrįstų šios laisvės apribojimų bei teises galimybes ginti savo subjektines teises LR teismuose tiesiogiai remiantis SESV nuostatomis netgi vien tik vidaus situacijose, jeigu atitinkama apribojimą nustatanti nacionalinė nuostata turi būti taikoma vienodai tiek Lietuvos, tiek kitų valstybių narių subjektams.

Pati SESV 49 straipsnio nuostata nustato tik rezultatą, t. y. reikalauja, kad subjektams nebūtų taikomi nepagrįsti įsisteigimo laisvės apribojimai, o būdus, kaip ši teisė turi būti užtikrinta, pasirenka valstybės narės. Vis dėlto nors SESV to tiesiogiai nereikalauja, yra akivaizdu, kad siekiant tinkamai apsaugoti subjektus nuo nepagrįstų įsisteigimo laisvės apribojimų, būtina atlikti siūlomų nuostatų *ex ante* proporcingumo patikrą. Tokio požiūrio laikomasi ir Direktyvoje 2018/958. Todėl apsaugos nuo nepagrįstų įsisteigimo laisvės apribojimų garantija apima ne tik subjektinę, bet ir procedūrinę privačių asmenų teisę.

Kaip rodo atliktas tyrimas, šiuo metu prieš priimant įstatymus sveikatos apsaugos srityje aptariama subjektų teisė į tai, kad jiems būtų netaikomi nepagrįsti įsisteigimo laisvės apribojimai, bent procedūros požiūriu nėra užtikrinama.

Išskyrus Direktyvą 2018/958 perkeliančius teisės aktus, įsisteigimo laisvė Lietuvoje nesąlygojo jokių kitų nacionalinių teisės aktų priėmimo, kuriuose būtų reikalaujama atlikti šios laisvės apribojimų proporcingumo patikrą prieš priimant tokius apribojimus nustatančius teisės aktus. Tai viena iš priežasčių, dėl kurių prieš priimant tokius teisės aktus juose nustatytų apribojimų proporcingumo patikra nėra atliekama, todėl nėra užtikrinama, kad priimami šios laisvės apribojimai būtų pagrįsti ir proporcingi¹⁵⁹, o subjektų teisė į tai, kad jiems nebūtų taikomi nepagrįsti įsisteigimo laisvės apribojimai, kiekvienu konkrečiu atveju palikta užtikrinti LR teismams. Nustatyta, kad tam tikrais atvejais tokia proporcingumo patikra nebuvo atlikta netgi atkreipus projekto

¹⁵⁹ Šios išvados nereikėtų suprasti taip, kad sveikatos apsaugos srityje įsisteigimo teisė kitų valstybių narių subjektams apskritai nėra užtikrinama, t. y. kad tokiems subjektams yra draudžiama įsisteigti šioje srityje. Lietuvos banko ir Statistikos departamento duomenimis, sektoriuje „Žmonių sveikatos priežiūra ir socialinis darbas“ 2020 m. I ketvirčio pabaigoje Lietuvoje tiesioginių užsienio investicijų likutis buvo 59,07 mln. EUR, visų šių investicijų kilmė yra iš ES valstybių narių ir Jungtinės Karalystės, kuri išstojo iš ES 2020 m. sausio 31 d. (žr. Lietuvos Bankas...; Oficialiosios statistikos portalas...). Šis rodiklis parodo, kiek ES subjektai realiai yra pasinaudoję įsisteigimo (ar laisvo kapitalo judėjimo) teise Lietuvos sveikatos apsaugos ir socialinio darbo sektoriuose.

rengėjų dėmesį į šią iš SESV kylančią pareigą (žr., pavyzdžiui, aptartus projektus dėl sutarčių su ASPĮ sudarymo sąlygų).

LR teismų praktikos, kur LR teisės aktų nuostatos sveikatos apsaugos srityje buvo vertinamos dėl jų atitikties įsisteigimo laisvei, taip pat nėra. Kitaip tariant, asmenys nesinaudoja savo teise ginčyti nepagrįstus šios laisvės apribojimus tiesiogiai remiantis SESV nuostatomis. Tačiau ypač aptarta LVAT praktika, kurioje buvo nagrinėjamas įsisteigimo laisvės apribojimus nustatančių nuostatų teisėtumas remiantis kitais pagrindais, parodo, kad pagal Lietuvos teisę reikalavimai teisėkūros proceso kokybei yra labai aukšti, o LVAT atlieka gana išsamią reguliavimo, nustatyto įsakymuose, teisminę kontrolę. Jeigu visų šių reikalavimų būtų laikomasi, tikėtina, kad didžiąją dalimi galėtų būti atskleisti ir argumentai, galintys pagrįsti siūlomų apribojimų atitiktį įsisteigimo laisvei ir leidžiantys atlikti šios atitikties teisminę kontrolę.

Nagrinėta teismų praktika taip pat leidžia teigti, kad tais atvejais, kai prieš priimant teisės aktų nuostatas, apribojančias įsisteigimo laisvę sveikatos apsaugos srityje, nebuvo atlikta tokių apribojimų proporcingumo patikra, priklausomai nuo konkrečios bylos aplinkybių, šie teisės aktai galėtų būti vertinami dėl jų atitikties ne tik ES vidaus rinkos laisvių, bet ir Konstitucijos prasme (nepagrįstas ar neproporcingas ūkinės veiklos laisvės apribojimas arba konstitucinio atsakingo valdymo principo ir (ar) konstitucinio teisinės valstybės principo pažeidimas pagal priėmimo tvarką), o neretai – ir Konkurencijos įstatymo požiūriu, nors šio įstatymo 4 straipsnio 2 dalis apsiriboja skirtingo ūkio subjektų reguliavimo draudimu poįstatyminiuose teisės aktuose¹⁶⁰. I. Jarukaitis kelia klausimą, ar teisinis reguliavimas, nustatytas ydingos procedūros metu, t. y. neįvertinus (neišdiskutavus) pasekmių, kurias sukeltų toks reguliavimas, *per se* neprieštaruja konstituciniam proporcingumo, atsakingo valdymo ir galbūt demokratijos principams (Jarukaitis, 2014, p. 50-51).

Įgyvendinus Direktyvą 2018/958, Lietuvos teisės aktuose atsirado pirmasis tiesioginis reikalavimas atlikti siūlomų nuostatų, įtvirtinančių vidaus rinkos laisvių apribojimus, proporcingumo patikrą, nors ir tik teisės užsiimti ar verstis reglamentuojamomis profesijomis srityje. Šios disertacijos autorės nuomone, Lietuvos teisės prasme šio procedūrinio reikalavimo nesilaikymas galėtų būti pakankamas pagrindas pripažinti teisės aktą prieštaraujančiu

¹⁶⁰ Žr. plačiau šios disertacijos dalį „2.3. LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SRITYJE VEIKIANČIŲ SUBJEKTŲ STATUSO VERTINIMAS ES KONKURENCIJOS TEISĖS POŽIŪRIU“.

Konstitucijai pagal priėmimo tvarką. Kitose srityse, išskyrus reglamentuojamų profesijų sritį, konkretaus reikalavimo atlikti priimamų nuostatų proporcingumo patikrą nebuvimas nacionaliniuose teisės aktuose formaliai neleistų pripažinti teisės akto prieštaraujančiu Konstitucijai pagal priėmimo tvarką, jeigu tokia patikra nėra atlikta. Tačiau LR teismai galėtų atlikti teisinio reguliavimo, priimto tinkamai neišdiskutavus pasekmių, atitikties konstituciniams proporcingumo ir atsakingo valdymo principams kontrolę, taip pat atitinkamų nuostatų turinio kontrolę. Šiame kontekste galima pridurti, kad jau pats šis faktas rodo glaudžias ES vidaus rinkos laisvių dalimi esančio proporcingumo principo sąsajas su konstituciniu proporcingumo principu.

Iš įsisteigimo laisvės (ir kitų ES vidaus rinkos laisvių) kylantis reikalavimas atlikti proporcingumo patikrą prieš priimant LR teisės aktus, nustatančius šios laisvės (ar kitų laisvių) apribojimus, prisideda prie Konstitucijoje garantuojamų asmens ūkinės veiklos laisvės ir iniciatyvos bei teisės pasirinkti darbą bei verslą, taip pat sustiprina konstitucinio atsakingo valdymo principo, konstitucinio teisinės valstybės principo užtikrinimą, kaip šie principai yra aiškinami LR teismų praktikoje.

Nors Direktyvos 2018/958 taikymo sritis yra kur kas siauresnė nei vidaus rinkos laisvių apskritai, ja galėjo būti pasinaudota kaip proga „susitvarkyti“ reikalavimus LR teisės aktų rengimui ir atitikties Konstitucijai prasme. Kaip primena I. Jarukaitis, priėmus Direktyvą 2006/123, siekiant ją įgyvendinti LR teisėje buvo atliktas kompleksinis galiojančios nacionalinės teisės vertinimas atitikties šiai direktyvai požiūriu ir tuomet buvo pakeista nemažai nacionalinės teisės aktų, ribojančių paslaugų teikimo ar įsisteigimo laisvę. Vis dėlto kol ši direktyva „neprivertė“ atlikti tokios peržiūros, niekam nekilo mintis tokį kompleksinį vertinimą padaryti Konstitucijos 46 straipsnio požiūriu (Jarukaitis, 2014, p. 83). Panašiai Direktyva 2018/958 taip pat galėjo paskatinti išeiti iš susiklosčiusios padėties kiek tai susiję su teisės aktų projektų poveikio vertinimu. Tačiau reikia apgailestauti, kad bent kol kas šia proga nebuvo pasinaudota.

Todėl turbūt pats reikšmingiausias vidaus rinkos laisvių poveikis sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui (o turbūt ir apskritai Lietuvos teisės sistemai) būtų tuomet, jeigu būtų prisidėta prie teisėkūros proceso kokybės, t. y. prie to, kad priimant sprendimus sveikatos apsaugos

sirtyje būtų remiamasi patikimais, pagrįstais ir pakankamais duomenimis, atliekama sprendimų poveikio analizė, vertinamos sprendimų alternatyvos¹⁶¹.

1.4. PASLAUGŲ TEIKIMO LAISVĖ: TEISĖ Į TARPVALSTYBINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IŠLAIDŲ KOMPENSAVIMĄ

Paslaugų teikimo laisvė įtvirtinta SESV 56 straipsnyje, pagal kurią ES garantuojama laisvė teikti paslaugas arba, kitaip tariant, uždraudžiami laisvės teikti paslaugas apribojimai, taikomi kitoje valstybėje narėje įsisteigusiems subjektams. Pagal SESV 57 straipsnį paslaugomis Sutarties prasme yra laikytinos tokios paslaugos, kurios paprastai yra teikiamos už užmokestį ir kurių nereglamentuoja nuostatos dėl prekių, kapitalo ir asmenų judėjimo laisvės.

Pradedant 1984 m. sausio 31 d. sprendimu *Luisi ir Carbone* (*Luisi ir Carbone*, 1984) ir 1991 m. spalio 4 d. sprendimu *The Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd* (*The Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd*, 1991), ESTT laikui bėgant išplėtojo praktika, pagal kurią sveikatos priežiūra yra laikytina ekonomine veikla, kuriai visa apimtimi taikomos Sutarties nuostatos dėl laisvo paslaugų judėjimo¹⁶².

Ši teismo praktika iš esmės užtikrina pacientams alternatyvų būdą gauti išlaidų už sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse kompensavimą šalia ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentų, kurie buvo taikomi iki šios praktikos susiformavimo.

Reikia paaiškinti, kad pagal ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentus apdraustieji turi teisę gauti būtinais sveikatos priežiūros paslaugas kitoje valstybėje narėje buvimo toje valstybėje metu, tartum atitinkami asmenys būtų apdrausti pagal šios valstybės teisės aktus. Kitaip tariant, buvimo kitoje valstybėje narėje metu asmenys turi teisę gauti sveikatos priežiūros paslaugas tokiomis pačiomis sąlygomis kaip ir tos valstybės narės apdraustieji. Taip pat pagal šiuos reglamentus apdraustasis gali vykti į kitą valstybę narę sveikatos priežiūros paslaugų, tačiau tik gavęs draudimo valstybės narės kompetentingos įstaigos leidimą. Šiam leidimui išduoti yra numatytos dvi sąlygos. Pirma, atitinkamas gydymas yra numatytas pagal tos

¹⁶¹ Šioje disertacijoje pateikto vertinimo jokių būdu nereikėtų suprasti taip, kad proporcingumo patikra yra aktuali tik kai nustatomi ES vidaus rinkos laisvių apribojimai. Lygiai taip pat ji turi būti atliekama ir kitų konstitucinių vertybių ir normų atžvilgiu, kaip antai kai ribojamos žmogaus teisės. Tačiau platesnis vertinimas išeina už atlikto tyrimo ribų.

¹⁶² Žr. plačiau Janeckaitė, 2015.

valstybės narės, kurioje gyvena atitinkamas asmuo, teisės aktus, ir antra, toje šalyje toks gydymas, atsižvelgiant į paciento esamą sveikatos būklę ir numanomą ligos eigą, jam negali būti suteiktas per mediciniškai pateisinamą laiką.

Tuo tarpu pagal minėtą ESTT praktiką paslaugų judėjimo laisvės srityje valstybės narės apskritai privalo kompensuoti apdraustiesiems sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas patirtas kitoje valstybėje narėje, jeigu šios paslaugos priskiriamos paslaugoms, į kurias apdraustasis turi teisę draudimo valstybėje narėje. Kitaip tariant, šios išlaidos turi būti kompensuojamos netaikant minėtų ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentų sąlygų. Tačiau, atsižvelgdamas į rimtą socialinės apsaugos sistemos finansinės pusiausvyros pažeidimo pavojų ir tikslą išsaugoti subalansuotas ir visiems prieinamas medicinos ir stacionarias paslaugas ESTT pripažįsta, kad Sąjungos teisė iš principo nedraudžia išankstinio leidimo sistemos stacionarių gydymo paslaugų ar labai specializuotos ir brangios medicinos infrastruktūros arba medicinos įrangos atveju (žr., pavyzdžiui, *Geraets-Smits ir Peerbooms*, 2001; *Komisija / Prancūzija*, 2010).

2011 m. ši teismo praktika buvo kodifikuota Direktyvoje 2011/24 dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo¹⁶³. Direktyva ne tik kodifikuoja pirmiau apibūdintą teismo praktiką, tačiau reglamentuoja ir kitus klausimus, pavyzdžiui, receptų pripažinimo (žr. *VIPA Kereskedelmi és Szolgáltató Kft.*, 2019), kurie šioje disertacijoje nėra nagrinėjami, nes jie nėra susiję su ankstesne ESTT praktika paslaugų teikimo srityje.

Direktyvos 2011/24 teisinis pagrindas yra SESV 114 ir 168 straipsniai, esantys, atitinkamai, SESV VII antraštinės dalies 3 skyriuje „Teisės aktų suderinimas“ ir XIV antraštinėje dalyje „Visuomenės sveikata“, o vienas iš jos tikslų – užtikrinti ESTT praktikos paslaugų teikimo laisvės srityje taikymą (žr., pavyzdžiui, Europos Komisija, 2008; Direktyvos 2011/24 12, 38, 40, 42, 44, 46 konstatuojamosios dalys).

Todėl nagrinėjant paslaugų teikimo laisvės poveikį Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui, reikia iširti Direktyvos 2011/24, užtikrinančios pacientams teisę į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros

¹⁶³ EEE jungtinio komiteto 2014 m. liepos 9 d. sprendimu Nr. 153/2014, kuriuo iš dalies keičiamas EEE susitarimo X priedas (Bendrosios paslaugos) (EEE jungtinio komiteto 2014 m. liepos 9 d. sprendimas) Direktyva 2011/24 yra inkorporuota į EEE susitarimą.

išlaidų kompensavimą, poveikį tiek, kiek ji kodifikuoja ESTT praktiką paslaugų teikimo laisvės srityje.

Be to, kaip ir sprendimų *Vlassopoulou* ir *Morgenbesser* atveju, netgi minėtą ESTT praktiką paslaugų teikimo laisvės srityje kodifikavus Direktyvoje 2011/24, SESV 56 straipsnis šioje srityje neprarado savo reikšmės. ESTT praktikoje SESV 56 straipsnio ir Direktyvos 2011/24 nuostatos yra aiškinamos kartu (žr. *WO*, 2020). Be to, teismo praktika galėtų pacientų teisę į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą plėtoti toliau ir suteikti pacientams platesnes teises nei nustatyta Direktyvoje 2011/24¹⁶⁴.

Skirtingai nuo Direktyvos 2011/24, pagal kurią pacientai patys susimoka už tarpvalstybinę sveikatos priežiūrą, o vėliau jų išlaidos yra kompensuojamos draudimo valstybės narės, pagal ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentus didžiąja dalimi atvejų už kitoje valstybėje narėje suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas draudimo valstybė narė sumoka tiesiogiai tos valstybės, kurioje buvo suteiktos paslaugos, kompetentingai įstaigai¹⁶⁵. Vis dėlto, nepaisant to, kad išlaidos yra kompensuojamos ne apdraustajam, o sveikatos priežiūros paslaugas suteikusios valstybės narės kompetentingai įstaigai, pagal savo esmę tai vis tiek yra tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimas. Todėl sąvoką „tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimas“ galima suprasti plačiai, kaip apimančią tokių išlaidų kompensavimą pagal ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentus bei pagal SESV 56 straipsnį ir Direktyvą 2011/24.

¹⁶⁴ Pavyzdžiui, 2020 m. spalio 29 d. sprendime A, C-243/19 (A, 2020) ESTT aiškino teisę į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą pagal ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentus ir Direktyvą 2011/24 atsižvelgdamas į ES pagrindinių teisių chartijos 21 straipsnį (diskriminacijos uždraudimas). Šiame sprendime ESTT iš esmės nusprendė, kad valstybės narės atsisakymas suteikti išankstinį leidimą ir padengti gydymo išlaidas, kai pacientas dėl religinių priežasčių nusprendžia nesinaudoti gydymu toje valstybėje atliekant kraujo perpylimą ir vyksta į kitą valstybę narę gydytis jo religiniams įsitikinimams neprieštaraujančiu būdu, reiškia netiesioginį skirtingą požiūrį į pacientus dėl religijos. Todėl turi būti nustatyta, ar skirtingas vertinimas yra susijęs su teisėtu tikslu ir ar šis skirtumas yra proporcingas siekiamo tikslo atžvilgiu. Konkrečiai pagal Direktyvą 2011/24 nacionalinis teismas turi patikrinti, ar galėtų kilti rizika stacionarinio gydymo planavimui draudimo valstybėje narėje, jeigu sprendžiant dėl išankstinio leidimo pagal Direktyvą 2011/24 išdavimo būtų atsižvelgta į pacientų religinius įsitikinimus.

¹⁶⁵ Tačiau tam tikrais atvejais išlaidos privalo būti kompensuojamos ir pačiam apdraustajam (žr. Įgyvendinimo reglamento Nr. 987/2009 25 straipsnio 4 ir 5 dalis).

Dar daugiau, šios disertacijos autorės nuomone, tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo pagal SESV 56 straipsnį ir Direktyvą 2011/24 praktiškai neįmanoma nagrinėti nepriklausomai nuo ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentų, o į pacientų teisę į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą reikėtų žiūrėti kaip į visumą, nepriklausomai nuo to, kaip šios išlaidos yra kompensuojamos¹⁶⁶. Taip yra dėl to, kad faktiškai teisė į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą pagal SESV 56 straipsnį ir Direktyvą 2011/24 ir pagal ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentus papildo viena kitą. Pacientas, neturintis teisės į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą pagal ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentus, gali turėti tokią teisę pagal SESV 56 straipsnį ir Direktyvą 2011/24. Be to, tais atvejais, kai naudotis SESV 56 straipsniu ir Direktyva 2011/24 pacientui yra palankiau, jis turi teisę pasirinkti būtent šį kompensavimo kelią, net jeigu teoriškai turėtų teisę į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugas pagal ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentus.

Taip pat reikia pažymėti, kad nors iš esmės ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentų tikslas yra užtikrinti, kad subjektai, kuriems buvo sukurti šie reglamentai, t. y. darbuotojai tarpvalstybinėse situacijose ir jų šeimos nariai, neatsidurtų nepalankioje situacijoje dėl dviejų valstybių narių socialinės apsaugos sistemų nesuderinamumo, tačiau ES ligos išmokų, įskaitant taip vadinamas „išmokas natūra“, kurios šioje disertacijoje vadinamos sveikatos priežiūros paslaugomis, koordinavimas apima taip pat ir kitose valstybėse narėse esančius turistus, taip pat bet kuriuos apdraustuosius, vykstančius gauti tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse (Fuchs, Cornelissen, 2015, p. 194). Kitaip tariant, kiek tai susiję su teise vyksti į kitą valstybę narę gauti tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugas turint draudimo valstybės narės kompetentingos įstaigos leidimą, galima teigti, kad ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentai ne koordinuoja valstybių narių socialinės apsaugos sistemas tarpvalstybinėse situacijose, o patys sudaro prielaidas tokioms situacijoms atsirasti. Todėl paciento teisė į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų

¹⁶⁶ Be to, kaip yra kompensuojamos išlaidos (pacientui ar tiesiogiai tos valstybės, kurioje buvo suteiktos paslaugos, kompetentingai įstaigai), SESV 56 straipsnio ir Direktyvos 2011/24 „sistema“ ir ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentų „sistema“ taip pat skiriasi apimtimi, kuria išlaidos yra dengiamos, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ratu, administraciniais terminais ir t. t.

kompensavimą pagal ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentus, kai vykstama į kitą valstybę gauti tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugas, iš esmės nesiskiria nuo tokios teisės kaip paslaugų teikimo laisvės dalies. Šią išvadą patvirtina 2003 m. spalio 23 d. sprendimas *Inizan* (*Inizan*, 2003, 21 punktąs)¹⁶⁷, kuriame, remdamasis byloje ES Tarybos ir EK pateiktomis pastabomis, ESTT konstatavo, kad Tarybos 1971 m. birželio 14 d. reglamentas (EEB) Nr. 1408/71 dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, judantiems Bendrijoje (Tarybos reglamentas (EEB) Nr. 1408/71..., 1971) 22 straipsnis (šiuo metu – Reglamento Nr. 883/2004 20 straipsnis), numatantis teisę vykti į kitą valstybę narę sveikatos priežiūros paslaugų gavus draudimo valstybės narės kompetentingos įstaigos leidimą, padeda palengvinti apdraustųjų asmenų laisvą judėjimą ir, tuo pačiu, tarpvalstybinį medicininių paslaugų teikimą tarp valstybių narių.

Atsižvelgiant į apibrėžtą paslaugų teikimo laisvės turinį, toliau šioje disertacijos dalyje bus nagrinėjama ne tik Direktyvos 2011/24, bet ir atitinkamų ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentų nuostatų poveikis Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui. Šiuo tikslu bus tiriama kaip teisė į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą buvo įgyvendinta Lietuvoje, kiek šia teise naudojamosi ir kokios teisinės priežastys lemia naudojimosi šia teise apimtis, taip pat pateikiama paslaugų teikimo laisvės poveikio sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui analizė ir jos apibendrinimas.

1.4.1. Teisinis pagrindas kompensuoti tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidas

Lietuvoje Direktyva 2011/24 buvo įgyvendinta 2013 m. spalio 1 d. priėmus LR sveikatos draudimo įstatymo 1, 2, 6, 21 straipsnių pakeitimo ir papildymo ir įstatymo papildymo 12¹ straipsniu ir priedu įstatymą Nr. XII-526 (Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo... įstatymas, 2013, toliau – įstatymas Nr. XII-526), taip pat kai kuriuos sveikatos apsaugos ministro

¹⁶⁷ Žr. taip pat 2020 m. rugsėjo 23 d. sprendimą *WO* (*WO*, 2020, 45 punktąs), pagal kurį Reglamento Nr. 883/2004 20 straipsnis turi būti aiškinamas atsižvelgiant į SESV 56 straipsnį.

įsakymus¹⁶⁸.

Įstatymas Nr. XII-526 Sveikatos draudimo įstatyme iš esmės įtvirtino naują sąvoką „tarpvalstybinė sveikatos priežiūra“, taip pat šį įstatymą papildė nauju 12¹ straipsniu reglamentuojančiu tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą. Detalią tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo tvarką nustato Tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo tvarkos aprašas, patvirtintas sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 15 d. įsakymu Nr. V-957.

Minėti teisės aktai suteikė apdraustiesiems Lietuvoje teisę į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą pagal Lietuvoje galiojančias bazines kainas, neviršijant faktinių išlaidų. Iki Direktyvos 2011/24 įgyvendinimo ši teisė Lietuvos apdraustiesiems turėjo būti garantuojama pagal minėtą ESTT praktiką. Tačiau, kaip teigiama ir aiškinamajame rašte (Aiškinamasis raštas..., 2013e) dėl įstatymo projekto Nr. XIIP-917 (Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo... projektas, 2013d), kurio pagrindu buvo priimtas Direktyvą 2011/24 įgyvendinantis įstatymas Nr. XII-526, iki įstatymo priėmimo tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos Lietuvoje nebuvo kompensuojamos.

Čia, be abejo, turima omenyje, kad nebuvo kompensuojamos tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidos kaip teisės teikti paslaugas dalis. Tačiau, kaip jau minėta, tam tikrais atvejais apdraustieji turi teisę gauti sveikatos priežiūros paslaugas kitoje valstybėje narėje pagal ES socialinės

¹⁶⁸ Sveikatos apsaugos ministro 2013 m. birželio 27 d. įsakymą Nr. V-648 „Dėl Tarpvalstybinės sveikatos priežiūros nacionalinio kontaktinio centro funkcijų vykdymo“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. birželio 27 d. įsakymas Nr. V-648); sveikatos apsaugos ministro 2013 m. liepos 23 d. įsakymą Nr. V-724 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. rugpjūčio 16 d. įsakymo Nr. V-729 „Dėl Pacientų siuntimo konsultuotis, išsiti ir (ar) gydytis Europos ekonominei erdvei priklausančiose valstybėse ir Šveicarijoje tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. liepos 23 d. įsakymas Nr. V-724, toliau – sveikatos apsaugos ministro 2013 m. liepos 23 d. įsakymas Nr. V-724); sveikatos apsaugos ministro 2013 m. rugpjūčio 30 d. įsakymą Nr. V-835 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. kovo 8 d. įsakymo Nr. 112 „Dėl receptų rašymo ir vaistų bei kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių išdavimo (pardavimo) gyventojams“ pakeitimo“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. rugpjūčio 30 d. įsakymas Nr. V-835); sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 15 d. įsakymą Nr. V-957 „Dėl Tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 15 d. įsakymas Nr. V-957, toliau – sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 15 d. įsakymą Nr. V-957) ir kt.

apsaugos sistemų koordinavimo reglamentus, kurie buvo taikomi iki minėto Sveikatos draudimo įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymo įsigaliojimo.

O būtent, ši teisė yra numatyta Reglamento Nr. 883/2004 19 ir 20 straipsniuose bei Įgyvendinimo reglamento Nr. 987/2009 25 ir 26 straipsniuose. Pacientai siunčiami į kitas ES valstybes nares gauti planines tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas pagal Reglamento Nr. 883/2004 20 straipsnį bei Įgyvendinimo reglamento Nr. 987/2009 26 straipsnį vadovaujantis sveikatos apsaugos ministro 2010 m. rugpjūčio 16 d. įsakymu Nr. V-729 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. rugpjūčio 16 d. įsakymas Nr. V-729) patvirtintu Pacientų siuntimo konsultuotis, išsitiirti ir (ar) gydytis EEE priklausančiose valstybėse ir Šveicarijoje tvarkos aprašu.

1.4.2. Pacientų teisės į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą įgyvendinimo Lietuvoje alternatyvų pasirinkimai

1.4.2.1. Direktyva 2011/24

Išankstinio leidimo suteikimo sistema. Direktyvos 2011/24 8 straipsnis suteikia valstybėms narėms galimybę tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimui numatyti išankstinio leidimo suteikimo sistemą, o šio straipsnio 2 dalis pateikia baigtinį sąrašą sveikatos priežiūros paslaugų, kurioms gali būti taikomas išankstinio leidimo reikalavimas. Kaip jau minėta, ESTT praktikoje išankstinio leidimo reikalavimas yra pripažįstamas kaip būdas valstybėms narėms užsitikrinti, kad nebus rimtai pakenkta jų socialinės apsaugos sistemų finansinei pusiausvyrai ir išsaugotos subalansuotos ir visiems prieinamos medicinos ir stacionarios paslaugos.

Lietuvoje pasirinkta nereikalauti išankstinio leidimo tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimui. Aiškinamajame rašte (Aiškinamasis raštas..., 2013e) dėl įstatymo projekto Nr. XIIP-917 teigiama, kad siekiant išspręsti klausimą, ar tikslinga išankstinio leidimo sistemą taikyti Lietuvoje, sveikatos apsaugos ministro įsakymu buvo sudaryta darbo grupė, kuri pasiūlė netaikyti Lietuvoje išankstinio leidimo suteikimo sistemos tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimui. Šiame rašte teigiama, kad išankstinio leidimo sistemos taikymas nėra būtinas ir proporcingas siekiamo tikslo atžvilgiu, jis taptų nepagrįsta kliūtimi laiku gauti reikiamas paslaugas kitose EEE šalyse. Įvedus išankstinio leidimo sistemą būtų uždedama papildoma administracinė našta ir pacientams, nes sunkintų jų teisės gauti sveikatos priežiūrą kitoje valstybėje narėje įgyvendinimą, ir leidimą apdraustajam išduodančiai institucijai, nes tam, kad institucija priimtų

sprendimą dėl leidimo išdavimo / neišdavimo, pirmiausia reikėtų įvertinti, ar pacientas turi teisę gauti išankstinį leidimą pagal Reglamento Nr. 883/2004 20 straipsnio nuostatas, t. y. ar paslaugos gali būti suteiktos Lietuvos teritorijoje laiku, atsižvelgiant į paciento būklę ir galimą ligos eigą. Šios administracinės prievolės įgyvendinimas pareikalautų papildomų žmogiškųjų ir finansinių išteklių bei ribotų paciento teises.

Čia reikėtų paaiškinti, kad pagal Direktyvos 2011/24 8 straipsnio 3 dalį gavusi apdraustojo prašymą suteikti išankstinį leidimą gauti tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas, draudimo valstybė narė privalo nustatyti, ar įvykdytos Reglamente Nr. 883/2004 nustatytos sąlygos. Jei tos sąlygos įvykdytos, išankstinis leidimas suteikiamas vadovaujantis tuo reglamentu, nebent pacientas prašo kitaip.

Taip yra todėl, kad, kaip jau minėta, pagal Reglamento Nr. 883/2004 20 straipsnį apdraustasis kitoje valstybėje narėje gauna taip vadinamas „išmokas natūra“, už kurias galiausiai atsiskaito draudimo valstybės narės kompetentinga įstaiga valstybės narės, kurioje buvo suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos, sąlygomis ir įkainiais. Tuo tarpu pagal Direktyvą 2011/24 jis turėtų sumokėti už gydymą pats ir vėliau kreiptis dėl kompensavimo draudimo valstybės narės įkainiais. Taigi jeigu yra tenkinamos Reglamento Nr. 883/2004 20 straipsnio sąlygos leidimui gauti, daugeliu atvejų pacientui bus palankiau naudotis ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentais.

Kadangi Lietuva nereikalauja leidimo tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimui, kai pacientas kreipiasi dėl tokių išlaidų kompensavimo, VLK netikrina, ar jis būtų atitikęs Reglamento Nr. 883/2004 20 straipsnio sąlygas leidimui gauti, o išlaidas kompensuoja pagal Direktyvą 2011/24.

Kitoje EEE valstybėje ar Šveicarijoje suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas VLK kompensuoja pagal Reglamento Nr. 883/2004 20 straipsnį tik tuo atveju, jeigu šios paslaugos pacientui dėl jo sveikatos būklės buvo suteiktos nuo paraiškos suteikti leidimą pateikimo iki leidimo išdavimo dienos¹⁶⁹.

Pacientų teisė į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą teritorijos atžvilgiu. Kiek tai susiję su EEE ELPA valstybėmis, Lietuvoje teisė į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros šiose

¹⁶⁹ Pacientų siuntimo konsultuotis, išsitiirti ir (ar) gydytis EEE priklausančiose valstybėse ir Šveicarijoje tvarkos aprašo 22 punktą.

valstybėse išlaidų kompensavimą buvo įtvirtinta beveik dvejais metais anksčiau nei reikalaujama pagal EEE susitarimą.

Konkrečiai, Direktyvos 2011/24 atitikties data pagal EEE susitarimą yra 2015 m. rugpjūčio 1 d. Tuo tarpu Lietuvoje teisė į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą EEE ELPA valstybėse garantuojama nuo 2013 m. spalio 1 d. įstatymo Nr. XII-526 įsigaliojimo dienos, t. y. 2013 m. spalio 25 d.

Vis dėlto, kaip jau minėta, iki Direktyvos 2011/24 įgyvendinimo teisė į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros EEE išlaidų kompensavimą Lietuvos apdraustiesiems turėjo būti garantuojama pagal SESV 56 straipsnį ir analogišką EEE susitarimo 36 straipsnį.

Kita vertus, kiek tai susiję su Šveicarija, nei Direktyva 2011/24, nei šioje direktyvoje kodifikuota ESTT praktika Šveicarijoje nėra taikoma (Zaglmyer, 2017, 78-79 punktai). Todėl pasirinkimas Lietuvos apdraustiesiems kompensuoti tarpvalstybinės sveikatos priežiūros Šveicarijoje išlaidas nekyla nei iš ES teisės, nei iš tarptautinių sutarčių ir turi būti vertinamas kaip vienašališkas nacionalinis sprendimas.

Bendrosios praktikos gydytojo siuntimo reikalavimas. Pagal Tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo tvarkos aprašo 7 punktą apdraustojo išlaidos tarpvalstybinei sveikatos priežiūrai kompensuojamos, jei asmens sveikatos priežiūros paslaugos (išskyrus pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas) gydymo valstybėje teikiamos pagal Lietuvos ASPI, sudariusios sutartį su teritorine ligonių kasa dėl šių paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo, gydytojo siuntimą.

Iš esmės tai reiškia, kad norėdami pasinaudoti savo teise į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kitoje valstybėje narėje kompensavimą apdraustieji turi kreiptis į šeimos gydytoją ar kitą pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią gydytoją arba gydytoją specialistą, priklausantį Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai.

Šiuo atveju reikėtų pateikti du pastebėjimus. Visų pirma, pagal Direktyvos 2011/24 7 straipsnio 7 dalį draudimo valstybė narė apdraustam asmeniui, norinčiam, kad būtų kompensuotos tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidos, gali taikyti tokias pačias sąlygas, kokios būtų taikomos tas sveikatos priežiūros paslaugas suteikus jos teritorijoje. Tai gali apimti, pavyzdžiui, bendrosios praktikos gydytojo arba pirminės sveikatos priežiūros gydytojo, pas kurį pacientas yra prisirašęs, siuntimą.

Pagal sveikatos apsaugos ministro 2008 m. birželio 28 d. įsakymu Nr. V-636 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. birželio 28 d. įsakymas Nr. V-636) patvirtintą Siuntimų asmens sveikatos priežiūros

paslaugoms gauti išdavimo, įforminimo ir atsakymų pateikimo tvarkos aprašą be siuntimo galima kreiptis į gydymo įstaigas dėl būtinosios medicinos pagalbos. Be to, siuntimo nereikia, pavyzdžiui, jeigu pacientas serga lėtine liga, dėl kurios jam reikalinga ilgalaikė stebėseną (sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 28 d. įsakymu Nr. V-288 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 28 d. įsakymas Nr. V-288) patvirtinto ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo tvarkos aprašo 5 punktas), arba kreipiantis į gydytoją dermatovenerologą (dėl odos ir venerinių ligų) (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. birželio 10 d. įsakymas Nr. 265, 1.2 punktas).

Tuo tarpu Tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo tvarkos aprašas šiuo aspektu nedaro jokių išimčių, o tai suponuoja, kad reikalaujama siuntimo tuo atveju, jeigu, pavyzdžiui, pacientas serga lėtine liga ar kreipiantis į gydytoją dermatovenerologą. Toks gydytojo siuntimo reikalavimas vertintinas kaip diskriminacinis.

Be to, net jeigu reikalavimas gauti siuntimą būtų vienodai taikomas sveikatos priežiūros paslaugoms Lietuvoje ir kitose valstybėse narėse, pagal Direktyvos 2011/24 7 straipsnio 7 dalį šis reikalavimas turi nesudaryti kliūčių laisvam pacientų, paslaugų ar prekių judėjimui, išskyrus atvejus, kai tai yra objektyviai pateisinama būtinybe planuoti, siekiant užtikrinti, kad atitinkamos valstybės narės teritorijoje būtų pakankamos ir nuolat prieinamos įvairios ir subalansuotos aukštos kokybės gydymo paslaugos, arba kad būtų kontroliuojamos išlaidos ir, kiek įmanoma, išvengta bet kokio finansinių, techninių ir žmogiškųjų išteklių švaistymo.

Faktiškai tai yra reikalavimas patikrinti, ar taikomos sąlygos, atitikties reikalavimams kriterijai ir reglamentavimo bei administraciniai formalumai yra proporcingi vidaus rinkos laisvių apribojimais. Tačiau šio tyrimo metu nebuvo nustatyta esant viešai prieinamos informacijos, ar minėtų reikalavimų atitiktis SESV nuostatomis buvo įvertinta.

Šiuo aspektu taip pat pažymėtina, kad gydytojo siuntimo reikalavimas pagal Tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo tvarkos aprašą faktiškai reiškia, kad naudotis pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugomis kitoje valstybėje narėje yra mažiau patrauklu, nors siuntimo joms ir nėra reikalaujama. Taip yra todėl, kad esant reikalui pirminės asmens sveikatos priežiūros specialistas esantis kitoje valstybėje narėje negalės išduoti siuntimo kreiptis į kitą sveikatos priežiūros specialistą. G. Strban, G. Berki, D. Carrascosa, F. Van Overmeiren parengtoje ataskaitoje teigiama, kad tai yra suprantama, nes valstybė narė negali pavesti „gatekeeper“ funkcijos kitų valstybių narių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams (Strban

et. al., 2017, p. 82-83). Kita vertus, šio tyrimo metu nebuvo nustatyta, kad Lietuvoje yra pakankamai aiškiai apibrėžta, kokias „gatekeeper“ funkcijas atlieka Lietuvos gydytojai, kurių atlikimo negalėtų užtikrinti kitos valstybės šeimos gydytojai. Bet kuriuo atveju įgyvendinant Direktyvą 2011/24 visi šie aspektai turėjo būti įvertinti dėl jų pagrįstumo ir proporcingumo, tačiau nėra informacijos, kad tai buvo atlikta.

Kompensavimo už tarpvalstybinės sveikatos priežiūrą lygis. Pagal Direktyvos 2011/24 7 straipsnio 4 dalį draudimo valstybė narė kompensuoja arba tiesiogiai apmoka tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidas iki tokio lygio, iki kurio tokias išlaidas padengtų draudimo valstybė narė, jei tos sveikatos priežiūros paslaugos būtų suteiktos jos teritorijoje, neviršydama faktiškai gautų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų.

Sveikatos draudimo įstatymo 12¹ straipsnyje nustatyta, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugų, vaistų, medicinos pagalbos priemonių ir medicinos priemonių (prietaisų) išlaidos kompensuojamos pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas kompensuojamųjų vaistų, medicinos pagalbos priemonių, medicinos priemonių (prietaisų) ir sveikatos priežiūros paslaugų bazines kainas, neviršijant faktinių apdraustojo išlaidų.

Taigi Lietuvos įstatymų leidėjas pasirinko sveikatos apsaugos ministro nustatytas bazines kainas vertinti kaip „lygi, iki kurio tokias išlaidas padengtų draudimo valstybė“.

Vis dėlto analizuojant sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymu Nr. V-388 patvirtintą Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodiką matyti, kad į šias kainas nėra įtraukiamos, pavyzdžiui, ilgalaikio turto (patalpų, įrangos ir kt.), įsigyto ne PSDF lėšomis, nusidėvėjimo ir amortizacijos sąnaudos (Valstybės kontrolė, 2018b). Kiek tai susiję su viešosiomis sveikatos priežiūros įstaigomis, ilgalaikis materialusis jų naudojamas turtas priklauso valstybei ir šioms įstaigoms yra panaudos teise perduotas laikinai neatlygintinai valdyti ir naudotis. Pavyzdžiui, 2017 m. valstybinio audito ataskaitoje „Viešosioms sveikatos priežiūros įstaigoms perduoto valstybės turto valdymas“ (Valstybės kontrolė, 2017) teigiama, kad iš viso panaudos teise sveikatos priežiūros įstaigoms buvo perduota 559,9 mln. EUR įsigijimo vertės arba 289,9 mln. EUR likutinės vertės materialusis ir nematerialusis turtas (išskyrus finansinį turtą). Taip yra todėl, kad 1997 m. sveikatos priežiūros biudžetines įstaigas reorganizavus į

viešąsias¹⁷⁰, jos valstybės turtą neatlygintinai gali gauti tik panaudos pagrindais, nes Sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme išimtinės teisės kitu būdu valdyti ir naudoti turtą joms nenumatytos. Todėl visos išlaidos, susijusios su jų ilgalaikio turto įsigijimu, nusidėvėjimu ar amortizacija, yra patiriamos savininko (valstybės ar savivaldybių), o ne naudotojo. Tokiu būdu viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų einamosios išlaidos yra sumažinamos, ir apskaičiuojant bazines kainas į šias išlaidas nėra atsižvelgiama.

Be to, 2017 m. valstybinio audito ataskaitoje nurodoma, kad iš PSDF biudžeto lėšų VLK centralizuotai įsigyja vaistus ir medicinos pagalbos priemones, kuriuos perduoda (kai kurioms) gydymo įstaigoms, tačiau gydymo įstaigų, negavusių šių vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, stacionarių paslaugų vidutinė bazinių kainų balo vertė buvo tokia pati, kaip ir juos gavusių įstaigų, arba mažesnė. Be to, nė viena TLK nedisponavo informacija apie gydymo įstaigos gaunamus VLK centralizuotai įsigijamus vaistus (Valstybės kontrolė, 2017, p. 23-25). Tai leidžia teigti, kad bent jau kai kurios sveikatos priežiūros įstaigos papildomai gauna PSDF lėšomis centralizuotai įsigijamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, dėl ko bazinės kainos joms nėra mažinamos.

2019 m. Valstybės Kontrolės (VK) sveikatos priežiūros sistemos vertinime išvardytos ir kitos aplinkybės, kurios pagrindžia, kad kaina už sveikatos priežiūros paslaugas nėra pagrįsta objektyviomis sąnaudomis (Valstybės kontrolė, 2019, p. 14-15).

Dėl išvardytų aplinkybių kyla klausimas, ar bazinės kainos yra tinkamas Direktyvos 2011/24 7 straipsnio įgyvendinimo pasirinkimas ir ar pasirinkus tokias kainas kaip lygį, iki kurio tokias išlaidas padengia draudimo valstybė, yra tinkamai užtikrinama pacientų teisė į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą. Pastebėtina, kad 2018 m. EK ataskaitoje dėl Direktyvos 2011/24/ES taikymo (Europos Komisija, 2018c, p. 5) yra užsimenama, kad EK svarsto tolesnius veiksmus dėl valstybių narių, kurios teikia kompensacijas už tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas, atitinkančias mažesnę kompensacijų dydį už privačių arba sutarčių nesudariusių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų suteiktas paslaugas jų teritorijoje, palyginti su kompensacijų dydžiu viešojo sektoriaus arba sutartis sudariusių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų sistemoje. Iš tiesų 2018 m.

¹⁷⁰ LR sveikatos priežiūros biudžetinių įstaigų reorganizavimo į valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros viešąsias įstaigas įstatymas Nr. VIII-297 (Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros biudžetinių įstaigų reorganizavimo... įstatymas, 1997).

gruodžio mėn. EK pradėjo procedūras dėl įsipareigojimų neįvykdymo prieš Suomiją, Austriją ir Nyderlandus (European Commission, 2016d; European Commission, 2019b). Nors problematika tose valstybėse skiriasi nuo pirmiau apibūdintos problematikos Lietuvoje¹⁷¹, visiems šiems atvejams galima pritaikyti tuos pačius principus.

¹⁷¹ Suomijoje sveikatos priežiūros sistema susideda iš dviejų įstatymuose nustatytų sistemų: gyvenamosios vietos sistemos ir draudimu pagrįstos sistemos. Nuolatiniais savivaldybės gyventojams teikiamos visuotinės viešosios sveikatos priežiūros paslaugos, o už naudojimąsi šiomis paslaugomis yra renkami įstatymų numatyti klientų mokesčiai. Faktinės viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos savivaldybėse skiriasi, ir jos yra daugiausia finansuojamos iš bendrų mokesčių pajamų. Be to, visi Suomijos gyventojai yra apdrausti įstatymų numatytu sveikatos draudimu, kurio lėšomis yra kompensuojamos privačios sveikatos priežiūros paslaugos. Kompensacijos lygis už šias išlaidas yra mažesnis už tas, kuriomis kompensuojamos viešosios sveikatos priežiūros paslaugos. Už tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas pagal Direktyvą 2011/24 kompensuojama būtent pagal pastarąją sistemą.

Austrijoje sveikatos draudimo fondai už suteiktas ambulatorines paslaugas tiesiogiai apmoka sveikatos paslaugų teikėjams, kurie yra sudarę sutartis su draudimo fondu. Jeigu pacientai kreipiasi į paslaugų teikėjus, kurie nėra sudarę tokių sutarčių, jiems kompensuojama 80 % sumos, kurią sveikatos draudimo fondas sumokėtų sutartį sudariusiam teikėjui (*Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG)*, 131(1) straipsnis). Ši nuostata yra taikoma ir kompensuojant tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas pagal Direktyvą 2011/24.

Nyderlanduose apdraustieji asmenys gali pasirinkti vieną iš dviejų privalomo sveikatos draudimo sistemų: „išmokų natūra“ draudimą (*naturapolis*) arba draudimą, paremtą išlaidų kompensavimu, (*restitutiepolis*). Apdraustieji, pasirinkę pirmąją sistemą, sveikatos priežiūros paslaugų kreipiasi į tuos sveikatos paslaugų teikėjus, kurie yra sudarę sutartis su draudiku. Už tokias paslaugas draudikas atsiskaito tiesiogiai paslaugų teikėjui. Be to, Nyderlandų sveikatos draudimo įstatymas reikalauja, kad draudikai kompensuotų tokiems apdraustiesiems sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas ir kai jie kreipiasi į teikėjus, nesudariusius sutarčių su sveikatos draudimo fondais. Praktikoje fondai už tokias paslaugas pacientams kompensuoja sumą, lygią apie 80 % „rinkos kainos“. Terminą „rinkos kaina“ ir jos nustatymo kriterijus apibrėžia Dekreto dėl sveikatos draudimo 2.2 straipsnis; šia kaina už sveikatos priežiūros paslaugas yra kompensuojama apdraustiesiems, pasirinkusiems antrąją privalomo sveikatos draudimo sistemą. Draudėjų teigimu, suma, kurią jie kompensuoja apdraustiesiems pagal „išmokų natūra“ draudimą už paslaugas, suteiktas sutarčių su jais nepasirašiusiose įstaigose, yra pagrįsta kainomis, kurias jie yra susiderėję savo sutartyse su sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais. Šia suma apdraustiesiems, pasirinkusiems „išmokų natūra“ draudimą, yra kompensuojama ir už tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugas pagal Direktyvą 2011/24.

1.4.2.2. ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentai

Leidimų gauti tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas išdavimo tvarka. Pagal Pacientų siuntimo konsultuotis, išsiti ir (ar) gydytis EEE priklausančiose valstybėse ir Šveicarijoje tvarkos aprašą leidimus gauti sveikatos priežiūros paslaugas minėtose šalyse išduoda sveikatos apsaugos ministro įsakymu sudaryta komisija. Dokumentus dėl sveikatos priežiūros paslaugų šiai komisijai rengia ir teikia universitetų ar universitetinių ligoninių (toliau – universitetų ligoninės) specialistai. Šios ligoninės parenka sveikatos priežiūros įstaigą užsienyje ir suderina sveikatos priežiūros paslaugų teikimo laiką. Komisijai, be minėtų ligoninių gydytojų siuntimo ir kitų dokumentų turi būti pateikiamas užsienio sveikatos priežiūros įstaigos raštas, garantuojantis, kad pacientui iš Lietuvos bus suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos ir kad šių paslaugų išlaidos bus apmokamos tos šalies valstybinio (privalomojo) sveikatos draudimo lėšomis, taip pat nurodantis gydymo kainą ir informaciją apie toje valstybėje taikomus mokesčius ir (ar) priemokas.

Taigi pagal šį tvarkos aprašą iniciatyva dėl paciento siuntimo į kitą valstybę gydytis priklauso ne pačiam apdraustajam, o universitetų ligoninėms, priklausančioms Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2010 m. lapkričio 29 d. nutartis). Pacientas neturi galimybės pats tiesiogiai kreiptis į komisiją dėl gydymo užsienyje, o universitetų ligoninių (jų gydytojų) veiksmai atsisakant parengti būtinus dokumentus dėl paciento gydymo užsienyje yra laikytini sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, o ne viešuoju administravimu ir, atitinkamai, gali būti skundžiami bendrosios kompetencijos teismui (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2016 m. lapkričio 23 d. nutartis)¹⁷². Tvarkos aprašas taip pat reiškia, jog tam, kad gautų leidimą gydytis užsienyje, apdraustasis pirmiausia turi kreiptis konsultacijos į universitetų ligoninių gydytojus. Todėl laikotarpiu iki kol pacientas pateks pas šiuos gydytojus konsultacijos nėra atliekamas individualus vertinimas, ar yra išpildytos Reglamento Nr. 883/2004 20 straipsnio sąlygos, t. y. ar Lietuvoje reikalingas gydymas,

¹⁷² Žr. taip pat LVAT 2008 m. lapkričio 4 d. sprendimą administracinėje byloje (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2008 m. lapkričio 4 d. sprendimas), kuriame buvo nagrinėjamos Pacientų siuntimo konsultuotis (išsiti ir (ar) gydytis Europos Sąjungos ir kitose šalyse tvarkos aprašo nuostatos ir Komisijos sprendimams dėl pacientų konsultacijų, ištyrimo, gydymo užsienyje priimti kompetencija. LVAT konstatavo, kad Komisija neprivalėjo vienareikšmiškai priimti pareiškėjai teigiamo sprendimo. Abejonių dėl aprašo atitikties ES teisei šiame sprendime nebuvo išreikšta.

atsižvelgiant į paciento sveikatos būklę ir numanomą ligos eigą, gali būti suteiktas per mediciniskai pateisinamą laiką¹⁷³.

Pacientų teisės į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą įgyvendinimas laiko atžvilgiu. Pacientų siuntimo konsultuotis, išsitiirti ir (ar) gydytis EEE priklausančiose valstybėse ir Šveicarijoje tvarkos aprašas buvo pakeistas sveikatos apsaugos ministro 2013 m. liepos 23 d. įsakymu Nr. V-724. Iki šio įsakymo įsigaliojimo apdraustieji buvo siunčiami į užsienį gydytis PSDF biudžeto lėšomis, jeigu jiems teiktos konsultacijos ir taikyti visi Lietuvoje galimi tyrimo ir gydymo metodai nedavė teigiamų rezultatų. Faktiškai tai reiškia, kad Reglamento Nr. 883/2004 20 straipsnis, taip pat analogiškos prieš tai galiojusių ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentų nuostatos buvo įgyvendintos Lietuvoje tik 2013 m. liepos 28 d. įsigaliojus minėtam sveikatos apsaugos ministro įsakymui.

Pacientų teisė į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą subjektų ir teritorijos atžvilgiu. Kiek tai susiję su EEE ELPA valstybėmis, pažymėtina, kad Tarybos 2003 m. gegužės 14 d. reglamentas (EB) Nr. 859/2003 išplečiantis Reglamento (EEB) Nr. 1408/71 ir Reglamento (EEB) Nr. 574/72 nuostatų taikymą trečiųjų šalių piliečiams, kuriems jos dar netaikomos dėl jų pilietybės (Tarybos 2003 m. gegužės 14 d. reglamentas, toliau – Reglamentas Nr. 859/2003) ir Europos Parlamento ir Tarybos 2010 m. lapkričio 24 d. reglamentas (ES) Nr. 1231/2010, kuriuo išplečiamas Reglamento (EB) Nr. 883/2004 ir Reglamento (EB) Nr. 987/2009 taikymas trečiųjų šalių piliečiams, kuriems tie reglamentai dar netaikomi tik dėl jų pilietybės (Europos Parlamento ir Tarybos 2010 m. lapkričio 24 d. reglamentas, toliau – Reglamentas Nr. 1231/2010), kuriais ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentų nuostatų taikymas išplėstas trečiųjų šalių piliečiams, nebuvo inkorporuoti į EEE susitarimą. Kitaip tariant, pagal EEE susitarimą trečiųjų valstybių piliečiai, kuriems taikomi Reglamentai Nr. 859/2003 ir Nr. 1231/2010, neturi teisės į tarpvalstybinės

¹⁷³ Papildomai pažymėtina, kad tvarkos aprašas neatitinka ES teisės ir remiantis 2021 m. spalio 6 d. sprendimu *TS, C-538/19 (TS, 2021)*, kuriame ESTT išaiškino, kad spręsdamos dėl išankstinio leidimo tarpvalstybinei sveikatos priežiūrai suteikimo pagal ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentus, aiškinamus kartu su SESV 56 straipsniu, valstybės narės negali reikalauti pateikti medicininę išvadą, parengtą tik tos valstybės sveikatos apsaugos sistemai priklausančio gydytojo, ir privalo atsižvelgti į kitoje valstybėje įsisteigusio gydytojo išvadą.

sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą pagal ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentus.

Tuo tarpu Pacientų siuntimo konsultuotis, išsitiirti ir (ar) gydytis EEE priklausančiose valstybėse ir Šveicarijoje tvarkos apraše kalbama apskritai apie apdraustuosius PSD, įskaitant trečiųjų valstybių piliečius, kurie nėra ES ar kitų EEE valstybių piliečių šeimos nariai. Šiame apraše nėra daroma jokio skirtumo tarp apdraustųjų PSD, kurie yra trečiųjų valstybių piliečiai, teisių į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugas ES ir EEE ELPA valstybėse.

Lygiai tas pats yra pasakytina apie Šveicariją, t. y. nors ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentai Šveicarijoje yra taikomi, Reglamentai Nr. 859/2003 ir Nr. 1231/2010 nėra ES-Šveicarijos susitarimų dalis.

Taigi 2013 m. liepos 23 d. pakeitus Pacientų siuntimo konsultuotis, išsitiirti ir (ar) gydytis EEE priklausančiose valstybėse ir Šveicarijoje tvarkos aprašą siekiant įgyvendinti ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentų nuostatas nebuvo įvertinta, kiek turėjo pasikeisti subjektų, turinčių teisę į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą, ratas.

Tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimas kitų valstybių narių apdraustiesiems. VLK ir TLK apmoka sveikatos priežiūros įstaigoms už tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas pagal ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentų nuostatas bazinėmis kainomis. Vėliau šią sumą kompensuoja atitinkamos valstybės narės, kurios apdraustiesiems buvo suteiktos paslaugos, kompetentinga įstaiga. Atsižvelgiant į pirmiau aptartą bazinių kainų nustatymo metodiką, tai reiškia, kad kitų valstybių narių apdraustųjų sveikatos priežiūra Lietuvoje yra subsidijuojama. Beje, galima pastebėti, kad apie tai buvo kalbama jau 2005 m. (Dulskis, 2005, p. 42-44).

1.4.3. Paslaugų teikimo laisvės poveikis Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui

1.4.3.1. Direktyva 2011/24

Pacientų judėjimo apimtys pagal Direktyvą 2011/24. VLK pateiktais duomenimis (Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, 2015-2019; Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, 2018), 2015-2019 m. TLK ir VLK iš viso gavo 525 prašymus kompensuoti tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidas, joms kompensuoti iš PSDF biudžeto lėšų 2015-2019 m. buvo išleista iš viso 437 tūkst. EUR, tačiau tai

sudaro tik 29,5 % nuo apdraustųjų sumokėtos sumos už atitinkamą tarpvalstybinę priežiūrą (1 479 tūkst. EUR).

Taip pat pažymėtina, kad 2016 m. tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidoms kompensuoti iš PSDF biudžeto lėšų buvo išleista iš viso vos 32,5 tūkst. EUR, t. y. beveik 3 kartus mažiau negu 2015 m. (90,4 tūkst. EUR). Kitaip tariant, panašu, kad tam tikras pacientų entuziazmas pastebimas įgyvendinus Direktyvą 2011/24 pastebimai nuslūgo 2016 m., nors po to vėl didėjo 2017 ir 2018 m. (atitinkamai, 85,6 tūkst. EUR ir 114,9 tūkst. EUR), o 2019 m. išliko panašus kaip praėjusiais metais (113,6 tūkst. EUR).

Kiek tai susiję su šalimis, į kurias 2015-2019 m. apdraustieji vyko tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugų, pirmąją vietą užima Latvija (33,9 %), toliau seka Lenkija (18,5 %), Vokietija (17,4 %), Slovakija (9 %) ir Estija (6,3 %).

EK yra paskelbusi valstybių narių duomenis, susijusius su tarpvalstybine sveikatos priežiūra po Direktyvos 2011/24 priėmimo. Pažymėtina, kad Lietuva, taip pat Austrija, Suomija, Prancūzija, Islandija, Latvija ir Portugalija duomenų ataskaitai apie 2015 m. nepateikė (European Commission, 2015b). EK duomenimis, 2016 metais 19 Lietuvos pacientų vyko į kitas valstybes nares naudotis tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugomis pagal Direktyvą 2011/24. Tuo tarpu tais pačiais metais atvykusių į Lietuvą pacientų skaičius buvo 167 (European Commission, 2016e, 3.5 ir 4.3 lentelės). 2017 m. atitinkami skaičiai – 95 ir 296 pacientai (European Commission, 2017d, 3.5 ir 4.3 lentelės), o 2018 m. – 128 ir 1442 pacientai (European Commission, 2018d, 4.5 ir 5.3 lentelės).

Direktyvos 2011/24 poveikis Lietuvos sveikatos sistemos organizavimui ir reguliavimui. Direktyvos 2011/24 įgyvendinimas suteikė LR apdraustiesiems teisę į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą kaip paslaugų teikimo laisvės dalį. Iki šios direktyvos įgyvendinimo tokia teisė Lietuvos pacientams nebuvo užtikrinama.

Tačiau Direktyva 2011/24 buvo perkelta Lietuvoje siekiant kiek įmanoma apriboti pacientų judėjimą, išlaikyti esamą situaciją ir neprisidėjo prie jokių pačios sistemos reformų.

Jau pats sprendimas nereikalauti išankstinio leidimo Direktyvoje 2011/24 nustatytais atvejais leidžia daryti prielaidą, kad priimant direktyvą įgyvendinančius teisės aktus nebuvo tikimasi didelio apdraustųjų besikreipiančių dėl tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo antplūdžio arba, bet kuriuo atveju, kaip teigiama aiškinamajame rašte (Aiškinamasis raštas..., 2013e) dėl įstatymo projekto Nr. XIIP-917, „neigiamų <priimto įstatymo> pasekmių nenumatoma“.

Tai patvirtina ir pirmiau minėti statistiniai duomenys, kuriais remiantis galima teigti, kad Lietuvos apdraustųjų judėjimo į kitas valstybes nares tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugų pagal Direktyvą 2011/24 apimtys yra nereikšmingos.

Savo 2015 m. ataskaitoje dėl Direktyvos 2011/24 taikymo (Europos Komisija, 2015a) EK analizuoja priežastis, kodėl apskritai pacientų judėjimas pagal Direktyvą 2011/24 nėra didelis. Ji nurodo, kad *„natūrali tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paklausa gali būti palyginti maža dėl keleto priežasčių: pacientų nenoro keliauti (pvz., dėl artimo ryšio su šeima arba gero buveinės valstybėje veikiančios sistemos ypatumų išmanymo); kalbos barjerų; kainų skirtumų tarp valstybių narių; priimtino gydymo laukimo laiko draudimo valstybėje narėje“*.

Kiek tai susiję su Lietuva, viena iš akivaizdžių priežasčių, kodėl nebuvo tikimasi, kad daug apdraustųjų naudosis teise į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą pagal Direktyvą 2011/24, kas taip pat pasitvirtino praktikoje, yra ta, kad sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos, kuriomis pasirinkta kompensuoti tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidas, Lietuvoje yra mažesnės nei sveikatos priežiūros išlaidų teikimo sąnaudos. Kaip paaiškinta pirmiau, dalis finansavimo sveikatos priežiūros įstaigoms yra tiesioginis ir į bazines kainas, kuriomis pacientams kompensuojamos tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidos, nėra įtrauktas. Todėl jeigu tarpvalstybinė sveikatos priežiūra Lietuvos apdraustiesiems būtų kompensuojama bent jau iki faktinių sąnaudų lygio, galimai padidėtų ir apdraustųjų naudojimas teise į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugų kompensavimą.

Kaip matėme, 2015-2019 m. iš PSDF biudžeto lėšų išleistos lėšos tarpvalstybinei sveikatos priežiūrai kompensuoti sudarė tik 29,5 % nuo apdraustųjų sumokėtos sumos už atitinkamą priežiūrą. Pavyzdžiui, netgi kalbant apie tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidas Latvijoje, dėl kurių kompensavimo buvo gauta daugiausia prašymų, pažymėtina, kad, VLK duomenimis, 2014-2016 m. PSDF biudžeto lėšomis kompensuota suma sudarė tik 38 % nuo apdraustųjų sumokėtos sumos už atitinkamą tarpvalstybinę priežiūrą. Su minėtomis bazinėmis kainomis susijusi ir priešinga problema, t. y. kitų valstybių narių apdraustųjų subsidijavimas iš PSDF biudžeto lėšų.

Be to, galima teigti, kad įgyvendinant Direktyvą 2011/24 buvo siekiama išlaikyti galimybę kontroliuoti tarpvalstybinės sveikatos priežiūros apimtis pasirinkus visais atvejais (išskyrus pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas) reikalauti ASPĮ, priklausančios Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai, gydytojo siuntimo. Ši priemonė buvo pasirinkta neatlikus išsamaus

vertinimo dėl jos reikalingumo, nesilaikant Direktyvos 2011/24 7 straipsnio 7 dalies reikalavimų dėl taikomų sąlygų nediskriminacinio pobūdžio ir proporcingumo.

Minėtoje 2015 m. EK ataskaitoje dėl Direktyvos 2011/24 taikymo (Europos Komisija, 2015a) teigiama, kad Direktyvos 2011/24 perkėlimas buvo puiki proga valstybėms narėms diskutuoti vidines problemas. Šiuo aspektu, be minėtos bazinių kainų, nepadengiančių faktinių sąnaudų, problemos, taip pat galima paminėti klausimą, susijusį su privačiais sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais. Pažymėtina, kad Direktyva 2011/24 sukūrė tokią sistemą, pagal kurią iš socialinės apsaugos sistemos lėšų turi būti kompensuojamos tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugos, nepriklausomai nuo to, ar jos buvo suteiktos kitos valstybės narės socialinės apsaugos sistemai priklausančių ar nepriklausančių teikėjų. Tuo tarpu, pavyzdžiui, Lietuvoje, sveikatos priežiūros paslaugos, suteiktos sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, kurie nėra pasirašę sutarčių su TLK, pacientams nėra kompensuojamos. Nors ES teisė nereikalauja panaikinti atvirkštinės diskriminacijos¹⁷⁴, perkeltant Direktyvą 2011/24 buvo galima bent jau įvertinti, ar šiuo metu galiojanti sistema yra pagrįsta. Tačiau tyrimo metu nebuvo nustatyta, kad buvo diskutuojama šiuo klausimu. Taigi nenustatyta, kad Direktyvos 2011/24 perkėlimas būtų prisidėjęs prie kokių nors esminių Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos elementų pertvarkos.

1.4.3.2. ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentai

Pacientų judėjimo apimtys pagal ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentus. VLK pateiktais duomenimis (Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, 2018, 24 lentelė)¹⁷⁵, 2015 m. VLK PSDF biudžeto lėšomis apmokėjo 11 829 ES šalių tarnybų pateiktas standartizuotas sąskaitas (E125 ir E127 formos pažymas), taip pat kompensavo apdraustųjų išlaidas būtinosios medicinos pagalbos paslaugoms ES šalyse gauti pagal 446 pagrįstus prašymus. 2016 m. VLK apmokėjo 10 753 standartizuotas sąskaitas ir kompensavo išlaidas pagal 636 prašymus, 2017 m.

¹⁷⁴ Žr. apie atvirkštinę diskriminaciją šiame kontekste Strban *et. al.*, 2017, p. 83-85.

¹⁷⁵ Žr. taip pat Sveikatos apsaugos ministerijos 2015 ir 2016 metų veiklos ataskaitas (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2016; Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2017, p. 45-49) ir 2018 m. PSDF biudžeto vykdymo metinių ataskaitų rinkinio aiškinamąjį raštą (Lietuvos Respublikos 2018 metų..., 2018).

– 13 612 sąskaitų ir 600 prašymų, o 2018 m. – 13 698 sąskaitas ir 729 prašymus.

Iš viso LR apdraustųjų sveikatos priežiūros ES šalyse išlaidoms apmokėti 2015 m. VLK išleido 10 738 tūkst. EUR, 2016 m. – 10 662 tūkst. EUR, 2017 m. – 13 362 tūkst. EUR, 2018 m. – 12 291 tūkst. EUR.

Didžiąją PSDF biudžeto lėšų, išleistų už Lietuvos apdraustųjų gydymą ES šalyse, dalį (2015 m. – 96,86 % sumos (10 401 tūkst. EUR), 2016 m. – 96,22 % sumos (10 260 tūkst. EUR), 2017 m. – 97,13 % sumos (12 978 tūkst. EUR) 2018 m. – 94,84 % sumos (11 657 tūkst. EUR)) sudarė lėšos, skirtos faktinėmis išlaidomis pagrįstoms sąskaitoms (E125 formos pažymoms) apmokėti.

2015 m. 78 % (8 157 tūkst. EUR) faktinėms LR apdraustųjų sveikatos priežiūros išlaidoms apmokėti skirtų lėšų (2016 m. – 68 % (6 935 tūkst. EUR), 2017 m. – 68 % (8 825 tūkst. EUR), 2018 m. – 69 % (7 987 tūkst. EUR)) buvo panaudota atsiskaitant už kitose ES šalyse jiems suteiktą būtinąją medicinos pagalbą ir 22 % (2 243 tūkst. EUR) (2016 m. – 32 % (3 323 tūkst. EUR), 2017 m. – 32 % (4 153 tūkst. EUR), 2018 m. – 31 % (3 669 tūkst. EUR)) lėšų – už kitose ES šalyse jiems suteiktą planinę medicinos pagalbą, iš jų: 5 % (545 tūkst. EUR) (2016 m. – 11 % (1 084 tūkst. EUR), 2017 m. – 6 % (817 tūkst. EUR), 2018 m. – 2 % (233 tūkst. EUR)) lėšų buvo skirta už apdraustiesiems, išsiųstiems gydytis ir (ar) išsirtinti į užsienį (vadovaujantis Pacientų siuntimo konsultuotis, išsirtinti ir (ar) gydytis EEE priklausančiose valstybėse ir Šveicarijoje tvarkos aprašu), suteiktas planines sveikatos priežiūros paslaugas, o likusi dalis lėšų – už apdraustųjų, gyvenančių kitose ES šalyse, sveikatos priežiūrą gyvenamojoje šalyje.

2015 m. daugiausia faktinėms LR apdraustųjų sveikatos priežiūros išlaidoms apmokėti skirtų lėšų buvo panaudota atsiskaitant už LR apdraustųjų sveikatos priežiūrą Vokietijoje (33 %), Jungtinėje Karalystėje (16 %), Norvegijoje (10 %), Prancūzijoje (9 %); 2016 m. – už LR apdraustųjų sveikatos priežiūrą Vokietijoje (42 %), Prancūzijoje (13 %), Švedijoje (6 %), Norvegijoje (5 %); 2017 m. – Vokietijoje (48 %), Prancūzijoje (9 %), Švedijoje (8 %), Ispanijoje (6 %); 2018 m. – Vokietijoje (50 %), Švedijoje (8 %), Prancūzijoje (7 %), Nyderlanduose (6 %).

2015 m. už EEE valstybių ir Šveicarijos apdraustųjų gydymą Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose buvo išleista 1 760,3 tūkst. EUR (2016 m. – 2 055 tūkst. EUR, 2017 m. – 1 990,8 tūkst. EUR, 2018 m. – 2 471,2 tūkst. EUR), iš jų 67 % (1 176,2 tūkst. EUR) buvo išleista transplantacijos paslaugoms (2016 m. – 69 % (1 417,9 tūkst. EUR), 2017 m. – 64 % (1 264,8 tūkst. EUR), 2018 m. – 65 % (1 597,0 tūkst. EUR)) (Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, 2018; 24 lentelė).

EK duomenimis, 2015 m. Lietuva išdavė 35 dokumentus S2, kurie patvirtina teisę į planuojamą tarpvalstybinę sveikatos priežiūrą kitoje valstybėje narėje nei apdraustojų asmens kompetentinga valstybė narė pagal ES socialinės apsaugos koordinavimo reglamentus, o gavo 252 atitinkamus dokumentus. 2016 m. atitinkami skaičiai – 35 ir 67, 2017 m. – 42 ir 50, o 2018 m. – 54 ir 47 (European Commission, 2019d, p. 58).

ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentų poveikis Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui. Reglamento Nr. 883/2004 19 straipsnio poveikis neabejotinai reikšmingas ne tik tai finansine PSDF biudžetui prasme, bet taip pat ir asmens teisės į sveikatos priežiūrą įgyvendinimo prasme. T. y. Lietuvos apdraustieji turi teisę gauti būtinais sveikatos priežiūros paslaugas kitoje valstybėje narėje buvimo toje valstybėje metu, tartum būtų apdrausti pagal šios valstybės teisės aktus – teisę į būtinąją sveikatos apsaugą keliaudami kitose valstybėse narėse pateikę (tačiau nebūtinai) Europos sveikatos draudimo kortelę (ESDK). Ši ES teisės nuostata nesuteikia valstybėms narėms didelių pasirinkimo ją įgyvendinti galimybių.

Tačiau kiek tai susiję su apdraustiesiems, išsiųstiems gydytis ir (ar) išsitiirti į užsienį suteiktomis planinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis, statistiniai duomenys rodo, kad palyginti nedidelė dalis lėšų ES socialinės apsaugos sistemas koordinuojantiems reglamentams įgyvendinti buvo skirta už sveikatos priežiūros paslaugas pagal Reglamento Nr. 883/2004 20 straipsnį¹⁷⁶. Galima sakyti, kad realus Reglamento Nr. 883/2004 20 straipsnio, kaip ir Direktyvoje 2011/24 įtvirtintos teisės į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą, poveikis Lietuvoje yra nereikšmingas.

Tai nestebina turint omenyje, kad, kaip jau paaikškinta, Pacientų siuntimo konsultuotis, išsitiirti ir (ar) gydytis EEE priklausančiose valstybėse ir Šveicarijoje tvarkos aprašas, pažeisdamas reikalavimus, kylančius iš ES teisės, numato ypač ribotas galimybes siųsti apdraustuosius į kitas valstybes nares planinei sveikatos priežiūrai pagal Reglamento Nr. 883/2004 20 straipsnį, t. y. apdraustasis neturi jokios iniciatyvos teisės kreiptis dėl siuntimo planinei sveikatos priežiūrai į kitas valstybes nares, o laikotarpiu iki kol apdraustasis pateks pas LNSS priklausančius gydytojus turinčius tokia

¹⁷⁶ Kaip minėta pirmiau, 2015 m. – 5 %, 2016 m. – 11 %, 2017 m. – 6 %, 2018 m. – 2 % faktinėms LR apdraustųjų sveikatos priežiūros išlaidoms apmokėti skirtų lėšų.

iniciatyvos teisę iš esmės nėra atliekamas individualus vertinimas, ar yra išpildytos Reglamento Nr. 883/2004 20 straipsnio sąlygos.

Pacientų siuntimo konsultuotis, išsiti ir (ar) gydytis EEE priklausančiose valstybėse ir Šveicarijoje tvarkos aprašas buvo pakeistas sveikatos apsaugos ministro 2013 m. liepos 23 d. įsakymu Nr. V-724. Iki šio įsakymo įsigaliojimo apdraustieji buvo siunčiami į užsienį gydytis PSDF biudžeto lėšomis, jeigu jiems teiktos konsultacijos ir taikyti visi Lietuvoje galimi tyrimo ir gydymo metodai nedavė teigiamų rezultatų. Taigi galima sakyti, kad iki šio įsakymo pakeitimo Reglamento Nr. 883/2004 20 straipsnis Lietuvoje nebuvo įgyvendintas.

Be abejo, toks pakeitimas yra teigiamas, nes pagaliau po beveik 10 metų įgyvendinti ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentai ir pacientai turi daugiau galimybių gauti tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas. Kita vertus, įgyvendinus reglamentus buvo panaikintas teisinis pagrindas pacientus siųsti į užsienį gydytis PSDF biudžeto lėšomis, kai teiktos konsultacijos ir taikyti visi Lietuvoje galimi tyrimo ir gydymo metodai nedavė teigiamų rezultatų, t. y. pagal iki 2013 m. galiojusias sąlygas. Taip pat nors sąlygos pasikeitė, tvarka iš esmės liko ta pati, t. y. leidimus gauti sveikatos priežiūros paslaugas EEE valstybėse ir Šveicarijoje išduoda sveikatos apsaugos ministro įsakymu sudaryta komisija pagal universitetų ligoninių specialistų parengtus dokumentus, kas reiškia, kad norint gauti leidimą būtina pirmiausia kreiptis į šiuos specialistus. Tokia tvarka buvo logiška, kai sąlyga leidimui gauti buvo ta, kad Lietuvoje teiktos konsultacijos ir taikyti galimi tyrimo metodai nedavė rezultatų. Tačiau ji tokia nebėra, kai leidimas turi būti išduodamas tais atvejais, kai Lietuvoje reikalingas gydymas negali būti suteiktas per mediciniskai pateisinamą laiką.

Šiame kontekste taip pat galima pažymėti, kad Reglamento Nr. 883/2004 20 straipsnio sistema galėtų būti pasinaudojama valstybėms narėms organizuojant savo sveikatos apsaugos sistemas. Kitaip tariant, ypač retųjų ligų, o ir kitais atvejais atskiroms valstybėms narėms gali būti ekonomiškai naudingiau siųsti pacientus į užsienį nei vystyti visus įmanomus pajėgumus valstybės viduje. Siekiant palengvinti tokių valstybių narių bendradarbiavimą Direktyva 2011/24 numato referencinių tinklų steigimą. Nesama jokios priežasties, kodėl organizuojant Lietuvos sveikatos apsaugos sistemą nebūtų įvertinamos galimybės pasinaudoti tokiems tinklams priklausančių sveikatos priežiūros įstaigų paslaugomis.

Apibendrinant disertacijos 1.4 dalyje pateiktą vertinimą, reikia pasakyti, kad garantuodama teisę į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą, paslaugų teikimo laisvė pareikalavo pozityvaus reguliavimo

priemonių sveikatos apsaugos srityje. Tokios priemonės ES mastu patvirtintos Direktyvoje 2011/24, taip pat, sąvoką „tarptvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimas“ suprantant plačiai, – ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentuose.

Iki Direktyvos 2011/24 įgyvendinimo Lietuvoje paslaugų teikimo laisvės dalimi esanti teisė į tarptvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą nebuvo garantuojama, nors buvo (iš dalies neteisingai) taikomi ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentai. Taigi tik priėmus Direktyvą 2011/24 paslaugų teikimo laisvė sąlygojo reguliavimo Lietuvoje atsiradimą, kuriuo Lietuvos apdraustiesiems garantuojama teisė į tarptvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą, taip prisidedant prie subjektinės teisės į kuo geresnę sveikatą ir į sveikatos priežiūrą užtikrinimo. Be to, paslaugų teikimo laisvė prisideda garantuojant asmens ūkinės veiklos laisvę ir iniciatyvą bei teisę pasirinkti darbą bei verslą sveikatos apsaugos srityje, nes sudaro geresnes sąlygas Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams teikti paslaugas kitų ES ar EEE ELPA valstybių apdraustiesiems. Pagaliau, reikalaujama atlikti proporcingumo patikrą reglamentuojant tam tikrus Lietuvos valdžios institucijų kompetencijoje esančius klausimus (kaip antai, ar numatyti išankstinio leidimo suteikimo sistemą tarptvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimui), paslaugų teikimo laisvė prisideda prie konstitucinio atsakingo valdymo principo, konstitucinio teisinės valstybės principo užtikrinimo.

Vis dėlto Direktyva 2011/24 į LR teisę buvo perkelta siekiant kiek įmanoma apriboti pacientų judėjimą, išlaikyti *status quo* ir neprisidėjo prie jokių pačios sistemos reformų. Galima apgailestauti, kad perkeliant direktyvą buvo nepasinaudota proga išdiskutuoti, ar šiuo metu taikomos nuostatos, pavyzdžiui, susiję su sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimu, gydytojo siuntimo reikalavimu, yra pagrįstos. Realios Lietuvos apdraustųjų judėjimo į kitas valstybes nares tarptvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugų pagal Direktyvą 2011/24 apimtys yra nereikšmingos. LR teisės aktai taip pat numato ribotas galimybes siųsti apdraustuosius į kitas valstybes nares planinei sveikatos priežiūrai pagal ES socialinės apsaugos sistemas koordinuojančius reglamentus. Ši pastaroji teisė Lietuvoje buvo įgyvendinta tik 2013 m.

Nors ir negalėdamos atsisakyti kompensuoti tarptvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų, Lietuvos valdžios institucijos išlaiko pakankamai svertų daryti įtaką pacientų judėjimui gerindamos sveikatos priežiūros paslaugų Lietuvoje prieinamumą ir kokybę, be to, paslaugų teikimo laisvė suteikia galimybę esant svarbioms bendrojo intereso priežastims imtis proporcingų priemonių pacientų judėjimui apriboti.

Lietuvos valdžios institucijos praktiškai neturi galimybių apriboti apdraustųjų teisę gauti būtinausias sveikatos priežiūros paslaugas kitoje valstybėje narėje buvimo toje valstybėje metu, o kiek asmenys šia teise naudojasi, priklauso nuo draudiminių įvykių jiems laikinai esant kitoje valstybėje narėje. Tačiau šią teisę reikėtų vertinti ne tik finansinės naštos PSDF biudžetui prasme, bet, visų pirma, kaip įgyvendinančią žmogaus teisę į kuo geresnę sveikatą ir socialinę teisę į sveikatos priežiūrą.

1.5. ES VIDAUS RINKOS LAISVIŲ POVEIKIS LIETUVOS VALDŽIOS INSTITUCIJŲ REGULIAVIMO KOMPETENCIJAI IR DISKRECIJAI SVEIKATOS APSAUGOS SRITYJE

Minėta, kad SESV nuostatos dėl vidaus rinkos laisvių, kaip jos yra aiškinamos ESTT praktikoje sveikatos apsaugos srityje, pasižymi tam tikru normatyviniu krūviu, kuris pareikalavo pozityvaus reglamentavimo priemonių. Šios priemonės arba buvo priimtose ES mastu arba, jeigu ES antrinės teisės aktai nebuvo priimti, reikalauja priimti nacionalines nuostatas.

Šioje srityje SESV nuostatų dėl vidaus rinkos laisvių pagrindu ir (arba) kodifikuojant jų aiškinimo ESTT praktiką buvo priimti (veikia) šie ES antrinės teisės aktai:

- siekiant užtikrinti prekių judėjimo laisvę: Direktyva 89/105 (žmonėms skirtų vaistų kainų nustatymo priemonių skaidrumas), taip pat Direktyva 2011/62 papildė Direktyvą 2001/83 (žmonėms skirti vaistai) nuostatomis dėl nuotolinės prekybos vaistais;

- siekiant užtikrinti darbuotojų ir savarankiškai dirbančių asmenų judėjimo laisvę: Direktyva 2005/36 (profesinių kvalifikacijų pripažinimas), kuri yra taikoma ir reglamentuojamoms profesijoms sveikatos apsaugos srityje, taip pat su ja susijusi Direktyva 2018/958 (proporcingumo patikra prieš priimant naujas profesijų reglamentavimo nuostatas);

- siekiant užtikrinti paslaugų judėjimo laisvę: Direktyva 2011/24 (tarptvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimas), taip pat, sąvoką „tarptvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimas“ suprantant plačiai, – ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentų nuostatos, susiję su tarptvalstybine sveikatos priežiūra.

Visos minėtos direktyvos buvo perkeltos į Lietuvos nacionalinę teisę, taip pat Lietuvoje buvo priimtose aptariamose ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentų nuostatos įgyvendinančios nacionalinės nuostatos. Taigi ES antrinės teisės aktų nuostatos sąlygojo Lietuvoje tam tikro nacionalinio reguliavimo atsiradimą. Pavyzdžiui, Direktyvą 2005/36 perkeliančios nuostatos lėmė nacionalinio reguliavimo atsiradimą, kuriuo

remiantis pagal šios direktyvos reikalavimus pripažįstama piliečių profesinė kvalifikacija, įgyta EEE valstybėse ir Šveicarijoje.

Visi šie ES antrinės teisės aktai vienaip ar kitaip apribojo Lietuvos kompetenciją ir (ar) diskreciją sveikatos apsaugos srityje.

Visų pirma, kai kuriais atvejais atitinkamo klausimo reguliavimas perkeltas į ES lygmenį, taigi buvo apribota Lietuvos valdžios institucijų reguliavimo kompetencija. Pavyzdžiui, Direktyva 2005/36 derina būtiniausius tam tikrų profesijų rengimo reikalavimus, kas leidžia šių profesijų atžvilgiu taikyti automatinio profesinių kvalifikacijų pripažinimo sistemą. Toks būtiniausių rengimo reikalavimų suderinimas reiškia, kad į ES lygmenį perkelti (minimalūs) nacionaliniai asmens ūkinės veiklos laisvės ir iniciatyvos bei teisės pasirinkti darbą bei verslą apribojimai, kurie iki šios direktyvos (ar ankstesnių atitinkamų „sektorinių“ direktyvų) priėmimo buvo taikomi valstybėse narėse. Valstybės narės negali pasirinkti, pavyzdžiui, visai netaikyti tokių apribojimų ar nustatyti žemesnius reikalavimus nei Direktyvoje 2005/36 nustatyti suderinti reikalavimai, taip pat negali išlaikyti esamų profesijų ar reglamentuoti naujų, kurios būtų labai panašios į tas, kurių būtiniausi rengimo reikalavimai yra suderinti ES mastu. Pastarąjį aspektą atspindi reguliavimo pasikeitimai Lietuvoje, susiję su vaistininko padėjėjo (farmakotechniko) profesija. Direktyva 2011/24 ir ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentai nustato sąlygas, kurioms esant apdraustasis turi teisę į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą draudimo narės sveikatos apsaugos sistemos lėšomis. Taigi su ES teise būtų nesuderinama, jeigu valstybė narė priimtų teisės aktą, kuriame būtų nustatyta atsisakyti kompensuoti tokias išlaidas ar nustatytos griežtesnės sąlygos tokiam kompensavimui nei leidžiama pagal minėtus ES teisės aktus.

Be to, šie ES teisės aktai nustatė Lietuvos valdžios institucijoms tam tikrus įpareigojimus, t. y. apribojo jų diskreciją atitinkamų ES teisės aktuose nustatytų tikslų atžvilgiu. Antai pagal Direktyvą 2011/62 Lietuvoje turi būti leidžiama nuotolinė prekyba vaistais. Pagal Direktyvą 89/105 valdžios institucijų sprendimams nustatant vaistų kainas ir jas įtraukiant į kompensavimo mechanizmus taikomi tam tikri skaidrumo reikalavimai. Pagal Direktyvą 2005/36 Lietuvos valdžios institucijos turi pareigą įvertinti atitinkamą kitoje valstybėje įgytą profesinę kvalifikaciją ir ją palyginti su reikalavimais, kurie taikomi Lietuvoje siekiant užsiimti atitinkama profesija; jos negali nepripažinti kitose valstybėse narėse įgytos kvalifikacijos, atitinkančios būtiniausius reikalavimus, net jeigu Lietuvoje taikomi aukštesni reikalavimai, kurie yra pagrįsti svarbiomis bendrojo intereso priežastimis; negali pripažinti minimalių rengimo reikalavimų neatitinkančias profesines kvalifikacijas, įgytas trečiojoje valstybėse. Pagal Direktyvą 2011/24 ir ES

socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentus Lietuvos valdžios institucijos tam tikromis sąlygomis privalo kompensuoti tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidas.

Kai kurie iš aptariamų ES antrinės teisės aktų yra *per se* susiję su tarpvalstybinėmis situacijomis (profesinių kvalifikacijų pripažinimas, tarpvalstybinė sveikatos priežiūra). Tačiau kai kuriais kitais atvejais ESTT praktika ES vidaus rinkos laisvių srityje, pavyzdžiui, suformuluota sprendime *Deutscher Apothekerverband* (*Deutscher Apothekerverband*, 2003) buvo kodifikuota tiek tarpvalstybinėse, tiek vidaus situacijose, nors šis sprendimas iš esmės reikalavo neriboti nuotolinės prekybos nereceptiniais vaistais tarp valstybių narių. Lygiai tas pats pasakytina ir apie Direktyvą 89/105, kurioje nustatyti reikalavimai yra taikomi tiek kitų ES ir EEE ELPA valstybių, tiek Lietuvos gamintojams, bei Direktyvą 2018/958, pagal kurią proporcingumo patikra profesijų reglamentavimo srityje turėtų būti atliekama dėl visų nacionalinių nuostatų, ribojančių teisę užsiimti ar verstis reglamentuojama profesija. Priėmus pastaruosius ES teisės aktus su ES vidaus rinkos laisvių veikimu susiję principai tiesiogiai patvirtinti situacijoms, neturinčioms jokio tarpvalstybinio elemento.

Nesant politinės valios atitinkamus klausimus sureguliuoti ES lygmeniu SESV nuostatos dėl vidaus rinkos laisvių nustato tikslus, kuriems pasiekti būtinas nacionalinis reguliavimas sveikatos apsaugos srityje, tokiu būdu apribojant valdžios institucijų diskreciją. Tiesiogiai remdamasi SESV nuostatomis dėl prekių judėjimo laisvės Lietuva priėmė nacionalines nuostatas, reglamentuojančias lygiagretų vaistų importą. Vis dėlto sveikatos apsaugos srityje tai yra vienintelis pavyzdys, kai tokios nacionalinės nuostatos buvo priimtos, o jų priėmimą paskatino EK 2003 m. komunikatas dėl registruotų vaistinių preparatų lygiagretaus importo COM (2003) 839 final ir grėsmė, kad EK pradės prieš Lietuvą procedūrą dėl išipareigojimų neįvykdymo. Antai darbuotojų ir savarankiškai dirbančių asmenų judėjimo laisvė reikalauja pripažinti profesinę kvalifikaciją, kai toks pripažinimas dėl vieno ar kitų priežasčių nepatenka į Direktyvos 2005/36 taikymo sritį. Tačiau šiuo metu toks pripažinimas Lietuvos teisės aktuose nėra garantuojamas ir gali būti vykdomas tik tiesiogiai taikant SESV nuostatas dėl laisvo darbuotojų ar savarankiškai dirbančių asmenų judėjimo. Iki Direktyvos 2011/24 įgyvendinimo Lietuvoje paslaugų teikimo laisvės dalimi esanti teisė į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą nebuvo garantuojama – nebuvo tokį kompensavimą įtvirtinančių nacionalinės teisės aktų, nors buvo (iš dalies neteisingai) taikomi ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentai. Iki Direktyvos 2011/62 įgyvendinimo nuotolinė prekyba vaistais Lietuvoje nebuvo leidžiama.

SESV nuostatos dėl vidaus rinkos laisvių taip pat reikalauja, kad prieš priimant Lietuvos valdžios institucijų reguliavimo kompetencijai priklausančias nacionalines nuostatas, kuriomis ribojama kuri nors ES vidaus rinkos laisvė, būtų atliekama šių nuostatų proporcingumo patikra, tokiu būdu apribojant Lietuvos valdžios institucijų diskreciją. Konkrečiai, institucijų diskreciją riboja priežastys, kuriomis gali būti pateisintos ES vidaus rinkos laisvę ribojančios nacionalinės nuostatos (pavyzdžiui, ekonominiai sumetimai negali pateisinti tokių nuostatų) ir proporcingumo principas. Ši pareiga taikoma visais atvejais, kai atitinkama nuostata patenka į SESV nuostatų taikymo sritį ir tuo konkrečiu klausimu nėra priimta valstybių narių teisės aktus suderinančių ES antrinės teisės aktų arba kai ES antrinės teisės aktai atitinkamo klausimo nereglamentuoja išsamiai. Kaip pirmojo atveju pavyzdį galima paminėti vaistų kainų ir jų įtraukimo į kompensavimo sistemas reguliavimą, kuris priklauso valstybių narių kompetencijai ir kurio atžvilgiu nėra priimta jokių ES teisės aktų, išskyrus Direktyvą 89/105, nustatančią minimalius procedūrinius skaidrumo reikalavimus, kurių privalo laikytis valdžios institucijos priimdamos atitinkamus sprendimus. Tačiau ES vidaus rinkos laisvės, kaip jos yra aiškinamos ESTT praktikoje, reikalauja, kad naudodamasi savo kompetencija valstybės narė laikytųsi ES teisės (*Geraets-Smits ir Peerbooms*, 2001, 46 punktas). Tai reiškia, kad kadangi vaistų kainų ir jų įtraukimo į kompensavimo sistemas reguliavimas ir tokio reguliavimo elementai valstybėse narėse gali būti vertinami kaip laisvo prekių judėjimo apribojimai, jie turėtų būti pagrįsti ir proporcingi SESV požiūriu. Antrojo atvejo pavyzdys yra minėtas Farmacijos įstatymo 50 straipsnio 4 dalies 14 punkte įtvirtintas draudimas tame pačiame per radijo ar televizijos programą ar tarp jų transliuojamame reklamos intarpe kartu reklamuoti vaistus ir maisto papildus, išskyrus atvejus, kai tarp vaistų ir maisto papildų reklamos pateikiama su jais nesusijusi reklama. Aptariama nacionalinė nuostata įgyvendina Direktyvos 2001/83 89 straipsnio 1 dalies a punktą, pagal kuri visuomenei skirta vaistų reklama turi būti pateikiama tokiu būdu, kad būtų aišku, jog skelbiama informacija yra reklama ir pristatomas produktas yra vaistai. Tačiau kadangi aptariamas reklamos apribojimas yra ne vienintelis galimas būdas šiai Direktyvos 2001/83 nuostatai įgyvendinti, turi būti atliktas jo pagrįstumo ir proporcingumo vertinimas pagal SESV.

Kai kuriais atvejais pagrįstumo ir (ar) proporcingumo reikalavimas yra perkeltas į pačius ES antrinės teisės aktus, kaip antai Direktyvą 2018/958, tam tikras nuostatas Direktyvose 89/105, 2001/83 ir 2011/24. Pavyzdžiui, pagal Direktyvos 2011/24 7 straipsnio 7 dalį draudimo valstybė narė apdraustam asmeniui, norinčiam, kad būtų kompensuotos tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidos, gali taikyti tokias pačias sąlygas, atitikties reikalavimams

kriterijus ir reglamentavimo bei administracinius formalumus, kokie būtų taikomi tas sveikatos priežiūros paslaugas suteikus jos teritorijoje. Tai gali apimti, pavyzdžiui, bendrosios praktikos gydytojo arba pirminės sveikatos priežiūros gydytojo, pas kurį pacientas yra prisirašęs, siuntimą. Vis dėlto pagal šią dalį nustatytos sąlygos, atitikties reikalavimams kriterijai ir reglamentavimo bei administraciniai formalumai negali būti diskriminaciniai arba sudaryti kliūtį laisvam pacientų, paslaugų ar prekių judėjimui, išskyrus atvejus, kai tai yra objektyviai pateisinama būtinybe planuoti, siekiant užtikrinti, kad atitinkamos valstybės narės teritorijoje būtų pakankamos ir nuolat prieinamos įvairios ir subalansuotos aukštos kokybės gydymo paslaugos, arba kad būtų kontroliuojamos išlaidos ir, kiek įmanoma, išvengta bet kokio finansinių, techninių ir žmogiškųjų išteklių švaistymo.

Tyrimo metu nustatyta, kad Lietuvoje prieš priimant įstatymus sveikatos apsaugos srityje siūlomų įsisteigimo laisvės apribojimų proporcingumo patikra nėra atliekama ar bent jau įstatymų projektus lydinčiuose dokumentuose neatsispindi, kad tokia patikra buvo atlikta¹⁷⁷. Iki Direktyvą 2018/958 perkeliančių nuostatų priėmimo proporcingumo patikra nebuvo atliekama prieš priimant nuostatas, ribojančias teisę užsiimti ar verstis reglamentuojama profesija. Minėta, kad viena iš priežasčių, kodėl tokia patikra Lietuvoje nėra atliekama, – kad šiuo metu reikalavimai LR teisės aktų rengimui nenustato pareigos atlikti tokią patikrą. Perkeliant į nacionalinę teisę Direktyvą 2018/958 tiesioginis reikalavimas atlikti proporcingumo patikrą nuo 2020 m. liepos 30 d. įtvirtintas Profesinių kvalifikacijų pripažinimo įstatyme ir Teisėkūros pagrindų įstatyme. Tačiau šio reikalavimo taikymo sritis griežtai apsiriboja direktyvos taikymo sritimi, t. y. tokią patikrą reikalaujama atlikti tik prieš priimant naujas arba iš dalies keičiant esamas įstatymų ar kitų teisės aktų nuostatas, nustatančias apribojimus užsiimti ar verstis reglamentuojamomis profesijomis.

Vis dėlto šie konkretūs reguliavimo kompetencijos ir diskrecijos apribojimai nedaro poveikio, neriboja Lietuvos principinės, sisteminės kompetencijos organizuoti ir reguliuoti savo sveikatos apsaugos sistemą. Kitaip tariant, šie apribojimai nedaro poveikio Lietuvos kompetencijai, įgyvendinant konstitucinę valstybės priedermę rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, sukurti veiksmingą sveikatos apsaugos sistemą, sudaryti deramas sąlygas jai veikti: organizuoti ir reguliuoti sveikatos priežiūrą ir kitą sveikatinimo veiklą, laikantis iš

¹⁷⁷ Tyrimo metu vertinti 2013-2018 m. TAIS paskelbti įstatymų projektai ir juos lydintys dokumentai.

Konstitucijos kylančių įpareigojimų, sudaryti prielaidas jai veikti, organizuoti ir reguliuoti šios veiklos finansavimą iš viešųjų lėšų, nustatyti privačių asmenų ūkinės veiklos laisvės ir iniciatyvos, teisės pasirinkti darbą bei verslą sveikatos apsaugos srityje ir kitų teisių ribojimus, jeigu tai būtina demokratinėje visuomenėje, siekiant apsaugoti Konstitucijoje įtvirtintas vertybes bei viešąjį interesą.

Realizuodamos šią kompetenciją valdžios institucijos gali (o pagal konstitucinį reguliavimą ir privalo) imtis priemonių visuomenės poreikiui turėti pakankamą kiekį aukštos profesinės kvalifikacijos sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų patenkinti, *inter alia* prognozuoti jų poreikį ateityje ir skirti jiems rengti būtinas valstybės lėšas; sudaryti sąlygas, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų visiems realiai prieinamos, t. y. kad būtų sukurta reikiama infrastruktūra ir veiktų tiek ir taip paskirstytų įvairias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų (tarp jų valstybinių) ir vaistinių, kad veiksmingą medicinos pagalbą bei kitas sveikatos priežiūros paslaugas būtų galima gauti laiku; prižiūrėti sveikatinimo veiklą, kontroliuoti sveikatos priežiūros paslaugų ir vaistų kokybę; sukurti tokią sveikatos priežiūros finansavimo sistemą, kuri užtikrintų reikiamų sveikatos priežiūros paslaugų ir būtinų vaistų finansinį prieinamumą (įperkamumą); apibrėžti PSD lėšomis finansuojamų asmenų sveikatos priežiūros paslaugų apimtį. Jos gali pasirinkti tokį sveikatos priežiūros paslaugų, kurių neapima piliečiams garantuota nemokama medicinos pagalba, finansavimo modelį, kuris būtų, *inter alia*, grindžiamas PSD.

Visų minėtų klausimų reguliavimas priklauso Lietuvos kompetencijai, nors realizuodama šią kompetenciją ji privalo laikytis iš ES vidaus laisvių kylančių taisyklių konkrečia šioje disertacijoje išsamiai paaiškinta apimtimi.

Antai kiek tai susiję su prekių judėjimo laisve, ES teisė nesikiša į vaistų kainų nustatymo ir kompensavimo mechanizmus, jeigu laikomasi ESTT praktikoje nustatytų nediskriminavimo, pagrįstumo ir skaidrumo sąlygų. Kiek tai susiję su darbuotojų ir savarankiškai dirbančių asmenų judėjimo laisve, Lietuva iš esmės išlaiko kompetenciją pasirinkti, kurias profesijas reglamentuoti, jeigu toks reglamentavimas yra pagrįstas bendrojo intereso priežastimis ir atitinka proporcingumo principą, ar kurių profesijų specialistus rengti¹⁷⁸. Sveikatos apsaugos srityje Lietuva yra pasinaudojusi šia kompetencija reglamentuodama daugiausia tas profesijas, kurioms yra nustatyti būtinausi rengimo reikalavimai ES mastu. Kalbant apie įsisteigimo

¹⁷⁸ Beje, ES teisė nenustato pareigos rengti netgi tas profesijas, kurių būtinausi rengimo reikalavimai yra suderinti Direktyvoje 2005/36.

laisvę, Lietuva pati pasirenka, pavyzdžiui, viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo modelį ar nustato reguliavimą dėl subjektų, dalyvaujančių atitinkamoje aprūpinimo sistemoje, rato. Paslaugų teikimo laisvės srityje Lietuvos kompetencijai priklauso priimti sprendimus dėl sveikatos priežiūros „krepšelio“, į kurį apdraustieji turi teisę ir t. t.

Atliktas tyrimas neatskleidė nė vieno aspekto, kuriuo iš ES vidaus rinkos laisvių kylantys reikalavimai neleistų ar trukdytų įstatymų leidėjui ar valstybės sveikatos politiką formuojančioms ir įgyvendinančioms valstybės institucijoms įgyvendinti konstitucinę valstybės priedermę rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, laikantis LRKT nubrėžtų gairių.

Taip pat nenustatyta, kad ES vidaus rinkos laisvės lemtų Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje kokių nors ekonominių elementų atsiradimą. Šiuo aspektu pažymėtina, kad ES vidaus rinkos laisvių taisyklių poveikis Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimui ir reguliavimui tiesiogiai priklauso nuo konkrečių šios sistemos organizavimo ir reguliavimo pasirinkimų. Akivaizdžiausiai tai matyti kalbant apie įsisteigimo laisvę, nes šios laisvės taikymo apimtis sveikatos apsaugos srityje priklauso nuo to, kiek valstybės narės sveikatos apsaugos sektoriuje yra numatyta galimybė dalyvauti privatiems paslaugų teikėjams. Šiuo aspektu minėta, kad Lietuvoje iš konstitucinio reguliavimo išplaukia privačių subjektų dalyvavimo Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje garantija, išskyrus kiek tai susiję su LRKT apibrėžta nemokama medicinos pagalba, kuri privačiose sveikatos priežiūros įstaigose gali būti teikiama, kai dėl tam tikrų aplinkybių ji negali būti laiku ir kokybiškai suteikta valstybinėse gydymo įstaigose. Jeigu Konstitucija negarantuotų teisės privatiems sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams dalyvauti Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje ir valstybė tokias paslaugas išimtinai teiktų pati, įsisteigimo laisvė tokių paslaugų atžvilgiu būtų netaikoma.

Tačiau ir kitų laisvių atveju matome, kad darydami atitinkamus pasirinkimus Lietuvos valdžios institucijos gali įtakoti, koks konkrečiai bus ES vidaus rinkos laisvių poveikis. Nors ir negalėdamos uždrausti, pavyzdžiui, lygiagretaus vaistų importo, Lietuvos valdžios institucijos turi pakankamai galimybių daryti jam įtaką per kainodaros ir vaistų įtraukimo į kompensavimo sistemas priemones. Nors šiuo metu iš Lietuvos išvyksta nepalyginamai daugiau sveikatos priežiūros specialistų nei į ją atvyksta, ši situacija taip pat, be kita ko, priklauso nuo pasirinkimų organizuojant Lietuvos sveikatos apsaugos sistemą. Naudojimasis teise į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą priklauso, be kita ko, nuo Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimo aspektų, tokių kaip ar Lietuvoje reikalingas gydymas

gali būti suteiktas per mediciniškai pateisinamą laiką, ar sveikatos priežiūros paslaugos yra tinkamos ir kokybiškos ir pan. Taigi nors ir negalėdamos atsakyti kompensuoti tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų ES teisėje nustatytais atvejais, Lietuvos valdžios institucijos išlaiko pakankamai svertų daryti įtaką pacientų judėjimui gerindamos sveikatos priežiūros paslaugų Lietuvoje prieinamumą ir kokybę, išskyrus kiek tai susiję su apdraustųjų teise gauti būtinausias sveikatos priežiūros paslaugas kitoje valstybėje narėje buvimo toje valstybėje metu. Naudojimasis pastarąja teise priklauso nuo draudiminių įvykių apdraustiesiems laikinai esant kitoje valstybėje narėje, t. y. nuo aplinkybių, nepriklausančių Lietuvos valdžios institucijų kontrolei.

ES vidaus rinkos laisvės Lietuvos valdžios institucijoms palieka pakankamai svertų imtis priemonių, siekiant užtikrinti veiksmingą Lietuvos sveikatos apsaugos sistemą. Kilus pagrįstam pavojui visuomenės sveikatos apsaugai ar esant kitoms svarbioms bendrojo intereso priežastims ir turėdamos pagrįstų duomenų Lietuvos valdžios institucijos gali imtis pagrįstų ir proporcingų priemonių siekiant apriboti (lygiagretų) vaistų eksportą, nuotolinę prekybą vaistais, gydytojų ir kitų sveikatos priežiūros specialistų ar pacientų judėjimą. Vis dėlto tyrimo metu nebuvo nustatyta esant pagrįstų vertinimų, jog šiuo metu minėtas ES vidaus rinkos laisvių sąlygotas prekių, asmenų ar paslaugų judėjimas kelia pavojų visuomenės sveikatai. Tais atvejais, kai turi būti atliekama Lietuvos valdžios institucijų kompetencijoje esančių klausimų proporcingumo patikra, ES vidaus rinkos laisvės, kaip jos aiškinamos ESTT praktikoje, leidžia atsižvelgti į svarbias bendrojo intereso priežastis ir, laikantis kompetencijos pasidalijimo šioje srityje tarp ES ir valstybių narių principo, pasirinkti, kokį visuomenės sveikatos apsaugos lygį garantuoti.

Svarbu akcentuoti, kad nagrinėjamas iš ES vidaus rinkos laisvių kylantis Lietuvos valdžios institucijų reguliavimo kompetencijos ir diskrecijos ribojimas yra susijęs būtent su papildomų subjektinių teisių privatiems asmenims sveikatos apsaugos srityje garantavimu. Tyrimo metu nustatyta, kad, Lietuvos valdžios institucijų vertinimu, iš prekių judėjimo laisvės kylantis reguliavimas garantuoja teisę į saugių vaistų ir medicinos priemonių prieinamumą. Darbuotojų ir savarankiškai dirbančių asmenų judėjimo laisvė suteikia teisę į profesinių kvalifikacijų pripažinimą, paslaugų judėjimo laisvė – teisę į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą. Iš įsisteigimo laisvės ir kitų ES vidaus rinkos laisvių išplaukiantis reikalavimas atlikti proporcingumo patikrą garantuoja apsaugą nuo nepagrįstų atitinkamos veiklos sveikatos apsaugos srityje apribojimų.

Šios subjektinės teisės papildo, sustiprina iš Konstitucijos kylančias teises į sveikatą ir sveikatos priežiūrą, asmens ūkinės veiklos laisvę ir iniciatyvą bei

teisę pasirinkti darbą bei verslą sveikatos apsaugos srityje, suteikia joms transnacionalinę dimensiją, garantuoja privatiems subjektams naujas teises priemones ginti savo autonomiją, prisideda prie konstitucinio atsakingo valdymo principo, konstitucinio teisinės valstybės principo užtikrinimo.

Atsižvelgiant į visa tai, kas išdėstyta, galima konstatuoti, kad ES vidaus rinkos laisvės neriboja principinės, sisteminės Lietuvos kompetencijos organizuoti ir reguliuoti savo sveikatos apsaugos sistemą. Šiame tyrime apibrėžtais atskirais atvejais šios ES teisės nuostatos apriboja Lietuvos valdžios institucijų reguliavimo kompetenciją ir diskreciją sveikatos apsaugos srityje, tačiau šie ribojimai yra susiję su papildomų subjektinių teisių privatiems asmenims sveikatos apsaugos srityje suteikimu, kartu leidžiant užtikrinti aukšto lygio žmonių sveikatos apsaugą.

2. ES KONKURENCIJOS TAISYKLIŲ POVEIKIS LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS ORGANIZAVIMUI IR REGULIAVIMUI

Konkurencijos teisė apima SESV 101–109 straipsnius: SESV 101–106 straipsniai nustato įmonėms taikomas taisykles: draudžia konkurenciją trukdančius, ribojančius ar iškraipančius suderintus įmonių susitarimus ir veiksmus bei piktnaudžiavimą dominuojančia padėtimi, o SESV 107–109 straipsniai yra skirti valstybės pagalbai.

Esminis ES konkurencijos teisės taikymo vienam ar kitam subjektui elementas yra tai, ar atitinkamas subjektas yra laikytinas įmone pagal ES konkurencijos teisę. Šiuo atžvilgiu paminėtina, kad subjektų, kuriems taikomos vidaus rinkos laisvės, sąvoka yra platesnė nei įmonės sąvoka konkurencijos teisės požiūriu. Pavyzdžiui, kaip jau buvo paaiškinta¹⁷⁹, pagal nusistovėjusią ESTT praktiką sveikatos priežiūra yra laikytina ekonomine veikla, kuriai visa apimtimi taikomos SESV nuostatos dėl laisvo paslaugų judėjimo. ES teisė neriboja valstybių narių kompetencijos organizuoti savo socialinės (sveikatos) apsaugos sistemas. Tačiau, kaip yra nurodęs generalinis advokatas G. Tesauro, tai nereiškia, jog socialinės apsaugos sektorius yra „*Bendrijos teisės nepasiekiamą salą*“ ir kad bet kokios nacionalinės socialinės apsaugos taisyklės išseina už šios teisės taikymo ribų (Generalinio advokato G. Tesauro išvada, *Decker...*, 1997, 17 punktas). Vien fakto, kad sveikatos priežiūros paslauga pacientui gali būti teikiama nemokamai, nepakanka, kad ši veikla nepatektų į SESV 56 straipsnio taikymo sritį. Antai minėtame 2001 m. liepos 12 d. sprendime *Geraets-Smits ir Peerbooms* ESTT aiškiai nusprendė, kad sveikatos priežiūros paslaugos, kurias nemokamai teikia ligoninės, yra paslaugos SESV 56 straipsnio prasme. Nesvarbu, kad paslaugos gavėjas už jas nemoka, – ligonių kasų mokėjimai yra užmokestis už ligoninių paslaugas ir neabejotinai reiškia jų atlygintą pobūdį (*Geraets-Smits ir Peerbooms*, 2001, 58 punktas). Taigi nesvarbu, kaip nacionaliniame lygmenyje yra organizuota veikla, – tai iš tikrųjų nedaro jokie poveikio laisvo paslaugų teikimo principo taikymui. Tačiau nors nemokamas sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, be abejo, yra ekonominė veikla SESV 56 straipsnio prasme, tai nebūtinai reiškia, kad ją vykdančioms subjektams yra taikoma ES konkurencijos teisė.

¹⁷⁹ Žr. šios disertacijos dalį „1.4. PASLAUGŲ TEIKIMO LAISVĖ: TEISĖ Į TARPVALSTYBINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IŠLAIDŲ KOMPENSAVIMĄ“.

Anot generalinio advokato P. Maduro, iš pirmo žvilgsnio galėtų atrodyti, kad ES konkurencijos taisyklių ir paslaugų teikimo laisvės taikymo sritys turėtų sutapti, nes šiomis ES teisės nuostatomis siekiama sukurti bendrą vidaus rinką. Tačiau taip nėra. Valstybės narės gali nuspręsti kai kurias veiklos rūšis organizuoti taip, kad dominuotų solidarumo principas; tokiu atveju ES konkurencijos teisė nėra taikoma (Generalinio advokato P. Maduro išvada, *FENIN...*, 2005, 51 punktas). Generalinio advokato nuomone, tai yra pagrįsta, nes beprasmiška būtų taikyti konkurencijos reikalavimus sektoriuje, kuris neturi rinkos požymių. Iš esmės valstybė gali vaidinti du skirtingus vaidmenis, kurie susiję su tuo, ar ji veikia kaip rinkos subjektas, ar vykdo solidarumu paremtą veiklą. Pastaruoju atveju valstybė iš esmės neveikia kaip rinkos subjektas, nes vienas iš jos pagrindinių uždavinių yra nustatyti perskirstymo mechanizmus. Tačiau, be abejo, negalima prisidengti solidarumu siekiant išvengti konkurencijos teisės taikymo ūkio subjektams (Generalinio advokato P. Maduro išvada, *FENIN...*, 2005, 27 punktas). Todėl pagrindinis uždavinys yra atskirti, į kurią iš minėtų dviejų kategorijų (rinkos ar paremtą solidarumu) patenka valstybės veikla.

Pirmieji ES teismų sprendimai, kuriuose atitinkamą valstybės veiklą socialinės apsaugos srityje siekiama priskirti vienai ar kitai kategorijai, buvo 1993 m. vasario 17 d. sprendimas *Poucet ir Pistre (Poucet ir Pistre, 1993)*, 1995 m. lapkričio 16 d. sprendimas *FFSA ir kt. (FFSA ir kt., 1995)*, 1999 m. rugsėjo 21 d. sprendimai *Albany, Brentjens' Handelsoonderneming BV ir Maatschappij Drijvende Bokken (Albany, 1999; Brentjens' Handelsoonderneming BV, 1999; Maatschappij Drijvende Bokken, 1999)*.

Tokios ES teismų (ar EK) praktikos, kurioje konkrečiai nagrinėtas sveikatos draudimas, yra labai nedaug: tai ESTT 2004 m. kovo 16 d. sprendimas *AOK-Bundesverband ir kt. (AOK-Bundesverband ir kt., 2004)*, 2011 m. kovo 3 d. sprendimas *AG2R Prévoyance, (AG2R Prévoyance, 2011)*, Bendrojo teismo 2018 m. vasario 5 d. sprendimas *Dôvera zdravotná poisťovňa / Komisija (Dôvera zdravotná poisťovňa / Komisija, 2018)* ir ESTT 2020 m. birželio 11 d. sprendimas *Komisija / Dôvera zdravotná poisťovňa (Komisija / Dôvera zdravotná poisťovňa, 2020)*. Todėl, siekiant pateikti išsamesnę analizę, toliau šioje disertacijoje nagrinėjama ES teismų praktika socialinio draudimo srityje, kuri, kaip minėta, plačiąja prasme apima ir sveikatos draudimą (žr., pavyzdžiui, *Geraets-Smits ir Peerbooms, 2001; Watts, 2006*).

Pirmieji ES teismų sprendimai, kuriuose buvo sprendžiama, ar atitinkami sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai yra laikytini įmonėmis ES konkurencijos teisės prasme priimti XXI a. pirmajame dešimtmetyje. Tai ESTT 2001 m. spalio 25 d. sprendimas *Ambulanz Glöckner (Ambulanz*

Glöckner, 2001), Bendrojo teismo 2003 m. kovo 4 d. sprendimas *FENIN / Komisija (FENIN / Komisija, 2003, toliau – sprendimas FENIN / Komisija)* ir ESTT 2006 m. liepos 11 d. sprendimas *FENIN (FENIN, 2006, toliau – sprendimas FENIN)*.

Toliau visa ši ir tolesnė ES teismų, o taip pat, kur aktualu, EK praktika bus nagrinėjama išsamiau. Tačiau užbėgant už akių galima pasakyti, kad po ESTT Didžiosios kolegijos 2020 m. birželio 11 d. sprendimo *Komisija / Dóvera zdravotná poist'ovňa (Komisija / Dóvera zdravotná poist'ovňa, 2020)* kriterijai, kuriais remiantis ES konkurencijos teisė taikoma socialinio (sveikatos) draudimo teikėjams, vertintini kaip santykinai nusistovėję. Šiame sprendime ESTT nepalaikė Bendrojo teismo pasiūlyto ekstensyvesnio aiškinimo ir pateikė ankstesne praktika šioje srityje griežtai sekančią siauresnę interpretaciją. Tuo tarpu klausimas dėl viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų priskyrimo įmonėms pagal ES konkurencijos teisę iki šiol nėra visiškai aiškus. Šiuo atžvilgiu vienais iš svarbiausių laikytini Bendrojo teismo 2003 m. kovo 4 d. sprendimas *FENIN / Komisija* ir ESTT 2006 m. liepos 11 d. sprendimas *FENIN* daugelį klausimų palieka neatsakytų (žr., pavyzdžiui, Hervey, 2011, p. 193-194)¹⁸⁰.

Siekiant įvertinti ES konkurencijos taisyklių poveikį Lietuvos sveikatos sistemos organizavimui ir reguliavimui, visų pirma, reikia atsakyti, ar šios taisyklės taikomos Lietuvos sveikatos apsaugos srityje, t. y. ar Lietuvos sveikatos apsaugos srityje veikiantys subjektai yra įmonės ES konkurencijos teisės prasme. Šiuo tikslu reikės nustatyti kriterijus, pagal kuriuos ES teismų ir EK praktikoje sprendžiama, ar atitinkamas subjektas yra įmonė, taip pat išnagrinėti pavyzdžius, rodančius kaip remiantis šiais kriterijais minėtoje ES teismų ir, kur aktualu, EK praktikoje buvo įvertinti konkretūs kitų valstybių narių subjektai, veikiantys socialinės apsaugos ir viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų srityje. Remiantis šia analize, bus pateiktas Lietuvos subjektų statuso vertinimas ES konkurencijos teisės prasme.

Apskritai kalbant apie sveikatos apsaugos sritį, galima išskirti dvi kategorijas subjektų – sveikatos draudimo teikėjus, kurių lėšomis yra apmokama už sveikatos priežiūros ar sveikatinimo paslaugas, ir pačius sveikatos priežiūros ar sveikatinimo paslaugų teikėjus.

Kiek tai susiję su sveikatos draudimo teikėjais, Sveikatos draudimo įstatymas Lietuvoje nustato privalomąjį sveikatos draudimą (PSD) ir

¹⁸⁰ Taip pat žr. toliau šios disertacijos dalį „2.3. LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SRITYJE VEIKIANČIŲ SUBJEKTŲ STATUSO VERTINIMAS ES KONKURENCIJOS TEISĖS POŽIŪRIU“.

papildomąjį (savanorišką) sveikatos draudimą. Pagal įstatymo 3 straipsnį PSD vykdo PSD taryba prie Vyriausybės, VLK ir TLK. Pagal įstatymo 43 straipsnį papildomojo (savanoriškojo) draudimo institucijos yra juridiniai asmenys, teisės aktų nustatyta tvarka gavę leidimą (licenciją) šiai sveikatos draudimo veiklai.

Kiek tai susiję su sveikatos priežiūros ir sveikatinimo paslaugų teikimu, Lietuvoje veikiančius subjektus galima skirstyti į viešuosius (pavyzdžiui, valstybinės ir savivaldybių sveikatos priežiūros biudžetinės ir viešosios gydymo įstaigos – Sveikatos sistemos įstatymo 8 straipsnio 1 punktas) ir privačius, kurie savo ruožtu skirstytini į tuos, kurie yra sudarę sutartis su TLK ir teikia PSDF lėšomis finansuojamas paslaugas (žr., pavyzdžiui, Sveikatos sistemos įstatymo 8 straipsnio 3 punktą), ir tuos, kurie tokių sutarčių su TLK nėra sudarę ir sveikatos priežiūros ar sveikatinimo paslaugas teikia už užmokestį, mokamą tiesiogiai pacientų arba privataus sveikatos draudimo.

Nekyla abejonių, kad privatūs papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo teikėjai ir privatūs sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, kurie nėra sudarę sutarčių su TLK ir kurie sveikatos priežiūros paslaugas savo rizika teikia už užmokestį, mokamą tiesiogiai pacientų arba privataus sveikatos draudimo, yra įmonės ES konkurencijos teisės prasme¹⁸¹. Tas pats galioja ir, pavyzdžiui, privačioms vaistinėms¹⁸².

Todėl toliau bus atskirai tiriama, ar įmonėmis yra laikytinos PSD vykdančios institucijos, taip pat viešieji sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai ir privatūs sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, sudarę sutartis su TLK¹⁸³ (toliau šioje disertacijoje kartu vadinami „viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais“).

¹⁸¹ Žr., pavyzdžiui, ESTT 2000 m. rugsėjo 18 d. sprendimą *Pavlov ir kt.*, (*Pavlov ir kt.*, 2000, 75 ir 77 punktai), taip pat Bendrojo teismo 2007 m. liepos 11 d. sprendimą *Asklepios Kliniken GmbH / Komisija (Asklepios Kliniken GmbH / Komisija)*, 2007), kur tarp šalių nebuvo ginčo, jog *Asklepios Kliniken GmbH*, Vokietijoje įsteigta privati bendrovė, kurios visas kapitalas yra privačiose rankose ir kuri specializuojasi ligoninių valdymo srityje, turi būti laikoma įmone ES konkurencijos teisės prasme.

¹⁸² Žr., pavyzdžiui, Konkurencijos tarybos 2009 m. gruodžio 10 d. nutarimą Nr. 1S-192 (Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos 2009 m. gruodžio 10 d. nutarimas Nr. 1S-192), kur nebuvo abejonių dėl to, kad vaistinių tinklus valdantys ūkio subjektai vykdo ūkinę veiklą Konkurencijos įstatymo prasme.

¹⁸³ Sveikatos sistemos įstatyme apibrėžiami kaip „LNSS vykdomieji subjektai“.

Minėta, kad ES konkurencijos teisėje EK ar nacionalinės konkurencijos institucijos ir, atitinkamai, ES ar nacionaliniai teismai¹⁸⁴ kiekvieną atvejį tiek subjektų, tiek veiklos atžvilgiu nagrinėja atskirai. Tuo tarpu šioje disertacijoje, siekiant apskritai įvertinti ES konkurencijos taisyklių poveikį Lietuvos sveikatos sistemos organizavimui ir reguliavimui, pateikiamas bendras požiūris, kaip pagal ES teismų ir EK praktikoje apibrėžtus kriterijus reikėtų vertinti Lietuvos subjektus.

Jeigu bus nustatyta, kad Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje veikiantys subjektai laikytini įmonėmis, toliau reikės įvertinti, kokį poveikį Lietuvos sveikatos sistemos organizavimui ir reguliavimui daro minėtos SESV nuostatos, kurios nustato įmonėms taikomas taisykles ir taisykles dėl valstybės pagalbos teikimo. Šiuo tikslu bus nagrinėjama ES konkurencijos taisyklių taikymo įmonėms, teikiančioms viešąsias paslaugas sveikatos apsaugos srityje, specifika ir tai, kokie konkrečiai reikalavimai kyla iš ES konkurencijos taisyklių organizuojant ir reguliuojant Lietuvoje viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą privačių asmenų teisių ir kitų šios sistemos reguliavimo pasikeitimų požiūriu ir, atsižvelgiant į šį konkretų poveikį, pateikiamas vertinimas, ar ES konkurencijos taisyklės daro poveikį Lietuvos kompetencijai organizuoti ir reguliuoti savo sveikatos apsaugos sistemą.

2.1. KRITERIJAI, PAGAL KURIUOS SPRENDŽIAMA, AR SUBJEKTAS LAIKOMAS ĮMONE ES KONKURENCIJOS TEISĖS PRASME

ES teismų ir EK praktikoje subjektas yra laikomas įmone, jei jis užsiima ekonomine veikla, kaip ji yra apibrėžta ES konkurencijos teisėje. Iš esmės pagal ESTT praktiką kiekviena veikla, apimanti prekių ir paslaugų teikimą rinkai, yra ekonominė (*Pavlov ir kt.*, 2000, 75 punktą), o neekonominė laikytina ta veikla, kuri patenka į viešosios valdžios sritį (*SOA Nazionale Costruttori*, 2013, 27 punktą ir jame nurodyta teismo praktika; *AG2R Prévoyance*, 2011, 41 punktą).

Tuo tarpu subjekto teisinė forma – valstybinis ar privatus subjektas – taip pat, kaip jis finansuojamas, nėra svarbu (*SOA Nazionale Costruttori*, 2013,

¹⁸⁴ Žr., pavyzdžiui, dėl konkurencijos institucijų darbo pasidalijimo tiriant SESV 101 ir 102 straipsnių pažeidimus Tarybos 2002 m. gruodžio 16 d. reglamentą (EB) Nr. 1/2003 dėl konkurencijos taisyklių, nustatytų Sutarties 81 ir 82 straipsniuose, įgyvendinimo (Tarybos reglamentas (EB) Nr. 1/2003..., 2002), taip pat EK pranešimą dėl konkurencijos institucijų tinklui priklausančių institucijų bendradarbiavimo (Europos Komisija, 2016b, p. 10).

27 punktą ir jame nurodyta teismo praktika; *AG2R Prévoyance*, 2011, 41 punktą). Be to, nėra svarbu, ar subjektas yra pelno, ar ne pelno siekiantis (*MOTOE*, 2008, 27 ir 28 punktai).

Subjekto priskyrimas įmonių kategorijai visada yra susijęs su konkrečia veikla. Jeigu subjektas vykdo tiek ekonominę, tiek neekonominę veiklą, jis yra laikomas įmone tik ta apimtimi, kuria vykdo ekonominę veiklą (Europos Komisija, 2012a, 9 punktą).

Ar tam tikra paslauga turi rinką, gali priklausyti nuo to, kaip atitinkamoje valstybėje narėje organizuojamas tų paslaugų teikimas. Todėl ekonominis kai kurių paslaugų pobūdis gali būti vienoks vienoje valstybėje narėje, kitoks – kitoje. Be to, ilgainiui tam tikros paslaugos vertinimas gali kisti dėl politinių sprendimų ar ekonomikos raidos. Veikla, kuri šiandien nelaikoma rinkos veikla, rytoj gali būti vertinama kaip rinkos ir atvirkščiai (Europos Komisija, 2012a, 12 punktą).

Net jei valstybė pasilieka teisėtą monopolį verstinis tam tikra veikla, reiškiantį, kad negali būti jokios veiksmingos konkurencijos, ji vis tiek gali veikti kaip rinkos subjektas, nes tokio monopolio buvimas negali pakeisti nagrinėjamos veiklos pobūdžio. Šiomis aplinkybėmis reikia patikrinti, ar veikla iš tiesų yra organizuota taip, kad ji visiškai atitinka solidarumo reikalavimus, arba priešingai, – ar ji remiasi rinkos sąlygomis ir atitinkamai kapitalizacijos tikslu. Nagrinėjamo subjekto nesugebėjimas pasiekti finansinės pusiausvyros be valstybės įnašų į jo biudžetą yra pirmojo atvejo įrodymas (Generalinio advokato P. Maduro išvada, *FENIN...*, 2005, 29 punktą).

Subjektai, kuriems yra būdingas solidarumo elementas, nėra laikytini įmone. Tačiau solidarumo elemento egzistavimas dar nereiškia, kad atitinkamas subjektas nėra įmonė. Esant solidarumo elementui, siekiant nustatyti, ar subjektas yra įmonė, reikia kiekvienu konkrečiu atveju atskirai įvertinti visumą šių subjektą apibūdinančių aplinkybių¹⁸⁵.

Kiek tai susiję su sveikatos draudimo teikimu, norint nustatyti, ar socialinio (sveikatos) draudimo fondas (pavyzdžiui, PSDF), yra grindžiamas solidarumo principu, ar yra ekonominio pobūdžio, turi būti atliekamas vertinimas kiekvienu konkrečiu atveju, atsižvelgiant į tokius veiksnius, pavyzdžiui, ar narystė fonde yra privaloma, ar fondo tikslas – tik socialinis, ar fondas nesiekia pelno, ar išmokos nepriklauso nuo įmokų, ar išmokos nebūtinai proporcingos apdraustojų pajamoms, ar fondo veiklą kontroliuoja valstybė.

¹⁸⁵ Žr., pavyzdžiui, *AG2R Prévoyance*, 2011, 65 punktą, kuriame buvo pripažinta ekonominė veikla ir įmonė, nors būta didelio solidarumo laipsnio.

Priešingai nei fondams, kurių veikla grindžiama solidarumo principu, ekonominiams fondams paprastai būdinga: pasirenkamoji narystė, kapitalizacijos principas (išmokos priklauso nuo įmokų ir finansinių fondo rezultatų), pelno siekimas, išmokų, kurios papildo pagrindinio draudimo išmokas, mokėjimas (Europos Komisija, 2012a, 17–20 punktai).

Kiek tai susiję su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, EK teigia, kad daugelyje ES valstybių narių ligoninės ir kiti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai paslaugas teikia už užmokestį, nesvarbu, moka tiesiogiai pacientas ar jų draudimas (Europos Komisija, 2012a, 24 punktas). Tokiose sistemose ligoninės iš dalies konkuruoja dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo. Tokiu atveju vien to, kad sveikatos priežiūros paslaugą teikia valstybinė ligoninė, neužtenka, kad veikla būtų vertinama kaip neekonominė (Europos Komisija, 2012a, 24 punktas). Tačiau kai kuriose kitose valstybėse narėse valstybinės ligoninės yra neatsiejama nacionalinės sveikatos priežiūros sistemos dalis, o beveik visa jų veikla grindžiama solidarumo principu. Tokios ligoninės tiesiogiai finansuojamos iš socialinio draudimo įmokų bei kitų valstybinių išteklių ir teikia apdraustiesiems nemokamas paslaugas pagal visuotinės aprėpties principą. EK nuomone, 2003 m. kovo 4 d. sprendime *FENIN / Komisija* ir 2006 m. liepos 11 d. sprendime *FENIN*, atitinkamai, Bendrasis teismas ir ESTT patvirtino, kad kai egzistuoja tokia struktūra, atitinkamos organizacijos neveikia kaip įmonės (Europos Komisija, 2012a, 22 punktas).

Tačiau toliau reikia išnagrinėti, kaip minėti kriterijai buvo pritaikyti konkretiems atvejams socialinės apsaugos ir viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo srityse ir pateikti Lietuvos PSD vykdančių institucijų ir viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų statuso vertinimą ES konkurencijos teisės prasme.

2.2. KONKREČIŲ SUBJEKTŲ SOCIALINĖS APSAUGOS SRITYJE STATUSO VERTINIMAS ES TEISMŲ IR EK PRAKTIKOJE

2.2.1. Socialinį draudimą teikiančių institucijų vertinimas

Bylos, kuriose socialinio draudimo fondai nebuvo pripažinti įmonėmis. 1993 m. vasario 17 d. sprendime *Poucet ir Pistre* (*Poucet ir Pistre*, 1993) buvo nagrinėjami šie fondai (Prancūzija): *Caisse Mutuelle Régionale du Languedoc-Roussillon*, kuris administravo savarankiškai dirbančių asmenų, išskyrus žemės ūkio srityje, ligos ir motinystės draudimo schemą, ir *Caisse Autonome Nationale de Compensation de l'Assurance Vieillesse des Artisans, Clermont-Ferrand*, kuris administravo amatininkų senatvės draudimo

schema. Ieškovai pagrindinėse bylose prašė panaikinti jiems įteiktus nurodymus sumokėti socialinio draudimo įmokas šiems dviem fondams, nes, jų manymu, jiems turėtų būti leidžiama draustis jų pasirinktoje privačioje draudimo bendrovėje.

ESTT pripažino, kad minėti fondai nėra laikytini įmonėmis ES teisės prasme. Pagrindiniai argumentai, kuriais vadovavosi ESTT, buvo šie: nagrinėjamosios schemomis buvo siekiama socialinių tikslų, t. y. jomis buvo teikiama privaloma socialinė apsauga, ir jos buvo grindžiamos solidarumo principu. Šis principas ligos ir motinystės schemas atveju reiškė, be kita ko, kad schema buvo finansuojama įmokomis, kurios buvo proporcingos pajamoms iš savarankiškos veiklos, kad buvo teikiamos vienodos išmokos, kad teisė į išmokas be jokių papildomų mokėjimų buvo išlaikoma vienerius metus nuo dalyvavimo schemeje pabaigos. Senatvės pensijos schemas atveju solidarumas pasireiškė tuo, kad dirbantys asmenys mokėjo įmokas, kuriomis buvo finansuojamos pensijos, mokamos į pensiją išėjusiems darbuotojams, kad pensijos nebuvo proporcingos sumokėtoms įmokoms, be to, kad kai kuriais atvejais pensinės teisės buvo suteikiamos netgi jeigu nebuvo mokamos įmokos. Įvairios socialinio draudimo schemas taip pat veikė remdamosi tarpusavio solidarumo principu, nes iš perteklinių lėšų, susidariusių kai kuriose iš šių schemų, buvo finansuojamos struktūrinių finansinių sunkumų turinčios schemas. Galiausiai, schemų administravimas atitinkamoms institucijoms buvo pavestas įstatymu, ir jų veiklai buvo taikoma valstybės kontrolė. Vykdydamos savo pareigas, institucijos taikė įstatymus ir negalėjo įtakoti nei įmokų dydžio, nei kaip surinktos lėšos turi būti naudojamos, nei išmokų dydžio.

2002 m. sausio 22 d. sprendime *Cisal* (*Cisal*, 2002) buvo nagrinėjamas *Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro* (draudimo nuo nelaimingų atsitikimų darbe nacionalinis institutas, toliau – **INAIL**) (Italija). Ieškovas pagrindinėje byloje ginčijo nurodymą sumokėti įmokas šiam institutui, kadangi jis buvo apsidraudęs nuo nelaimingų atsitikimų darbe privačioje draudimo bendrovėje.

Pagrindiniai argumentai, kuriais remdamasis ESTT pripažino, kad minėtas institutas nėra įmonė: visų pirma, institutas yra nurodytas kaip kompetentinga įstaiga ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentuose. Be to, nagrinėjama draudimo nuo nelaimingų atsitikimų darbe schema buvo nustatyta įstatymu, ja buvo garantuojama privaloma socialinė apsauga tam tikriems darbuotojams, taigi ja buvo siekiama socialinių tikslų. Socialinį tikslą patvirtino ir tai, kad išmokos buvo mokamos nepriklausomai nuo to, ar buvo sumokėtos įmokos. Solidarumo principas šioje schemeje pasireiškė tuo, kad draudimo schema buvo finansuojama įmokomis, kurios nebūtinai buvo

proporcingos draudžiamai rizikai, o išmokos buvo nebūtinai proporcingos draudėjo pajamoms. Draudimo schemą institutui buvo pavesta administruoti įstatymu, ir jo veiklai buvo taikoma valstybės kontrolė. Valstybė taip pat nustatė įmokų ir išmokų dydį.

2004 m. kovo 16 d. sprendime *AOK-Bundesverband ir kt.* (*AOK-Bundesverband ir kt.*, 2004) buvo nagrinėjami šie subjektai: *AOK Bundesverband*, *Bundesverband der Betriebskrankenkassen* (BKK), *Bundesverband der Innungskrankenkassen*, *Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen*, *Verband der Angestelltenkrankenkassen eV*, *Verband der Arbeiter-Ersatzkassen*, *Bundesknappschaft bei See-Krankenkasse* (toliau – ligonių kasų federacijos) (Vokietija). Ieškovės pagrindinėse bylose, t. y. vaistų gamybos įmonės ir vaistų didmeninio platinimo įmonės, ginčijo ligonių kasų federacijų sprendimus nustatyti konkrečias didžiausias sumas, kurias ligonių kasa sumoka už ieškovių platinamus vaistinėje parduodamus vaistus.

ESTT nusprendė, kad Vokietijos sveikatos draudimo ligonių kasos ir, atitinkamai, tokių kasų federacijos, nėra įmonės. Pagrindiniai argumentai, kuriais vadovavosi ESTT buvo šie: panašiai kaip ir įstaigos, nagrinėtos 1993 m. vasario 17 d. sprendime *Poucet ir Pistre* (*Poucet ir Pistre*, 1993), ligonių kasos administravo įstatymu nustatytą sveikatos draudimo schemą ir šiuo atžvilgiu vykdė socialinę funkciją, kuri yra pagrįsta solidarumo ir pelno nesiekimo principais. Išmokos apdraustiesiems buvo iš esmės vienodos ir nesiejamos su įmokų suma. Kasos niekaip negalėjo įtakoti šių išmokų. Ligonių kasos yra susibūrusios į tam tikrą solidarumo principu grįstą bendruomenę (vok. „*Solidargemeinschaft*“), kuri sudaro sąlygas tarpusavyje pasiskirstyti išlaidas ir riziką, t. y. vykdomas kompensavimas tarp ligonių kasų, kurių išlaidos sveikatai yra mažesnės, ir ligonių kasų, kurios apdraudžia brangią riziką ir patiria su ja susijusias didesnes išlaidas. Todėl ligonių kasos, teikdamos įstatymu numatytas privalomas išmokas sveikatos priežiūros arba vaistų srityje – o tai buvo pagrindinė jų funkcija, – nekonkuravo nei tarpusavyje, nei su privačiomis įstaigomis. Ligonių kasų turima laisvė nustatyti įmokų tarifus ir konkuruoti, siekiant pritraukti apdraustuosius, nebuvo laikoma pakankamai svarbiu veiksniumi, leidžiančiu ligonių kasas pripažinti įmonėmis.

ESTT taip pat papildomai nagrinėjo, ar net jeigu ligonių kasos vykdo socialinio pobūdžio funkcijas, konkreti ginčijama veikla (konkrečių didžiausių sumų už vaistus nustatymas) nėra laikytina ekonominio pobūdžio veikla. Atsakymas į šį klausimą buvo neigiamas iš esmės todėl, kad nustatydamas šias sumas ligonių kasų federacijos tik vykdė įstatyme joms nustatytą pareigą tokioje srityje, kurioje ligonių kasos nekonkuruoja.

Beje, generalinio advokato F. Jacobs vertinimu šioje byloje, ligonių kasos tam tikra apimtimi galėjo konkuruoti tarpusavyje, taip pat su privačiomis įmonėmis, teikiančiomis sveikatos draudimo paslaugas. Dėl šios priežasties ES konkurencijos teisės taisyklės joms turėjo būti taikomos (Generalinio advokato F. Jacobs išvada, *AOK-Bundesverband...*, 2003, 43 punktas). Tačiau savo sprendime ESTT nesekė generalinio advokato išvada.

2009 m. kovo 5 d. sprendime *Kattner Stahlbau* (*Kattner Stahlbau*, 2009) nagrinėtas *Maschinenbau- und Metall- Berufsgenossenschaft* (Mašinų gamybos ir metalo pramonės profesinio draudimo fondas, Vokietija, toliau – **MMB**), kuris administravo privalomąjį nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų draudimą. Ieškovė pagrindinėje byloje siekė nutraukti privalomąjį dalyvavimą draudimo fonde, nes norėjo apsidrausti privačioje kompanijoje. Pagrindinis sprendime *Cisal* (*Cisal*, 2002) nagrinėtos Italijos sistemos skirtumas nuo Vokietijos sistemos buvo tas, kad INAIL Italijoje turėjo monopoliją, o Vokietijos sistema buvo grindžiama oligopoline struktūra. Be to, skirtingai nuo INAIL, kuriam buvo pavesta tik administruoti atitinkamą schemą, MMB pati teikė privalomąjį draudimą. Jos vykdoma veikla iš esmės buvo tokia pati kaip ūkio subjektų, ypač draudimo kompanijų.

ESTT pažymėjo, kad viešosios teisės reglamentuojami profesinio draudimo fondai, kaip antai MMB, padeda administruoti Vokietijos socialinės apsaugos sistemą taip užtikrindami su pelno siekimu visiškai nesusijusią socialinio pobūdžio funkciją. MMB administruojama sistema siekia socialinio tikslo, nes ja numatoma privalomoji socialinė apsauga visiems darbuotojams. Šia sistema siekiama užtikrinti apsaugą visiems apdraustiesiems asmenims neatsižvelgiant į galimą aukos ar darbdavio kaltę. Išmokos yra mokamos net tuo atveju, jei yra nesumokėtos įmokos. Kiek tai susiję su solidarumo principo įgyvendinimu, sistema yra finansuojama įmokomis, kurių dydis ne visuomet yra proporcingas apdraudžiamai rizikai, įmokų dydis priklauso ne tik nuo apdraudžiamos rizikos, bet ir nuo apdraustųjų darbo užmokesčio, neviršijant maksimalios ir minimalios sumos, o įmokų suma priklauso, be kita ko, nuo išmokoms padengti reikalingų finansinių išteklių. Solidarumo principas yra įgyvendintas ir tarp profesinio draudimo fondų, kurie persiskirsto išlaidas ir riziką tarp atskirų pramonės šakų. ESTT nurodė, kad aplinkybė, jog Vokietijoje veikia daug organizacijų, sudarančių oligopoliją, negali pakeisti išvados, kad Vokietijos sistema pasižymi solidarumo principu.

Kiek tai susiję su valstybės kontrole, pagal įstatymą Vokietijos profesinio draudimo fondai galėjo nustatyti minimalią ir padidinti maksimalią metinio darbo užmokesčio sumą, nuo kurios apskaičiuojamos įmokos, taip pat fondai savarankiškai nustatė įmokoms apskaičiuoti naudojamą rizikos lentelę ir

rizikos klases. Tačiau ši diskrecija buvo griežtai ribojama įstatymu, todėl fondų vykdomos veiklos pobūdis nuo to nepasikeičia.

Aplinkybė, kad MMB pati teikia privalomąjį draudimą, nepakeitė ESTT vertinimo.

Bendrojo teismo 2018 m. vasario 5 d. sprendime *Dôvera zdravotná poisťovňa / Komisia* (*Dôvera zdravotná poisťovňa / Komisia*, 2018)¹⁸⁶ buvo nagrinėjamos trys Slovakijoje veikiančios sveikatos draudimo organizacijos, kurios teikė privalomąjį sveikatos draudimą: valstybės valdomos draudimo įstaigos *Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s. (VŠZP)* ir *Spoločná zdravotná poisťovňa, a.s. (SZP)*, kurios buvo įstatymu sujungtos nuo 2010 m. sausio 1 d.; privati draudimo įmonė *Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s.* ir privati draudimo įmonė *Union zdravotná poisťovňa, a.s.* Bendrasis teismas nagrinėjo *Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s.* ieškinį, kuriuo ši bendrovė apskundė EK sprendimą pripažinti, jog Slovakijos Respublikos VŠZP ir SZP suteikta pagalba nėra valstybės pagalba SESV prasme, nes privalomojo sveikatos draudimo veikla Slovakijoje nėra ekonominė veikla, o VŠZP ir SZP, atitinkamai, nėra įmonės ES konkurencijos teisės prasme.

Bendrasis teismas, išnagrinėjęs Slovakijos privalomojo sveikatos draudimo sistemą, nustatė, kad ši sistema daugiausia pasižymi socialiniais, solidarumo ir valstybinio reguliavimo požymiais: sveikatos draudimo organizacijos privalo apdrausti kiekvieną to pageidaujantį Slovakijos gyventoją nepriklausomai nuo jo amžiaus ar sveikatos būklės; sveikatos draudimo sistema yra pagrįsta privalomais įnašais, kurių dydis priklauso nuo apdraustojo asmens pajamų ir nepriklauso nuo, pavyzdžiui, tokių veiksnių kaip gautos išmokos, amžius ar sveikatos būklė; visi apdraustieji turi teisę į tą patį minimalų išmokų lygį; rizikos suvienodinimo schema užtikrina, kad rizikingesnę profilį turinčios sveikatos draudimo organizacijos yra finansuojamos iš organizacijų, kurių draudimo profilis yra mažiau rizikingas, pervedamų lėšų; sveikatos draudimo organizacijoms yra taikomos specialios taisyklės, pagal kurias jos turi vienodą statusą, teises ir pareigas, jų visų tikslas yra vykdyti privalomąjį sveikatos draudimą ir jos gali vykdyti tik įstatyme numatytą veiklą; sveikatos draudimo organizacijų veiklą prižiūri reguliavimo tarnyba, kuri užtikrina, kad tos organizacijos laikytųsi nustatytų taisyklių, ir įsikiša pažeidimų atveju.

Kita vertus, įstatymas leido sveikatos draudimo teikėjams gauti, naudoti ir paskirstyti pelną, taip pat konkuruoti siūlomomis paslaugomis ir jų kokybe (*Dôvera zdravotná poisťovňa / Komisia*, 2018, 58 ir 59 punktai). Pastarosios

¹⁸⁶ Žr. šio sprendimo analizę Nicolaidės, 2018a.

dvi aplinkybės leido Bendrajam teismui pripažinti, kad EK padarė vertinimo klaidą nusprendusi, jog atitinkami Slovakijos privalomojo sveikatos draudimo teikėjai nėra laikytini įmonėmis.

EK apskundė šį sprendimą ESTT. Savo 2019 m. gruodžio 19 d. išvadoje *Komisija / Dôvera zdravotná poisťovňa ir Slovakija / Dôvera zdravotná poisťovňa* generalinis advokatas P. Pikamäe siūlė pripažinti, kad Bendrasis teismas padarė teisės klaidą aiškindamas „įmonės“ sąvoką pagal SESV 107 straipsnio 1 dalį, ir atmeti *Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s.* ieškinį Bendrajam teismui (Generalinio advokato P. Pikamäe išvada..., 2019). Tokios išvados generalinis advokatas priėjo daugiausia remdamasis Slovakijos privalomojo sveikatos draudimo panašumu į 2004 m. kovo 16 d. sprendime *AOK-Bundesverband ir kt. (AOK-Bundesverband ir kt., 2004)* nagrinėtą sistemą.

2020 m. birželio 11 d. sprendime *Komisija / Dôvera zdravotná poisťovňa (Komisija / Dôvera zdravotná poisťovňa, 2020)* ESTT (Didžioji kolegija) panaikino Bendrojo teismo 2018 m. vasario 5 d. sprendimą *Dôvera zdravotná poisťovňa / Komisija* ir atmetė *Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s.* ieškinį byloje T-216/15. ESTT konstatavo, kad Bendrasis teismas priskyrė minėtoms dviem aplinkybėms pernelyg didelę reikšmę, kurios nepatvirtina ankstesnė ES teismų praktika¹⁸⁷, ir nepakankamai atsižvelgė į jų sąsają su nagrinėjamos sistemos socialiniais, solidarumo ir reglamentavimo aspektais (*Komisija / Dôvera zdravotná poisťovňa, 2000, 38* punktą).

Vien aplinkybė, jog Slovakijos privalomojo sveikatos draudimo teikėjai turi pagal privatinę teisę įsteigtos ir pelno siekiančios akcinės bendrovės statusą, neleidžia jų kvalifikuoti kaip „įmonių“ pagal ES konkurencijos teisę. Remiantis ankstesne ESTT praktika, toks kvalifikavimas priklauso ne nuo atitinkamo subjekto teisinio statuso, bet nuo visų jo veiklą apibūdinančių veiksnių. Be to, nors šių įmonių gautas pelnas gali būti panaudotas ir paskirstytas, tai turi būti padaryta laikantis reikalavimų, kuriais siekiama užtikrinti, kad sistema būtų tvari ir būtų pasiekti socialiniai bei solidarumo tikslai, kuriais ji grindžiama. Taigi galimybė siekti pelno ir jį gauti yra griežtai reglamentuota teisės aktuose ir jos negalima laikyti aplinkybe, galinčia paneigti socialinį ir solidarumo pobūdį, kuris išplaukia iš pačios atitinkamos veiklos. ESTT taip pat atmetė Bendrojo teismo išvadą, kad atitinkamoje sistemoje dalyvaujanti įstaiga gali būti kvalifikuojama kaip įmonė,

¹⁸⁷ Šiuo atžvilgiu ESTT rėmėsi *Höfner ir Elser, 1991; AG2R Prévoyance, 2011; Komisija / Italija, 1987; Poucet ir Pistre, 1993; Cisal, 2002; AOK Bundesverband ir kt., 2004; Kattner Stahlbau, 2009; FFSA ir kt., 1995; Albany, 1999.*

motyvuojant tuo, kad kitos toje pačioje sistemoje veikiančios įstaigos iš tikrųjų siekia pelno.

Slovakijos privalomojo sveikatos draudimo sistemos socialinio ir solidarumo pobūdžio nepaneigia ir įvairūs elementai, lemiantys tam tikro masto konkurenciją šioje sistemoje. Pirma, tokia konkurencija negali būti susijusi nei su teisės aktuose nustatytais privalomomis paslaugomis, nei su įmokų dydžiu. Slovakijos sveikatos draudimo teikėjai gali papildyti teisės aktuose nustatytas privalomas paslaugas, tačiau šios papildomos paslaugos – tai tik su pagrindinėmis paslaugomis glaudžiai susijusios nemokamos paslaugos, kurios šiems draudėjams leidžia papildomai išsiskirti, kiek tai susiję su pasiūlos apimtimi ir kokybe. Remiantis ankstesne ESTT praktika, į socialiniu ir solidarumo pobūdžiu pagrįstą sistemą įtraukus konkurencinį elementą, kuriuo siekiama paskatinti ūkio subjektus veiklą vykdyti laikantis gero administravimo principų, t. y. kuo veiksmingiau ir kuo pigiau, tam, kad socialinės apsaugos sistema veiktų tinkamai, šios sistemos pobūdis negali būti pakeistas. Antra, nors apdraustųjų laisvė pasirinkti sveikatos draudimo įstaigą ir ją pakeisti vieną kartą per metus turi įtakos šių draudimo įstaigų tarpusavio konkurencijai, vis dėlto ja siekiama tinkamo Slovakijos sveikatos draudimo sistemos veikimo ir ji turi būti vertinama atsižvelgiant į kiekvienam Slovakijos rezidentui tenkančią pareigą prisijungti prie vienos iš įstaigų, dalyvaujančių administruojant šią sistemą, taip pat šių įstaigų pareigą leisti prisijungti kiekvienam asmeniui, kuris to prašo, neatsižvelgiant į jo amžių ar sveikatos būklę. Šios pareigos yra tarp lemiamų solidarumo principo savybių. Trečia, konkurencija Slovakijos privalomojo sveikatos draudimo sistemoje yra glaudžiai susijusi su tuo, kad šią sistemą administruoti patikėta ne vienintelei draudimo įstaigai, bet įvairioms įstaigoms, ir joje veikia išlaidų ir rizikų pasidalijimo mechanizmas. Todėl ji negali paneigti to, kad Slovakijos sistema yra grindžiama solidarumo principu. Pagaliau, aplinkybės, kad Slovakijos privalomojo sveikatos draudimo sistemą administruojančios įstaigos konkuruoja dėl apsirūpinimo, negalima laikyti svarbiu elementu vertinant jų veiklos pobūdį. Iš tiesų vertinant subjekto veiklos pobūdį nereikia prekių ar paslaugų pirkimo veiklos atsieti nuo vėlesnio jų naudojimo, nes atitinkamo subjekto veiklos pobūdį lemia tai, ar vėlesnis panaudojimas yra ekonominis, ar ne.

Bylos, kuriose socialinio draudimo fondai buvo pripažinti vykdančiais ekonominę veiklą. 1995 m. lapkričio 16 d. sprendime *FFSA ir kt.* (*FFSA ir kt.*, 1995) buvo nagrinėjamas *Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole* (CCMSA) (Prancūzija), kuriam buvo pavesta administruoti naują dekretu įsteigtą papildomą senatvės draudimo schemą savarankiškai

dirbantiems ūkininkams (vadinamą „Coreva schema”). Ši schema buvo finansuojama savanoriškais atskaitymais nuo apmokestinamųjų pajamų. Pagrindinėje byloje draudimo bendrovės ir jų asociacijos siekė minėto dekreto panaikinimo teigdamos, kad juo CCMSA buvo suteiktos išimtinės teisės, kurios išstūmė konkuruojančias draudimo bendroves iš gyvybės draudimo ir kapitalizacijos bei taupymo senatvei schemų rinkos.

Narystė Coreva schemoje nebuvo privaloma, ši schema veikė remiantis kapitalizacijos principu, o išmokos priklausė tik nuo įmokų ir administruojančios organizacijos investicinės veiklos finansinių rezultatų. Todėl buvo pripažinta, kad CCMSA vykdė ekonominę veiklą konkuruodama su gyvybės draudimo bendrovėmis. Solidarumo elementai, kuriais pasižymėjo nagrinėjama schema (įmokos nebuvo susietos su rizika; sumokėtos įmokos paliekamos schemoje, jeigu apdraustasis asmuo netikėtai miršta; atleidimas nuo įmokų mokėjimo apdraustojo ligos atveju), nepakeitė šio vertinimo, nes panašios nuostatos egzistuoja ir kai kuriose gyvybės draudimo sutartyse. Bet kuriuo atveju solidarumo principą riboja tai, kad dalyvavimas schemoje buvo savanoriškas. Ekonominės veiklos pobūdžio nepaneigė tai, kad dėl minėtų solidarumo reikalavimų ir kitų taisyklių Coreva schema galėjo būti mažiau konkurencinga, palyginti su privačiomis gyvybės draudimo bendrovėmis, taip pat tai, kad ji buvo ne pelno siekianti.

1999 m. rugsėjo 21 d. sprendime *Albany* (*Albany*, 1999) buvo nagrinėjamas *Stichting Bedrijfspensioenfonds Textielindustrie* (Tekstilės pramonės sektoriaus pensijų fondas, toliau – fondas) (Nyderlandai). Šiam fondui buvo pavesta valdyti papildomos pensijos sistemą, įsteigtą kolektyvine sutartimi tarp tam tikro sektoriaus organizacijų, atstovaujančių darbdaviams ir darbuotojams. Narystė šiame fonde, remiantis valdžios institucijų sprendimu, buvo privaloma visiems to sektoriaus darbuotojams. Pagrindinėje byloje kilo ginčas dėl bendrovės *Albany* atsisakymo mokėti fondui įmokas motyvuojant tuo, kad privaloma narystė fonde prieštarauja ES konkurencijos teisei.

Pats sektorinis pensijų fondas nustatė įmokų ir išmokų dydį, o fondo veikla buvo grindžiama kapitalizacijos principu. Todėl, priešingai nei išmokos, mokamos tokių įstaigų, kaip, pavyzdžiui, tos, kurios buvo nagrinėtos 1993 m. vasario 17 d. sprendime *Poucet ir Pistre* (*Poucet ir Pistre*, 1993), fondo mokamos išmokos priklausė nuo jo investicinės veiklos finansinių rezultatų. Kadangi fondas buvo draudimo įmonė, jį prižiūrėjo draudimo įmonių priežiūros institucija. Fondas privalėjo tam tikrais atvejais atleisti nuo narystės įmonę, jei ji taikė savo darbuotojams lygiavertę pensijų sistemą, taip pat turėjo teisę atleisti nuo narystės įmonę, kuri savo darbuotojams taikė lygiavertę pensijų sistemą, jei fondui buvo kompensuojami dėl pasitraukimo galimai

patiriami nuostoliai. Todėl buvo pripažinta, kad fondas vykdė ūkinę veiklą konkuruodamas su draudimo bendrovėmis. Faktas, jog fondas nesiekė pelno, ir tam tikrų solidarumo požymių (įsipareigojimas priimti visus darbuotojus be išankstinio medicininio patikrinimo; pensinių teisių įgijimas nepriklausomai nuo atleidimo nuo mokymų mokėjimo nedarbingumo atveju; darbdavio įsiskolinimų už nesumokėtas įmokas padengimas fondo lėšomis darbdavio bankroto atveju; pensijų indeksavimas siekiant išlaikyti jų vertę ir kt.) nepakako priešingai išvadai pagrįsti.

Kaip ir 1995 m. lapkričio 16 d. sprendime *FFSA ir kt.* (*FFSA ir kt.*, 1995), ESTT pripažino, kad siekiamas socialinis tikslas, solidarumo požymiai ir investicinės veiklos apribojimai bei kontrolė iš tikrųjų gali sumažinti šio fondo teikiamų paslaugų konkurencingumą, palyginti su paslaugomis, kurias teikia draudimo bendrovės. Tačiau tokie suvaržymai netrukdo laikyti fondo vykdomos veiklos ūkine veikla. Kita vertus, jie gali pateisinti išimtinę tokios įstaigos teisę valdyti papildomos pensijos sistemą¹⁸⁸.

1999 m. rugsėjo 21 d. sprendimuose *Brentjens' Handelonderneming BV* (*Brentjens' Handelonderneming BV*, 1999) ir *Maatschappij Drijvende Bokken* (*Maatschappij Drijvende Bokken*, 1999) buvo nagrinėjami, atitinkamai, *Stichting Bedrijfspensioenfonds voor de Handel in Bouwmaterialen* (Statybinų medžiagų pramonės sektoriaus pensijų fondas, Nyderlandai) ir *Stichting Pensioenfonds voorde Vervoer- en Havenbedrijven* (Transporto ir dokų pramonės sektoriaus pensijų fondas, Nyderlandai). Minėti fondai buvo labai panašūs į fondą, nagrinėtą sprendime *Albany* ir, kiek tai susiję su vertinimu, ar šie fondai yra įmonės ES konkurencijos teisės prasme, šie sprendimai yra analogiški sprendimui *Albany* (*Albany*, 1999).

2000 m. rugsėjo 12 d. sprendime *Pavlov ir kt.* (*Pavlov ir kt.*, 2000) nagrinėtas *Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten* (Medicinos specialistų pensijų fondas, Nyderlandai). Ieškovai pagrindinėje byloje ginčijo vykdomuosius nurodymus sumokėti įmokas šiam fondui. Skirtumas nuo 1999 m. rugsėjo 21 d. sprendimų *Albany*, *Brentjens' Handelonderneming BV* ir *Maatschappij Drijvende Bokken* (*Albany*, 1999; *Brentjens' Handelonderneming BV*, 1999; *Maatschappij Drijvende Bokken*, 1999) šioje byloje buvo tas, kad papildomos pensijos sistema buvo įsteigta ne kolektyvine sutartimi, o profesiją atstovaujančios organizacijos (*Landelijke Specialisten Vereniging der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst* (Nacionalinė karališkosios Nyderlandų medicinos skatinimo

¹⁸⁸ Žr. toliau šios disertacijos dalį „2.4.2. SESV 101 ir 102 straipsnių taikymo specifiška, kai teikiamos BESP socialinės apsaugos srityje“.

draugijos specialistų asociacija)). Narystė šiame fonde, remiantis valdžios institucijų sprendimu, buvo privaloma visiems medicinos specialistams. Be šios aplinkybės, Medicinos specialistų pensijų fondas buvo labai panašus į fondus, nagrinėtus minėtuose 1999 m. rugsėjo 21 d. sprendimuose. Todėl ESTT vertinimas dėl to, ar šis fondas yra įmonė, buvo analogiškas.

2011 m. kovo 3 d. sprendime *AG2R Prévoyance* (*AG2R Prévoyance*, 2011) buvo nagrinėjamas *AG2R Prévoyance* (toliau – **AG2R**) (Prancūzija), kuris administravo privalomojo papildomo sveikatos išlaidų kompensavimo sistemą, taikomą Prancūzijos duonos gaminių amatininkų sektoriui. Visos įmonės, kurioms taikoma nacionalinė duonos ir konditerijos gaminių amatininkų įmonių kolektyvinė sutartis, privalėjo prisijungti prie AG2R administruojamos schemos. Pagrindinėje byloje buvo nagrinėjamas įmonės atsisakymas dalyvauti šioje schemoje.

AG2R buvo draudimo įstaiga, kuriai buvo taikomas Prancūzijos socialinės apsaugos kodeksas. Ji buvo pagal privatinę teisę veikiantis pelno nesiekiantis juridinis asmuo, kurio tikslas – dengti išlaidas, susijusias su fiziniais sužalojimais dėl nelaimingų atsitikimų ar ligomis. Ši įstaiga negalėjo nei sustabdyti garantijų teikimo, nei panaikinti įmonės narystės, jeigu ši nemoka įmokų. AG2R privalėjo apdrausti visus įmonių darbuotojus, nepaisant draudimo rizikos. Draudimas buvo grindžiamas vienodomis įmokomis, kurias lygiomis dalimis mokėjo darbdaviai ir darbuotojai, nepaisant įmonės dydžio ar apdraustojo darbuotojo atlyginimo. Taigi schema buvo siekiama socialinio tikslo.

Kiek tai susiję su solidarumo principo įgyvendinimu, schema buvo finansuojama įmokomis, kurių dydis nėra proporcingas apdraustajai rizikai, t. y. buvo nustatyta vienodo dydžio (40 EUR) įmoka, kurią lygiomis dalimis mokėjo darbdaviai ir darbuotojai. Paslaugos buvo teikiamos neatsižvelgiant į tai, ar sumokėtos įmokos. Šia schema buvo galima naudotis atgaline data, jei darbuotojas įmonėje turi reikalaujamą minimalų vieno mėnesio darbo stažą. Be to, sveikatos priežiūros išlaidos iš principo buvo dengiamos tam tikrą laikotarpį po apdraustojo darbo sutarties nutraukimo. Galiausiai, ne mažiau kaip dvylika mėnesių po asmens mirties buvo dengiamos asmenų, kurių atžvilgiu galioja mirusio asmens draudimo polisas, išlaidos. Atsižvelgiant į visas šias aplinkybes buvo pripažinta, kad AG2R administruojamai schemei buvo būdingas aukštas solidarumo laipsnis.

Kiek tai susiję su valstybės kontrolės apimtimi, socialiniams partneriams buvo suteikiama galimybė patiems kolektyvinėmis sutartimis ir susitarimais nustatyti kolektyvines garantijas, kuriomis naudojasi darbuotojai, greta tų, kurias numato socialinės apsaugos sistema. Tam, kad tokių susitarimų nuostatos įgytų imperatyvų pobūdį visiems atitinkamiems darbuotojams ir

darbdaviams, buvo reikalingas ministerijos nutarimas. Tačiau nebuvo numatyta teisinė pareiga nei socialiniams partneriams įpareigoti AG2R valdyti tokią papildomo sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo schemą, kaip nagrinėjamoji pagrindinėje byloje, nei pačiai AG2R apsiimti valdyti tokią schemą. Panašu, kad egzistavo kitos draudimo institucijos ir įmonės, kurios, iki patvirtinant AG2R, teikė paslaugas, identiškas šios įstaigos teikiamoms paslaugoms. Todėl AG2R, nors ir nesiekianti pelno ir veikianti vadovaudamasi solidarumo principu, buvo pripažinta ekonominę veiklą vykdančia įmone, kurią, remiantis finansiniais ir ekonominiais kriterijais, pasirinko socialiniai partneriai iš kitų įmonių, su kuriomis ji konkuravo teikiamų draudimo paslaugų rinkoje.

2.2.2. Viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų vertinimas

2001 m. spalio 25 d. sprendimas *Ambulanz Glöckner* (*Ambulanz Glöckner*, 2001). Ginčas pagrindinėje byloje kilo dėl to, kad Vokietijos žemės Rheinland-Pfalz administracinė apygarda (vok. „Landkreis“) Südwestpfalz atsisakė pratęsti leidimą teikti ligonių transporto (vok. „Krankentransport“) paslaugas privačiai įmonei *Ambulanz Glöckner*. Gavusi šios įmonės prašymą pratęsti leidimą, *Landkreis* kreipėsi į subjektus, kuriems toje vietovėje buvo pavesta teikti viešąsias greitosios pagalbos paslaugas (pripažintoms medicinos pagalbos organizacijoms, tokioms kaip Vokietijos Raudonasis Kryžius ir Vokietijos samariečių bendrija), prašydama pateikti nuomonę, kokią poveikį jų teikiamoms paslaugoms turėtų leidimo pratęsimas. Šie subjektai nurodė, kad jų pačių pajėgumai nebuvo pilnai išnaudojami, kad jie veikė nuostolingai ir kad pratęsus leidimą privačiai įmonei jie bus priversti arba padidinti mokesčių už paslaugas, arba sumažinti paslaugų teikimo apimtis. *Landkreis* atsisakė pratęsti leidimą *Ambulanz Glöckner* remdamasi tuo, kad atitinkamu laikotarpiu viešąsias greitosios pagalbos paslaugas teikiantys subjektai veikė tik 26 % pajėgumu.

Kiek tai susiję su klausimu, ar atitinkamos viešąsias greitosios pagalbos paslaugas teikiančios organizacijos yra įmonės ES konkurencijos teisės prasme, ESTT nustatė, kad atitinkamos organizacijos teikė paslaugas už klientų mokamą užmokesčių greitosios pagalbos transporto (vok. „Notfalltransport“) ir ligonių transporto rinkoje. Tokią veiklą šios organizacijos arba viešosios valdžios institucijos vykdė ne visada. Pavyzdžiui, kaip matyti iš pagrindinės bylos aplinkybių, pati *Ambulanz Glöckner* yra teikusi abiejų rūšių paslaugas. Dėl šios priežasties tokių paslaugų teikimas buvo pripažintas ekonomine veikla, o medicinos pagalbos organizacijos,

teikiančios greitosios pagalbos transporto ir ligonių transporto paslaugas, – įmonėmis ES konkurencijos teisės prasme.

Generalinio advokato F. Jacobs 2001 m. gegužės 17 d. išvadoje *Ambulanz Glöckner* (Generalinio advokato F. Jacobs išvada, *Ambulanz...*, 2001) galima rasti papildomų argumentų, dėl kurių minėtos organizacijos yra laikytinos įmonėmis: byloje nebuvo duomenų, kad dėl greitosios pagalbos transporto ar ligonių transporto paslaugų pobūdžio jas *būtinai* turi teikti tik viešieji subjektai¹⁸⁹; tai, ar minėtų paslaugų teikimas generuoja pelną, priklausė vien tik nuo užmokesčio, kurį operatorius gavo už paslaugos teikimą; be to, pagal Vokietijos civilinę teisę santykius tarp greitosios pagalbos paslaugos teikėjo ir paciento apibūdino įprasta paslaugų sutartis.

Bendrojo teismo 2003 m. kovo 4 d. sprendime *FENIN / Komisija* buvo nagrinėjamas *Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria* (toliau – **FENIN**) (Ispanija) ieškinys, kuriuo ji prašė panaikinti EK sprendimą atmesti skundą, jos pateiktą dėl 26 viešųjų subjektų, tarp kurių buvo trys ministerijos, užtikrinančių nacionalinės sveikatos apsaugos sistemos administravimą (*Sistema Nacional de Salud*, toliau – **SNS**).

FENIN yra asociacija, jungianti įmones, prekiaujančias medicinos prekes ir įranga, kurie yra naudojami ligoninėse Ispanijoje. Asociacijos nariai šias prekes parduoda, be kita ko, SNS administravimo subjektams. Minėtame skunde EK FENIN nurodė, kad SNS administravimo subjektai sistemingai vėlavo sumokėti už prekes, ir tai, šios asociacijos nuomone, yra piktnaudžiavimas dominuojančia padėtimi SESV 102 straipsnio prasme.

EK atmetė FENIN skundą ir nurodė, kad SNS administravimo subjektai, administruodami viešąsias sveikatos paslaugas, neveikia kaip įmonės, ir kad jų, kaip pirkėjų, negalima atskirti nuo vėlesnio medicinos prekių naudojimo jas nupirkus. Todėl, EK nuomone, pirkdami medicinos prekes šie subjektai neveikia kaip įmonės ES konkurencijos teisės prasme.

Bendrasis teismas atmetė FENIN ieškinį. Jis pažymėjo, kad pagal nusistovėjusią Teismo praktiką sąvoka „įmonė“ apima bet kokią ekonominę veiklą vykdančią subjektą, neatsižvelgiant į jo teisinį statusą ar jo finansavimo būdą. Būtent prekių arba paslaugų pasiūla nagrinėjamoje rinkoje, o ne prekių įsigijimas, apibūdina ekonominę veiklą. Todėl negalima atskirti prekės įsigijimo nuo vėlesnio jos panaudojimo, siekiant įvertinti šio įsigijimo pobūdį. Kitaip tariant, prekių įsigijimo pobūdį lemia vėlesnio nupirktos prekės panaudojimo ekonominis ar neekonominis pobūdis. Todėl subjektas, kuris

¹⁸⁹ Generalinis advokatas šiuo atžvilgiu rėmėsi 1991 m. balandžio 23 d. sprendimu *Höfner ir Elser* (*Höfner ir Elser*, 1991, 22 punktą).

įsigyja prekes – netgi dideliais kiekiais, – kurias vėliau naudoja ne siūlydamas prekes ar paslaugas rinkoje, o socialinio pobūdžio veiklai, netampa įmone ES konkurencijos teisės prasme vien dėl to, kad įsigijo šias prekes.

Bendrasis teismas taip pat pažymėjo, kad byloje nėra šalių ginčo dėl to, kad SNS, kurią administruoja ministerijos ir kiti viešieji subjektai, veikia pagal solidarumo principą, nes ji yra finansuojama iš socialinių įmokų ir kitų valstybės įnašų ir nemokamai teikia paslaugas visiems apdraustiems asmenims pagal visuotinės aprėpties principą. Todėl SNS administravimo subjektai neveikia kaip įmonės, kai vykdo SNS administravimo veiklą. Šie subjektai neveikia kaip įmonės ir tada, kai įsigyja medicinos prekes ir įrangą, reikalingą teikiant nemokamas paslaugas apdraustiesiems.

Bendrajam teismui pateiktame dublike ieškovė papildomai nurodė, jog SNS ligoninės Ispanijoje taip pat teikia sveikatos priežiūros paslaugas už užmokestį asmenims, kurie nėra SNS apdraustieji, pavyzdžiui, užsienio turistams. Todėl, ieškovės teigimu, teikdami šias paslaugas ir įsigydami tokių paslaugų teikimui reikalingas prekes, SNS administravimo subjektai veikia kaip įmonės. Tačiau Bendrasis teismas pažymėjo, kad nagrinėdama skundą EK neprivalo įvertinti aplinkybių, kurių nenurodė pareiškėjas. Todėl ši aplinkybė nebuvo toliau tirama.

FENIN toliau pateikė apeliacinį skundą ESTT dėl Bendrojo teismo sprendimo. Tačiau 2006 m. liepos 11 d. sprendime *FENIN* ESTT patvirtino Bendrojo teismo vertinimą ir atmetė apeliacinį ieškinį.

Beje, galima pastebėti, kad generalinis advokatas P. Maduro 2005 m. lapkričio 10 d. išvadoje *FENIN* (Generalinio advokato P. Maduro išvada, *FENIN...*, 2005) siūlė, kad ESTT grąžintų bylą Bendrajam teismui, nes, jo nuomone, byloje nebuvo įvertintos faktinės aplinkybės, būtinos nustatyti, ar SNS administravimo subjektų veikla yra ekonominio pobūdžio.

Generalinio advokato nuomone, nors nagrinėjama byla buvo susijusi su sveikatos apsaugos sektoriumi, tačiau ji vis dėlto skyrėsi nuo ankstesnių ESTT sprendimų socialinio (sveikatos) draudimo srityse. O būtent, SNS ne tik administravo sveikatos draudimo sistemą Ispanijoje, tačiau ji taip pat buvo atsakinga už sveikatos priežiūros paslaugų teikimą apdraustiems asmenims.

Generalinis advokatas nurodė, kad iš Bendrojo teismo sprendimo matyti, jog SNS privalo užtikrinti nemokamų paslaugų teikimą visiems apdraustiems asmenims. Tačiau sprendime nebuvo nurodyta, ar viešieji subjektai visiškai patenkina rinkos poreikį, ar SNS taip pat dalyvavo įmonės požymių turintys privatūs subjektai, nes Ispanijos įstatymas leido SNS perduoti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą privatiems subjektams. Iš Ispanijos vyriausybės atsakymų į Bendrojo teismo pateiktą klausimą buvo matyti, kad dalies sveikatos priežiūros paslaugų teikimą užtikrino privatus sektorius.

Generalinio advokato nuomone, ši aplinkybė turėjo būti įvertinta, siekiant nuspręsti dėl SNS teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų ekonominio pobūdžio, t. y. buvo būtina nustatyti, ar Ispanijoje privatus ir viešasis sveikatos sektorius veikia kartu, ar vis dėlto nemokamai teikiant sveikatos priežiūros paslaugas dominuoja solidarumas. Jei viešieji ir privatūs subjektai teikia tas pačias paslaugas, jas reikia nagrinėti atsižvelgiant į SESV 106 straipsnio 2 dalį. Ir priešingai, – jei sveikatos priežiūros paslaugas gali teikti tik valstybės kontroliuojami subjektai, kurie privalo nemokamai teikti šias paslaugas visiems į juos besikreipiantiems pacientams, tai šiuo atveju nėra jokių rinkos santykių, o veikla vykdoma vadovaujantis vien tik solidarumo principu.

ESTT 2006 m. liepos 11 d. sprendimas *FENIN* yra itin lakoniškas ir šio generalinio advokato iškelto klausimo nenagrinėja.

2005 m. kovo 3 d. sprendimas *Heiser* (*Heiser*, 2005). Pagrindinėje byloje buvo nagrinėjamas ginčas tarp dantų gydytojo specialisto W. Heiser ir *Finanzamt Innsbruck* (Austrija) dėl PVM mokėjimo. Nacionaliniam Austrijos teismui iškilo klausimas, ar nacionalinės teisės norma, pagal kurią gydytojų teikiamų paslaugų apmokestinimas PVM buvo pakeistas į atleidimo nuo PVM tvarką, tačiau jau atlikta, susijusi su tebenaudojamu įmonėje turtu, PVM atskaita neturėjo būti sumažinta, yra valstybės pagalba SESV 107 straipsnio prasme.

ESTT konstatavo, kad dantų gydytojas turi būti traktuojamas kaip įmonė ES konkurencijos teisės prasme, nes jis, kaip savarankiškai dirbantis asmuo, teikia paslaugas rinkoje, šiuo atveju – dantų gydymo paslaugų rinkoje¹⁹⁰. Iš byloje pateiktų Austrijos vyriausybės argumentų matyti, kad nors W. Heiser nebuvo pasirašęs sutarties su privalomojo sveikatos draudimo įstaigomis, jo teikiamos paslaugos, be kita ko, buvo dengiamos iš privalomojo sveikatos draudimo lėšų (*Heiser*, 2005, 44 ir 48 punktai)¹⁹¹. Šiuo atžvilgiu vyriausybė tvirtino, kad nagrinėjama priemonė siekė socialinių tikslų, nes netiesiogiai mažino sveikatos draudimo įstaigų prievoles.

Bendrojo teismo 2012 m. lapkričio 7 d. sprendime *CBI / Komisija* (*CBI / Komisija*, 2012) buvo nagrinėjamas *Coordination bruxelloise d'institutions sociales et de santé* (CBI) (Belgija) ieškinys panaikinti EK

¹⁹⁰ Šiuo atžvilgiu ESTT rėmėsi 2000 m. rugsėjo 12 d. sprendimu *Pavlov ir kt.* (*Pavlov ir kt.*, 2000, 76 ir 77 punktai).

¹⁹¹ Austrijoje privalomasis sveikatos draudimas už tokių gydytojų, kaip W. Heiser, paslaugas kompensuoja 80 % sumos, kuri už tokias pačias paslaugas mokama sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams, pasirašiusiems sutartis su privalomojo sveikatos draudimo įstaigomis.

sprendimą dėl valstybės pagalbos, kurią Belgijos Karalystė suteikė Briuselio-Sostinės regiono *Interhospitalière régionale des infrastructures de soins* (IRIS) tinklo valstybinėms ligoninėms finansuoti.

Ginčo aplinkybės šioje byloje yra gana sudėtingos. Toliau pateikiama jų santrauka, remiantis Bendrojo teismo sprendimu: Belgijos Karalystė yra federacinė valstybė, kurią sudaro trys regionai. Vienas iš šių regionų, t. y. Briuselio-Sostinės regionas (*la Région Bruxelles-Capitale*), suskirstytas į 19 savivaldybių. 2005 m. šiame regione buvo apie 8 900 ligoninės lovų, iš kurių maždaug 67 % – privačiose ligoninėse.

Ieškovė CBI yra pagal Belgijos teisę įsteigta asociacija, apimanti devynias privačias ligonines, įsikūrusias Briuselio-Sostinės regione ir eksploatuojančias 2 708 ligoninių lovas. Tuo tarpu IRIS yra pagal Belgijos viešąją teisę įsteigta skėtinė asociacija, jungianti penkias viešosios teisės reglamentuojamas asociacijas, kurios, savo ruožtu, eksploatuoja penkias Briuselio-Sostinės regiono bendrąsias valstybines ligonines, kuriose yra maždaug 2 400 ligoninių lovų.

Bet kurios ligoninės, neatsižvelgiant į tai, ar ji valstybinė ar privati, su viešąja ligoninių paslauga susiję įsipareigojimai buvo reglamentuojami Belgijos ligoninių įstatyme (toliau – **LCH**). Jame buvo apibrėžtos ligoninėmis laikomos įstaigos ir ligoninių, pripažintų turinčių teisę teikti paslaugas, standartas, ligoninės valdymo sąlygos ir medicininės veiklos struktūra, ligoninių planavimas, ligoninių ir ligoninių paslaugų patvirtinimo normos ir sąlygos.

Centres publics d'action sociale (CPAS) (viešieji socialinės veiklos centrai) yra viešosios įstaigos, įsteigtos remiantis Belgijos organiniu įstatymu (toliau – CPAS organinis įstatymas). CPAS organinio įstatymo 57 straipsnyje numatyta: „*CPAS užduotis – asmenims ir šeimoms užtikrinti bendruomenės pagalbą. Jie užtikrina ne tik palaikomojo gydymo ar gydymo, bet ir prevencinę pagalbą <...> Ši pagalba gali būti materialinė, medicininė, medicininė-socialinė ar psichologinė*“.

Iki 1996 m. Briuselio valstybinių ligoninių tinklą sudarė CPAS valdomos juridinio asmens statuso neturinčios ligoninių įstaigos. Tačiau 1996 m. sausio 1 d. baigus Briuselio valstybinių ligoninių restruktūrizavimą jos įgijo teisinį ir biudžeto savarankiškumą ir buvo reorganizuotos į viešosios teisės reglamentuojamas asociacijas, kurioms taikomas CPAS organinis įstatymas. Savivaldybės ir atitinkami CPAS turi daugumą vietų jų visuotiniuose susirinkimuose ir valdybose.

Penkias Briuselio valstybines bendrąsias ligonines sujungia IRIS, pagal viešąją teisę įsteigta asociacija, reglamentuojama CPAS organinio įstatymo, kuri vykdo atitinkamų ligoninių priežiūrą. Jos visuotiniame susirinkime ir

valdyboje atstovaujamos Briuselio savivaldybės ir atitinkami CPAS, gydytojų asociacijos, *Université libre de Bruxelles* (ULB) ir *Vrije Universiteit Brussel* (VUB).

Visos Belgijos ligoninės (privačios ir valstybinės) gauna sveikatos draudimo ir draudimo nuo invalidumo sumas už suteiktą gydymą pagal teisės aktus dėl socialinės apsaugos ir sumas dėl ligoninių gydytojų honorarų perdavimo pagal LCH 130–140 straipsnius. Be to, pagal LCH visos ligoninės taip pat gauna veiklos išlaidų, patirtų vykdant LCH numatytas viešosios ligoninių paslaugos užduotis, finansavimą iš „biudžeto lėšų“ (toliau – **BMF**), kurias kiekvienai ligoninei kasmet patvirtina kompetentingas federalinis ministras atsižvelgiant į Karaliaus dekretu nustatytas sąlygas. Pagal šias sąlygas (BMF poskyris „B8“) tam tikra suma paskirstoma ligoninėms, kurių padėtis sudėtinga, pagal tam tikrus iš anksto nustatytus kriterijus, iš esmės susijusius su santykiu, atitinkančiu socialiai ir ekonomiškai jautrių pacientų skaičių, palyginti su visų priimtų pacientų skaičiumi.

Be finansavimo iš BMF, LCH 109 straipsnyje numatytas ligoninių, kurias eksploatuoja CPAS ar CPAS organiniame įstatyme nurodytos asociacijos, valdymo sąskaitų galimo deficito padengimas. Šio padengimo kriterijai taip pat yra nustatyti Karaliaus dekretais. LCH 109 straipsniu leidžiama, be kita ko, padengti ligoninės deficitą, atsiradusį teikiant pagalbą socialiai remtiniems pacientams, kiek jis nepakankamai finansuojamas pagal BMF poskyrį „B8“.

Briuselio-Sostinės regionas užtikrina IRIS ligoninių finansavimą pagal LCH 109 straipsnį. Su šia pareiga susijusi finansavimo schema taip pat yra vykdoma per Briuselio regiono savivaldybių išdų refinansavimo fondą (*Fonds régional bruxellois de refinancement des trésoreries communales*, FRBRTC). Be to, IRIS ligoninėms būdingas socialinių užduočių finansavimas numatytas 2003 m. vasario 13 d. Briuselio-Sostinės regiono įsakyme dėl specialių subsidijų skyrimo Briuselio-Sostinės regiono savivaldybėms. Juo įtvirtinta kasmet nustatoma speciali subsidija savivaldybėms bendrus savivaldybės interesus tenkinančioms užduotims vykdyti.

CBI laikėsi nuomonės, kad pagal LCH 109 straipsnį IRIS ligoninėms suteiktas finansavimas yra valstybės pagalba ES konkurencijos teisės prasme.

2009 m. spalio 28 d. sprendimu C (2009) 8120 final (Commission Européenne. Aide d'État NN 54/2009..., 2009; toliau – ginčijamas sprendimas) EK, užbaigusi SESV 108 straipsnio 3 dalyje numatyto tyrimo pirminį etapą, nusprendė nepareikšti prieštaravimo dėl nagrinėjamų priemonių.

Tačiau Bendrasis teismas panaikino ginčijamą sprendimą, nes pripažino, kad EK turėjo kilti abejonių dėl nagrinėjamo finansavimo suderinamumo su vidaus rinka. Todėl EK privalėjo pradėti oficialią tyrimo procedūrą tam, kad

surinktų visą reikšmingą informaciją ir leistų ieškovei bei kitiems suinteresuotiesiems asmenims pateikti pastabas vykstant šiai procedūrai.

Kiek tai susiję su tuo, ar valstybinės ligoninės yra laikytinos įmonėmis, Bendrasis teismas patvirtino poziciją, kurios EK laikėsi ginčijamame sprendime, kad ligoninėje teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos yra laikomos ekonomine veikla ir kad tokią veiklą reikia atskirti nuo „nacionalinės sveikatos sistemos administravimo“, kuri atlieka viešosios įstaigos, įgyvendinančios viešosios valdžios įgaliojimus. Taip pat Bendrasis teismas patvirtino EK poziciją, kad IRIS valstybinės ligoninės vykdo ir kitą socialinio pobūdžio veiklą, kuri, tikėtina, negali būti laikoma ekonomine, tačiau į ginčijamą sprendimą buvo įtraukta dėl proceso ekonomijos priežasčių: net jei ši veikla būtų laikoma ekonomine, atitinkamos subsidijos būtų laikomos suderinama pagalba.

Remdamasi Bendrojo teismo išvadomis EK atliko oficialų tyrimą, kurį užbaigė priimdama 2016 m. liepos 5 d. sprendimą C (2016) 4051 final (European Commission. On State Aid SA.19864..., 2016)¹⁹². Jame valstybės pagalba IRIS ligoninėms buvo pripažinta suderinama su vidaus rinka remiantis SESV 106 straipsnio 2 dalimi.

Kiek tai susiję su tuo, ar valstybinės ligoninės yra laikytinos įmonėmis, 2016 m. sprendime EK pozicija iš esmės nepasikeitė. O konkrečiai, remdamasi ESTT praktika paslaugų teikimo laisvės srityje, EK nurodė, kad kai ligoninės ar kiti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai teikia šias paslaugas už užmokestį, nesvarbu, ar jį moka tiesiogiai pacientai, ar jis mokamas iš kitų šaltinių, atitinkama veikla laikytina ekonomine. Finansavimas, kurį IRIS ligoninės gauna iš valdžios institucijų, taip pat tiesioginiai pacientų ir *Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité* (INAMI) mokėjimai yra atlyginimas už suteiktas medicinos paslaugas ir todėl gali būti laikomas ekonominiu atlyginimu už ligoninių paslaugas. Nagrinėjamoje sistemoje esama tam tikros konkurencijos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo srityje. Tai, kad paslaugas teikianti ligoninė yra valstybinė, nereiškia, kad jos veiklos pobūdis yra neekonominis. Nagrinėjamoje byloje pagrindinė IRIS ligoninių veikla yra ligoninių veikla, apimanti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Tokias paslaugas teikia ir kiti subjektai, tokie kaip klinikos, privačios ligoninės ir kiti specializuoti centrai. Todėl ligoninių veikla, kurią IRIS ligoninės teikia konkuruodamos su kitais subjektais, turi būti laikoma ekonomine. Belgijos nacionalinei sveikatos sistemai būdingi solidarumo aspektai nepakeičia ekonominio šio paslaugų pobūdžio. Bendrojo teismo

¹⁹² Šis sprendimas apskūstas nebuvo.

2003 m. kovo 4 d. sprendime *FENIN / Komisija (FENIN / Komisija, 2003, 39 punktas)* buvo pripažinta, kad nacionalinė sveikatos sistema, kurią administruoja ministerijos ir kitos įstaigos, veikia pagal solidarumo principą dėl jos finansavimo iš socialinių įmokų ir kitų valstybės įnašų ir dėl nemokamų paslaugų visiems apdraustiesiems asmenims, todėl šios įstaigos neveikia kaip įmonės, kai vykdo šios sistemos administravimo veiklą. Tačiau už užmokestį ligoninėje teikiamą priežiūros paslaugą reikia atskirti nuo nacionalinės sveikatos sistemos administravimo, kurį atlieka viešosios įstaigos, įgyvendinančios viešosios valdžios įgaliojimus. Atitinkamai, IRIS ligoninių veikla teikiant sveikatos priežiūros paslaugas buvo pripažinta ekonomine, o šios ligoninės – įmonėmis ES konkurencijos teisės prasme.

Kiek tai susiję su socialinių paslaugų teikimu ligoninėse socialiai remtiniems pacientams, EK nusprendė, kad negalima atmesti šių paslaugų ekonominio pobūdžio. Be to, šių socialinių paslaugų negalima atskirti nuo ekonominių ligoninių paslaugų. Papildoma ligoninių veikla (pavyzdžiui, mokslinė veikla, valgykla ar parduotuvė pacientams ir lankytojams) buvo pripažinta glaudžiai susijusia su ekonominėmis sveikatos priežiūros paslaugomis. Atitinkamai, ši veikla taip pat laikytina ekonomine.

EK 2015 m. balandžio 29 d. sprendimas C (2015) 2796 final (European Commission. SA.37432..., 2015, toliau – EK 2015 m. balandžio 29 d. sprendimas C (2015) 2796 final)¹⁹³ dėl Čekijos **Hradec Králové regiono valstybinių ligoninių** finansavimo. Konkrečiai, EK identifikavo penkias valstybines ligonines šiame regione, kurios gauna valstybės finansavimą: *Oblastní nemocnice Trutnov a.s., Oblastní nemocnice Jičín a.s., Městská nemocnice a.s., Oblastní nemocnice Náchod a.s.* ir *Oblastní nemocnice Rychnov nad.* Šių ligoninių statusas – akcinės bendrovės, kurių vienintelis savininkas – korporacija *Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje a.s.*, o šios vienintelis savininkas yra regionas. Tai reiškia, kad ligoninių kontrolė priklauso vien tikrai regionui. Pagrindinis ligoninių tikslas yra ne pelno siekimas, o prieinamų sveikatos priežiūros paslaugų visose medicinos srityse teikimas žmonėms, gyvenantiems atitinkamos ligoninės aptarnaujamoje teritorijoje. Prieinamos sveikatos priežiūros regiono gyventojams teikimas yra savarankiška regiono kompetencija, kurią jai suteikia Čekijos Konstitucija ir kiti įstatymai.

Valstybės finansavimas minėtoms ligoninėms teikiamas įvairiomis formomis (pavyzdžiui, investicinės subsidijos) iš esmės siekiant užtikrinti

¹⁹³ Šis sprendimas nebuvo apskūstas.

būtinąsias sveikatos priežiūros paslaugas ir leisti ligoninėms įsigyti įrangą, būtiną paslaugų teikimui.

Šiame sprendime nebuvo specialiai nagrinėjama, ar minėtos ligoninės yra laikytinos įmonėmis, tačiau EK vertinimas išėjo iš tų pozicijų, kad jos yra įmonės tariamai teikiančios bendros ekonominės svarbos paslaugas.

EK 2016 m. spalio 21 d. sprendime C(2016) 6689 final dėl tariamos neteisėtos valstybės pagalbos, suteiktos *Klinikum Osnabrück GmbH* (Vokietija) (European Commission. Concerning SA.36798..., 2016) EK nagrinėjo, ar minėtai klinikai suteikta viešoji garantija už paskolą ir kapitalo padidinimas buvo valstybės pagalba. *Klinikum Osnabrück GmbH* yra 100 % Osnabrück miestui (Niedersachsen, Vokietija) priklausanti ligoninė. Ji teikė tiek komercines paslaugas, tiek bendros ekonominės svarbos paslaugas (**BESP**). Pastarosios nuo 2012 m. buvo nuostolingos. Dėl šios priežasties buvo nuspręsta restruktūrizuoti *Klinikum Osnabrück GmbH* BESP, siekiant atkurti šių paslaugų pelningumą ir užtikrinti jų ilgalaikį gyvybingumą. Kliniką taip pat daug investavo į infrastruktūrą, reikalingą teikti BESP, ir toliau ketino investuoti.

Pagal Vokietijos teisę 60–66,66 % investicijų ligoninių sektoriuje yra apmokamos Vokietijos žemių, t. y. šiuo atveju Žemutinės Saksonijos. Likusią dalį savivaldybių ligoninės arba turi finansuoti pačios, arba pasikliauti savivaldybės finansavimu. Būtent šiuo pagrindu Osnabrück miestas suteikė minėtą garantiją ir padidino *Klinikum Osnabrück GmbH* kapitalą.

Kaip ir Hradec Králové regiono valstybinių ligoninių atveju, savo sprendime EK specialiai nenagrinėjo, ar *Klinikum Osnabrück GmbH* yra laikytina įmone, tačiau EK vertinimas išėjo iš tų pozicijų, kad tai yra įmonė, galimai teikianti BESP.

EK 2017 m. gruodžio 4 d. sprendimas C (2017) 7973 final (European Commission. State Aid SA.39913..., 2017)¹⁹⁴ nagrinėjo tariamą valstybės pagalbą Italijos *Lazio regione valstybinėms ligoninėms*. Skundą EK dėl šios valstybės pagalbos pateikė religinė kongregacija *Casa Regina Apostolorum della Pia Società Figlie di San Paolo*, kuriai priklauso privati ligoninė, teikianti sveikatos priežiūros paslaugas Lazio regione.

Konkrečiai skundo pateikėja teigė, kad valstybinių ligoninių, priklausančių Italijos sveikatos apsaugos sistemai, finansinis deficitas buvo padengtas viešosiomis lėšomis nepatikrinus šių ligoninių išlaidų, ir taip buvo pažeista

¹⁹⁴ Sprendimas apskūstas (žr. *Casa Regina Apostolorum della Pia Società delle Figlie di San Paolo / Komisija*, 2021 ir *Casa Regina Apostolorum della Pia Società delle Figlie di San Paolo / Komisija*, C-492/21 P, dar neišnagrinėta).

paciento teisė pasirinkti gydytoją ir konkurencijos principas akredituotų privačių ligoninių, kurios taip pat priklauso šiai sistemai, nenaudai. Skundo pateikėjos nuomone, mokėjimai valstybinėms ligoninėms yra valstybės pagalba, nes Italijos sveikatos apsaugos sistemoje teikiamos paslaugos yra ekonominės. Ši sistema yra pagrįsta ne visuotinės aprėpties ir solidarumo, o paciento teisės pasirinkti gydytoją principu. Pastarasis principas reiškia, kad Italijos sveikatos apsaugos sistemoje egzistuoja konkurencija ir yra teikiamos ekonominės paslaugos.

Nagrinėdama klausimą, ar valstybinės ligoninės yra įmonės, EK, visų pirma, nurodė, kad veiklos ekonominį pobūdį galima nustatyti, įvertinus, kaip ši veikla yra toje valstybėje organizuojama, t. y. ar valstybinės ligoninės yra neatsiejama nacionalinės sveikatos priežiūros sistemos dalis, o beveik visa jų veikla grindžiama solidarumo principu, ar jos paslaugas teikia už užmokestį, nesvarbu, ar moka tiesiogiai pacientas, ar jo draudimas¹⁹⁵.

EK nurodė, kad klausimas, ar Italijos sveikatos apsaugos sistemai yra taikomi ES konkurencijos teisės principai, jau buvo nagrinėtas EK 2012 m. gruodžio 19 d. sprendime C (2012) 9461 final (European Commission. State aid SA.20829..., 2012)¹⁹⁶. Jame EK nusprendė, kad Italijos nacionalinė sveikatos sistema yra pagrįsta solidarumo principu. O sveikatos priežiūros paslaugos Italijoje yra teikiamos ne komerciniu pagrindu, jeigu:

- i) atitinkama veikla yra valstybės akredituota ir teikiama pagal sutartį su valstybe, regionais ar vietos institucijomis;
- ii) veikla yra nacionalinės sveikatos sistemos dalis ar ją papildo; ir
- iii) paslaugos teikiamos vartotojui nemokamai arba už nedidelį užmokestį, kuris padengia tik dalį faktinių paslaugos išlaidų.

2012 m. sprendime EK taip pat pripažino, kad ne valstybinės ligoninės, atitinkančios pirmiau išvardytus kriterijus, nėra laikytinos įmonėmis.

Toliau 2017 m. sprendime EK nagrinėjo Italijos sistemą, siekdama patikrinti, ar jos 2012 m. išvados vis dar turėtų būti laikomos teisingomis.

EK nusprendė, kad skundo pateikėjos nurodytos 1992 m. ir 1999 m. reformos nepakeitė pagrindinių veiklos požymių, dėl kurių ji laikytina ne

¹⁹⁵ Šiuo požiūriu EK rėmėsi komunikatu dėl ES valstybės pagalbos taisyklių taikymo kompensacijai už visuotinės ekonominės svarbos paslaugų teikimą (Europos Komisija, 2012a, 22 ir 24 punktai).

¹⁹⁶ Šis sprendimas buvo apskūstas Bendrajam teismui ir ESTT, tačiau šių teismų sprendimuose įmonės sąvoka sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kontekste nebuvo nagrinėjama (žr. *Scuola Elementare Maria Montessori Srl / Komisija*, 2016; *Ferracci / Komisija*, 2016; *Scuola Elementare Maria Montessori Srl / Komisija*, *Komisija / Scuola Elementare Maria Montessori Srl* ir *Komisija / Ferracci*, 2018).

ekonomine: visų piliečių teisės naudotis to paties lygio sveikatos priežiūros paslaugomis; visų ligoninių, kurios priklauso sistemai, pareigos teikti medicininės pagalbos paslaugas nemokamai (arba beveik nemokamai); paslaugų viešojo finansavimo iš valstybės biudžeto, kai prie finansavimo prisideda visi piliečiai per socialinio draudimo įmokas. Reformomis (o būtent, korporatizavimu, akreditavimu, teise pasirinkti ir planavimu bei išlaidų kontrole) buvo siekiama garantuoti sistemos visuotinę aprėptį ir solidarumą, užtikrinant racialesnį viešųjų lėšų naudojimą, taip pat suteikiant regionams ir provincijoms atsakomybę už sveikatos priežiūros paslaugų planavimą.

EK nenustatė, kad ligoninių pertvarkymas į juridinius asmenis ar akreditavimas būtų pakeitę sistemą tiek, kad ji daugiau nebegarantuoja visų piliečių sveikatos apsaugos, arba kad akredituotos ligoninės daugiau nebeteikia paslaugų pacientams nemokamai ar už simbolinį užmokestį. Reformos nepakeitė to, kad sistema ir toliau remiasi solidarumo ir visuotinės aprėpties principais. 2012 m. EK sprendimas buvo priimtas gerokai po reformų įsigaliojimo, ir jame šie pasikeitimai taip pat buvo įvertinti.

Kiek tai susiję su teise pasirinkti gydytoją, EK nurodė, kad ši teisė yra ribota – pasirinkimas yra ribojamas Italijos sistemoje akredituotomis ligoninėmis, taip pat planavimo bei išlaidų kontrolės reikalavimais. EK nuomone, teisė pasirinkti gydytoją neprieštarauja Bendrojo teismo 2003 m. kovo 4 d. sprendime *FENIN / Komisija* ir ESTT 2006 m. liepos 11 d. sprendime *FENIN* pateiktam ne ekonominės sveikatos apsaugos sistemos apibrėžimui. Nors ši teisė galimai reiškia, kad akredituoti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai tam tikru mastu konkuruoja sistemos viduje, tačiau šie teikėjai yra finansuojami socialinės apsaugos įmokomis ir kitomis viešosiomis lėšomis ir teikia paslaugas apdraustiesiems asmenimis nemokamai pagal visuotinės aprėpties principą. Todėl teisė pasirinkti nepakeičia to, kad Italijos sveikatos apsaugos sistema yra pagrįsta solidarumu ir visuotine aprėptimi.

EK taip pat atmetė skundo pateikėjos argumentus, susijusius su tuo, kad sveikatos priežiūros paslaugos buvo įtrauktos į Italijos 2006-2009, 2009-2011 ir 2011-2013 m. BESP ataskaitas. Ataskaitos pateikimas nėra veiklos ekonominio pobūdžio įrodymas. Be to, 2012-2013 m. BESP ataskaitoje Italija paaiškino, kad sveikatos apsaugos sistemos valdymas nepatenka į BESP taisyklių taikymo sritį.

Pareiškėja taip pat teigė, kad sistemos solidarumą ir visuotinę aprėptį paneigia taip vadinamos „ALPI“ arba *intramoenia* paslaugos, kurias valstybinėse ligoninėse dirbantys gydytojai teikia už piliečių tiesiogiai ar per privačias draudimo bendroves mokamą užmokestį (angl. „*out-of-pocket*“) *intramoenia* (t. y. ligoninės patalpose).

Tačiau EK nustatė, kad „ALPI“ paslaugos nepakeičia išvados, jog Italijos sveikatos apsaugos sistema nėra ekonominė. „ALPI“ paslaugos nėra Italijos sveikatos apsaugos dalis. Tai yra privačios sveikatos priežiūros paslaugos, kurias ne darbo valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose valandomis teikia kai kurie gydytojai, dirbantys šiose įstaigose, ir už kurias tiesiogiai sumoka pacientas. „ALPI“ paslaugos yra teikiamos konkuruojant su privačiais sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais ir yra ekonominio pobūdžio. Buhalterinės apskaitos dokumentuose viešosios sveikatos priežiūros paslaugos ir privačios šių gydytojų teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos yra nurodomos atskirai, todėl galima nustatyti visas tiesiogines ir netiesiogines išlaidas, patirtas teikiant „ALPI“ paslaugas. Be to, gydytojai šioms ligoninėms moka 5 % mokestį nuo pajamų, gautų teikiant „ALPI“ paslaugas.

2.3. LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SRITYJE VEIKIANČIŲ SUBJEKTŲ STATUSO VERTINIMAS ES KONKURENCIJOS TEISĖS POŽIŪRIU

2.3.1. PSD vykdančių institucijų vertinimas

Po Bendrojo teismo 2018 m. vasario 5 d. sprendimo *Dôvera zdravotná poisťovňa / Komisija (Dôvera zdravotná poisťovňa / Komisija, 2018)* priėmimo ES teismų praktika, kurioje vertinamas socialinio (sveikatos) draudimo teikėjų priskyrimas įmonėms, tapo ne visiškai nuosekli. Pavyzdžiui, sprendime *AOK-Bundesverband ir kt. (AOK-Bundesverband ir kt., 2004)* išlaidų ir rizikos pasiskirstymas tarp ligonių kasų buvo pripažintas svarbesniu veiksmu nei ligonių kasų turima laisvė nustatyti įmokų tarifus ir konkuruoti, siekiant pritraukti apdrauštuosius, kas atitinkamai lėmė, kad ligonių kasos buvo pripažintos nevykdančios ekonominės veiklos. Tuo tarpu sprendime *Dôvera zdravotná poisťovňa / Komisija* – priešingai – svarbesniu veiksmu Bendrajam teismui buvo tam tikra sveikatos draudimo teikėjų konkurencija, kas atitinkamai leido juos pripažinti įmonėmis. Šio nenuoseklumo neliko ESTT panaikinus Bendrojo teismo sprendimą ir pripažinus, kad pastarasis teismas padarė teisės klaidų priskirdamas konkurenciniams elementams Slovakijos sveikatos draudimo sistemoje pernelyg didelę reikšmę, kurios nepatvirtina ankstesnė ES teismų praktika, ir nepakankamai atsižvelgdamas į jų sąsają su nagrinėjamos sistemos socialiniais, solidarumo ir reglamentavimo aspektais. Vis dėlto Bendrojo teismo sprendimo nereikėtų vertinti taip, kad šis teismas padarė klaidų tiesiogine to žodžio prasme, t. y. nesuprato ar netinkamai suprato ankstesnę ESTT praktiką. Iš tiesų Bendrasis teismas savo

sprendime pasiūlė ekstensyvesnę ES konkurencijos teisės aiškinimą socialinės (sveikatos) apsaugos srityje, kuriam nepritarė ESTT, tokiu būdu nubrėždamas ES teisės taikymo šioje srityje ribas. Tačiau kartu reikia pažymėti, jog, siekdamas paneigti Bendrojo teismo vertinimą, savo sprendime ESTT gana išsamiai nagrinėjo Slovakijos sveikatos draudimo sistemos ekonominius (konkurencinius) elementus santykiyje su jos socialiniais, solidarumo ir reglamentavimo aspektais. Nors konkrečiu nagrinėjamu atveju buvo nuspręsta, kad minėti konkurenciniai elementai negali pakeisti sistemos socialinio ir solidarumo pobūdžio, šis ESTT sprendimas jokių būdu nepaneigia, kad kitu atveju ekonominiai elementai gali nusverti socialinius, solidarumo ir reglamentavimo aspektus.

Bet kuriuo atveju galima užtikrintai teigti, kad Lietuvoje PSD vykdančios institucijos nevykdo ekonominės veiklos ir nėra įmonės ES konkurencijos teisės prasme.

Visų pirma, PSD pasižymi socialiniu tikslu. Sveikatos draudimo įstatymo 2 straipsnio 5 dalyje PSD yra apibrėžiamas kaip valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, šio įstatymo nustatytais pagrindais ir sąlygomis garantuojanti PSD draudžiamiesiems asmenims, įvykus draudiminiam įvykiui, sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas, vaistus ir medicinos pagalbos priemones kompensavimą. PSD yra visuotinis (žr. taip pat Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimą) ir, kaip sako pats pavadinimas, dalyvavimas PSD yra privalomas, t. y. įstatyme apibrėžtų kategorijų asmenys arba jų darbdaviai privalo mokėti nustatytas PSD įmokas (įstatymo 17 straipsnis), kurių dydis priklauso nuo pajamų, o ne nuo draudimo rizikos. PSD yra ne pelno siekiantis – jeigu vykdant PSD biudžetą gaunama viršplaninių pajamų, šios pajamos gali būti naudojamos tolesnėms PSD paslaugoms kompensuoti (15 straipsnio 4 dalis). PSD kompensuojamos sveikatos priežiūros ir sveikatinimo paslaugų paketas yra nustatytas įstatymu ir vienoda apimtimi prieinamas visiems apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu (įstatymo II skyrius „Privalomojo sveikatos draudimo paslaugos ir jų išlaidų kompensavimas“), nepriklausomai nuo sumokėtų įmokų.

Antra, solidarumas PSD sistemoje pasireiškia tuo, kad, kaip jau minėta, PSD įmokų dydis priklauso nuo apdraustojo pajamų, o ne nuo draudimo rizikos. Apdraustaisiais PSD yra laikomi asmenys, kurie moka arba už kuriuos yra mokamos PSD įmokos, ir valstybės lėšomis draudžiami asmenys. Sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje yra numatyta dvidešimt kategorijų asmenų, kurie yra draudžiami valstybės lėšomis. VLK duomenimis, 2016-2018 m. valstybės lėšomis draudžiami asmenys sudarė 53 % apdraustųjų (Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos

ministerijos, 2018, 3 lentelė; Valstybės kontrolė, 2019, p. 9). Įmokos dydis vienam apdraustajam, draudžiamam valstybės lėšomis, yra nustatytas Sveikatos draudimo įstatymo 16 straipsnio 2 dalyje ir 2018 metais sudarė 41 procentą, 2019 metais – 44 procentus, 2020 metais – 47 procentus nustatytų ketvirčių šalies ūkio darbuotojų vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio vidurkio, o nuo 2021 metų – 6,98 procento užpraeitų metų 12 minimaliųjų mėnesinių algų dydžio. Tam tikrais atvejais sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos ir išlaidos kompensuojamos netgi jeigu įmokos nebuvo sumokėtos. Pavyzdžiui, pagal Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 1 dalį PSD, išskyrus draudėjų atvejų, įsigalioja nuo tos dienos, kurią atsirado pagrindas mokėti PSD įmokas, ir galioja iki atitinkamo statuso netekimo dienos, nepriklausomai nuo to, ar tos įmokos buvo faktiškai sumokėtos.

VK kritikuoja tai, kad valstybė per mažai sumoka už valstybės draudžiamus asmenis ir skiria nepakankamai asignavimų valstybės funkcijoms vykdyti, kurios tuomet atitinkamai yra finansuojamos iš apdraustųjų įmokų (Valstybės kontrolė, 2019, p. 10). Tačiau šis faktas kaip tik liudija didelį – kai kurių autorių nuomone, per didelį (Špokienė, 2010) – PSD solidarumo laipsnį.

Trečia, PSD yra valstybės reguliuojamas. Sveikatos draudimo įstatymas nustato PSD sistemą, t. y. PSD draudžiamus asmenis, PSDF biudžeto sudarymo ir išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms ir vaistams bei medicinos pagalbos priemonėms kompensavimo PSDF biudžeto lėšomis pagrindus, PSD vykdančias institucijas, PSD draudžiamų asmenų ir sveikatos priežiūros įstaigų teises bei pareigas vykdant PSD (įstatymo 1 straipsnis).

Sveikatos draudimo įstatymo 4 straipsnyje įtvirtintos PSD vykdančios institucijos, t. y. PSD taryba, VLK ir TLK. Šių institucijų veiklą nustato Sveikatos draudimo įstatymas ir kiti teisės aktai (įstatymo 4 straipsnio 2 dalis).

VLK ir TLK pagal kompetenciją užtikrina nustatytų rūšių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimą, kontroliuoja jų kiekį ir kokybę, atlieka PSD lėšų naudojimo finansinę bei ekonominę analizę, teikia lėšas valstybės ir savivaldybių fondams, vykdo įstatymų ir ligonių kasų nuostatų nustatytas funkcijas (Sveikatos sistemos įstatymo 76 straipsnis).

Pagal Lietuvos teismų praktiką TLK yra viešojo administravimo subjektas, atliekantis viešąjį administravimą sveikatos draudimo srityje (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo išplėstinės teisėjų kolegijos 2008 m. gegužės 6 d. nutartis; Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2014 m. gegužės 20 d. nutartis; Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2015 m. birželio 17 d. nutartis; Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2016 m. rugpjūčio 31 d. nutartis). Sutartys, sudarytos tarp VLK ir ortopedijos technines

priemonės (OTP) gaminančių įmonių dėl apdraustųjų aprūpinimo šiomis priemonėmis, buvo vertinamos kaip viešojo pirkimo–pardavimo sutartys, kurioms yra taikomi LR viešųjų pirkimų įstatymo (Lietuvos Respublikos viešųjų pirkimų įstatymas, 1996, toliau – Viešųjų pirkimų įstatymas) reikalavimai (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo išplėstinės teisėjų kolegijos 2011 m. birželio 6 d. nutartis; Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2012 m. sausio 26 d. nutartis; Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo išplėstinės teisėjų kolegijos 2015 m. rugsėjo 30 d. nutartis; Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo išplėstinės teisėjų kolegijos 2015 m. gruodžio 3 d. nutartis)¹⁹⁷. O TLK atsakymas sudaryti sutartį su ASPĮ vertinamas kaip individualus administracinis aktas, kuriam keliami Viešojo administravimo įstatymo reikalavimai (žr., pavyzdžiui, Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2010 m. spalio 14 d. nutartis). Taip pat VLK atitinka „perkančiosios organizacijos“ sąvoką pagal Viešųjų pirkimų įstatymo nuostatas ir yra įtraukta į perkančiųjų organizacijų sąrašą (Lietuvos Respublikos ūkio ministro 2003 m. vasario 21 d. įsakymas Nr. 4-72).

Konkurencijos tarybos praktikoje VLK, kaip viešojo administravimo subjektas, buvo pripažinta pažeidusia Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio 1 dalį, kuri numato, kad viešojo administravimo subjektai, įgyvendindami jiems pavestus uždavinius, susijusius su ūkinės veiklos reguliavimu LR, privalo užtikrinti sąžiningos konkurencijos laisvę, tačiau pati nebuvo laikoma kartelinio susitarimo dalyve (Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos 2011 m. sausio 20 d. nutarimas Nr. 2S-2; Vilniaus apygardos administracinio teismo 2011 m. rugsėjo 29 d. sprendimas; Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2012 m. gegužės 17 d. nutartis)¹⁹⁸.

PSD ir papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą teikiantys subjektai tarpusavyje nekonkuruoja. Šią išvadą galima pagrįsti, be kita ko, remiantis LVAT 2014 m. gegužės 23 d. nutartimi administracinėje byloje (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2014 m. gegužės 23 d. nutartis). Šioje

¹⁹⁷ Siekiant netaikyti šioms sutartims viešųjų pirkimų reikalavimų nuo 2018 m. lapkričio 1 d. Sveikatos draudimo įstatymo 9¹ straipsnyje įtvirtintas OTP kompensavimo pagal bazines kainas modelis (LR sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 2, 9, 15, 21 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 9¹ straipsniu įstatymas Nr. XIII-1222 (Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo... įstatymas Nr. XIII-1222, 2018)). Žr. plačiau disertacijos dalį „2.5. ES KONKURENCIJOS TAISYKLIŲ TAIKYMAS ORGANIZUOJANT IR REGULIUOJANT LIETUVOJE VIEŠŲJŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMĄ“.

¹⁹⁸ Žr. toliau dėl šios bylos analizės dalį „2.5. ES KONKURENCIJOS TAISYKLIŲ TAIKYMAS ORGANIZUOJANT IR REGULIUOJANT LIETUVOJE VIEŠŲJŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMĄ“.

byloje buvo nagrinėjama situacija, kai asmuo su draudimo įmone buvo sudaręs papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo sutartį, tačiau kartu turėjo teisę į PSDF biudžeto lėšomis apmokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. LVAT pažymėjo, jog iš Sveikatos draudimo įstatymo turinio matyti, kad papildomasis sveikatos draudimas nėra visiškai tapatus PSD. Papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo lėšomis apmokamos sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos, taip pat išlaidos kompensuojamiesiems vaistams, kurių neapmoka PSDF biudžetas. Papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo lėšomis gali būti apmokama ir ta sveikatos priežiūros paslaugų ar išlaidų kompensuojamiesiems vaistams dalis, kuri neapmokama PSDF biudžeto lėšomis (Sveikatos draudimo įstatymo 43 straipsnio 2 dalis). Išnagrinėjusi konkrečios sudarytos sutarties turinį ir apimtį teisėjų kolegija administracinėje byloje pažymėjo, jog nagrinėjama kelionių draudimo sutartimi atitinkamas asmuo buvo apdraustas būtinųjų medicininės pagalbos išlaidų draudimu, tačiau tuo buvo siekiama įgyti papildomą draudimo apsaugą, kurios negarantuoja PSD, t. y. sudaryta sutartis įtvirtino, kad pirmiausiai turi būti naudojama PSD sistema. Tačiau netgi nesant tokių nuostatų papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo sutartyje, Sveikatos draudimo įstatymo 43 straipsnio 2 dalis galimai leistų daryti analogiškas išvadas, t. y. kad tokio papildomo (savanoriško) draudimo objektas yra tos sveikatos priežiūros, vaistų ir pan. išlaidos, kurios nėra apmokamos PSDF biudžeto lėšomis.

Taip pat nebuvo nustatyta esant TLK tarpusavio konkurencijos. Šiame kontekste pažymėtina, kad šiuo metu Seime yra svarstomas Sveikatos apsaugos ministerijos parengti įstatymų projektai, pagal kuriuos PSD vykdytų vienas juridinis asmuo – VLK su regioniniais padaliniais¹⁹⁹.

2.3.2. Lietuvos viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų vertinimas

Reikia pasakyti, kad nagrinėta praktika, vertinanti viešuosius sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus, yra labai nenuosekli. EK pozicija, išdėstyta, pavyzdžiui, 2012 m. komunikate dėl ES valstybės pagalbos taisyklių taikymo kompensacijai už visuotinės ekonominės svarbos paslaugų teikimą (Europos

¹⁹⁹ Žr. LR sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 4, 7, 9¹, 12¹, 15, 17, 18, 20, 21, 23, 26, 26¹, 26², 27, 28, 29, 30, 31, 36 straipsnių ir V skyriaus pakeitimo ir 32, 33, 34, 35 straipsnių ir VI skyriaus pripažinimo netekusiais galios įstatymo projektą, Nr. XIIP-4827 (Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo... projektas, 2020a) (kitas projekto variantas Nr. XIIP-4828(2) (Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo... projektas, 2020b)) ir susijusius įstatymų projektus.

Komisija, 2012a) ar sprendime dėl Lazio regiono valstybinių ligoninių yra iš esmės pagrįsta vien sprendimais *FENIN / Komisija* ir *FENIN*, kurie aiškinami labai plačiai. Tuo tarpu, kaip matyti ir iš minėtos generalinio advokato P. Maduro išvados *FENIN* (Generalinio advokato P. Maduro išvada, *FENIN...*, 2005), Ispanijos sveikatos apsaugos sistema šiuose sprendimuose toli gražu nebuvo įvertinta taip išsamiai, kad būtų galima daryti vienareikšmes išvadas: ieškovės argumentai dėl to, kad SNS ligoninės Ispanijoje taip pat teikia sveikatos priežiūros paslaugas už užmokestį asmenims, kurie nėra SNS apdraustieji, buvo atmesti dėl procedūrinių priežasčių, o klausimas, ar sveikatos priežiūros paslaugas SNS taip pat teikia privatūs subjektai, ir jo reikšmė nusprendžiant, ar SNS vykdo ekonominę veiklą, apskritai nebuvo nagrinėjami²⁰⁰. T. K. Hervey nurodo, kad sprendimuose *FENIN / Komisija* ir *FENIN* apskritai nebuvo analizuojama, ar sveikatos priežiūros paslaugų teikimas SNS *per se* galėtų būti laikomas ekonomine veikla. Buvo vertinama tik tai, ar SNS administravimo subjektai veikia kaip įmonės, kai vykdo SNS administravimo veiklą ir kai įsigyja medicinos prekes ir įrangą, reikalingą teikiant nemokamas paslaugas apdraustiesiems. Dėl to klausimą dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikėtų vertinti kaip neatsakytą (Hervey, 2011, p. 193-194).

Be to, stebina tai, kad, pavyzdžiui, 2017 m. EK sprendime dėl Lazio regiono valstybinių ligoninių nėra netgi užsimenama apie EK poziciją sprendimuose dėl IRIS ligoninių, o Bendrojo teismo sprendimas *CBI / Komisija* (*CBI / Komisija*, 2012) nurodytas vieną kartą išnašoje, tačiau juo iš esmės nėra remiamasi, t. y. nurodyta tik tiek, kad 2012 m. EK sprendimas buvo priimtas remiantis teismų praktika, įskaitant sprendimą *CBI / Komisija*. Tačiau nei 2012 m., nei 2017 m. sprendimuose nėra jokio paaiškinimo, kokie esminiai skirtumai lėmė, kad IRIS ligoninės Briuselio-Sostinės regione, taip pat valstybinės ligoninės Hradec Králové regione vykdo ekonominę veiklą, o valstybinės ligoninės Lazio regione – ne. Aptariamo skirtingo rezultato nepaaiškina ir atitinkami sveikatos apsaugos sistemų finansavimo modeliai ar bent jau EK savo sprendimuose šia prasme nepateikė jokių argumentų. Prof. P. Nicolaides teigia, kad EK sprendimas dėl Lazio regiono valstybinių ligoninių neatsako į du papildomus klausimus: pirma, jeigu „ALPI“ paslaugos yra ekonominės, ar valstybinės ligoninės neveikia kaip įmonės, kai teikia patalpas gydytojams, kurie veikia kaip įmonės teikdami ekonomines „ALPI“ paslaugas? Antra, jeigu valstybinės ligoninės

²⁰⁰ Žr. plačiau diskusiją dėl sprendimų *FENIN / Komisija* ir *FENIN* Nistor, 2011, p. 158-164.

neveikė kaip įmonės (nes, pavyzdžiui, įkainiai, kuriuos ligoninėms mokėjo gydytojai, buvo mažesni nei rinkos kaina), tai galbūt jos teikė valstybės pagalbą „ALPI“ paslaugas teikiantiems gydytojams (Nicolaidis, 2018b)?

Taigi, kaip jau minėta, ES teismų praktika vertinant subjekto statusą ES konkurencijos teisės prasme šiuo metu yra santykinai nusistovėjusi, kai kalbame apie, viena vertus, atitinkamos sistemos socialinių, solidarumo ir reguliavimo, ir, kita vertus, ekonominių ir konkuravimo požymių vertinimą. Tačiau iki šiol išlieka atviras klausimas, kaip ši praktika turėtų būti pritaikyta viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimui, t. y. ar sveikatos draudimą teikiančių institucijų ir viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų veiklą reikėtų vertinti atskirai ar kartu ir kokia reikšmė vertinant viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų veiklą turėtų būti teikiama tai aplinkybei, kad privalomojo sveikatos draudimo veikla atitinkamoje valstybėje yra organizuojama kaip neekonominė, solidarumu paremta veikla. Kaip matėme, tiek Bendrojo teismo, tiek EK praktikoje esama pavydžių, kur viešosios ligoninės yra vertinamos kaip vykdančios ekonominę veiklą²⁰¹. Tačiau joje nėra paaiškinta, kaip nagrinėtais atvejais reikėtų suprasti sprendimus *FENIN / Komisija* ir *FENIN*.

J. W. Van de Gronden ir C. S. Rusu nuomone, EK prioritetas sveikatos apsaugos srityje buvo ir išliks užtikrinti konkurenciją farmacijos sektoriuje, o viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimas paliktas nacionalinėms konkurencijos institucijoms, ir tik nuo šių institucijų aktyvumo priklausys ES konkurencijos teisės poveikis nacionalinių sveikatos apsaugos sistemų organizavimui ir reguliavimui (Van de Gronden, Rusu, 2017, p. 289-290). Šioje šviesoje galima būtų paaiškinti tiek nedidelį skaičių bylų, susijusių su viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, tiek jose priimtiems sprendimams būdingą nenuoseklumą ir neatsakytus klausimus.

Šie klausimai ir nenuoseklumai, be abejo, komplikuoja Lietuvos viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų vertinimą. Vis dėlto, šios disertacijos autorės nuomone, esama svarių argumentų, leidžiančių teigti, kad iš esmės šie teikėjai, įskaitant valstybines ir savivaldybių sveikatos priežiūros biudžetines ir viešąsias gydymo įstaigas (toliau paprastumo dėlei vadinamos „valstybinėmis įstaigomis“), turi būti laikomi įmonėmis ES konkurencijos teisės prasme, kai teikia sveikatos priežiūros paslaugas finansuojamas PSDF biudžeto lėšomis ar mokamas sveikatos priežiūros paslaugas. Vis dėlto prieš pereinant prie šių argumentų dėstyimo dar kartą primintina, kad ES

²⁰¹ Tokių pavyzdžių galima rasti ir ES valstybių narių konkurencijos institucijų praktikoje (žr., pavyzdžiui, Hervey, 2011, p. 194).

konkurencijos teisėje vertinimas, ar atitinkamas subjektas yra laikytinas įmone, yra pateikiamas kiekvienu konkrečiu atveju atskirai kiekvienos konkrečios veiklos atžvilgiu. Taigi vertinimas gali skirtis kiek tai susiję su atitinkamo viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo vykdomomis skirtingomis veiklomis, pavyzdžiui, ambulatorinėmis ir stacionarinėmis paslaugomis (žr., pavyzdžiui, Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos 2012 m. spalio 16 d. nutarimą Nr. 2S-14, 114 punktą). Minėta, kad jeigu subjektas vykdo tiek ekonominę, tiek neekonominę veiklą, jis yra laikomas įmone tik ta apimtimi, kuria vykdo ekonominę veiklą (Europos Komisija, 2012a, 9 punktą). Todėl toliau pateikiamas tik bendras Lietuvos viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų vertinimas, kuriame išryškunami svarbūs aspektai, tačiau ne toks vertinimas, kuris turėtų būti atliekamas nagrinėjant konkrečią konkurencijos teisės bylą.

Siekiant atskleisti šiuos aspektus, visų pirma, bus aptarta, kokia reikšmė turėtų būti teikiama sprendimams *FENIN / Komisija* ir *FENIN* vertinant, ar Lietuvos viešieji sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai vykdo ekonominę veiklą. Antra, reikės nustatyti, koks Lietuvoje yra taikomas viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų (ir (ar) kitų paslaugų) organizavimo ir finansavimo modelis. Šiuo aspektu tikslinga pirmiausia išnagrinėti gyventojų aprūpinimo ortopedinėmis techninėmis priemonėmis, kompensuojamomis PSDF biudžeto lėšomis, organizavimą, nes būtent šioje srityje vyko daugiausia diskusijų dėl atitinkamo modelio. Galiausia, bus nagrinėjami viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimui Lietuvoje būdingi solidarumo ir konkurencijos elementai ir pateikiama išvada, ar šias paslaugas teikiančios ASPĮ laikytinos įmonėmis ES konkurencijos teisės prasme.

2.3.2.1. Sprendimų *FENIN / Komisija* ir *FENIN* reikšmė vertinant Lietuvos viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų statusą ES konkurencijos teisės prasme

Šios disertacijos autorės nuomone, pirmiau apibūdinti su Bendrojo teismo 2003 m. kovo 4 d. sprendimo *FENIN / Komisija* ir ESTT 2006 m. liepos 11 d. sprendimo *FENIN* aiškinimu susiję nelogiškumai galimai būtų pašalinti, jeigu šie sprendimai vertinant viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų Lietuvoje statusą būtų suprantami taip: jeigu sveikatos priežiūros paslaugas teikia pačios PSD vykdančios institucijos, kai PSD teikimas nėra ekonominė veikla, tokių sveikatos priežiūros paslaugų teikimas irgi turėtų būti laikomas neekonominiu.

Šiuo klausimu pažymėtina, kad jau šios disertacijos dalies pradžioje buvo išskirti dviejų kategorijų subjektai, kurie veikia Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje – sveikatos draudimo teikėjai (nagrinėjamu atveju, PSD vykdančios institucijos) ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai (nagrinėjamu atveju, viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai). Būtų sudėtinga argumentuoti, kad Lietuvoje PSD vykdančios institucijos pačios teikia viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas ar kad tokias paslaugas teikia kitos valstybės institucijos.

Pirma, pats Sveikatos sistemos įstatymas išskiria LNSS vykdomuosius subjektus, apimančius valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros biudžetines ir viešąsias įstaigas, valstybės ir savivaldybių įmones, kitas įmones ir įstaigas, sudariusias sutartis su TLK, (įstatymo 8 straipsnis) ir LNSS veiklos ir LNSS vykdomųjų subjektų teikiamų paslaugų užsakovus, kurie apima Vyriausybę, Sveikatos apsaugos ministeriją, kitas valstybės institucijas, savivaldybių tarybas, VLK, TLK ir kitas institucijas (įstatymo 13 straipsnis). Sveikatos draudimo įstatyme kalbama apie institucijas, vykdančias PSD, t. y. PSD tarybą, VLK ir TLK (įstatymo 3 straipsnis) ir ASPĮ. Pagal Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą sveikatos priežiūros įstaiga – tai juridinis asmuo, organizacija ar jų filialas nustatyta tvarka turintis teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas, o LNSS veiklos užsakovai – tai valstybės valdymo ir savivaldos vykdomosios institucijos, taip pat VLK ir TLK (įstatymo 2 straipsnis). PSD vykdančios institucijos ir viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai Lietuvoje yra skirtingi juridiniai asmenys, o tokia aplinkybė buvo laikoma svarbia nusprendžiant, kad IRIS asociacija negali būti laikoma subjektu, kuris pats eksploatuoja atitinkamas ligonines (*CBI / Komisija, 2012, 116 punktas*).

Be to, nepriklausomai nuo to, ar sveikatos priežiūros įstaiga yra valstybinė, ar privataus kapitalo, apdraustųjų asmens sveikatos priežiūros išlaidos yra apmokamos pagal sutartis tarp sveikatos priežiūros įstaigos ir TLK. Šios sutartys yra sudaromos vadovaujantis LR civiliniu kodeksu²⁰², Sveikatos draudimo ir kitais įstatymais sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka²⁰³ (Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnis). Šios sutartys vertinamos kaip administracinės, nes teisiniai santykiai, kurių pagrindu kyta sutartiniai įsipareigojimai, yra administraciniai, o pačios sutartys viešojo administravimo subjektų sudaromos viešosios teisės normų imperatyviojo reguliavimo

²⁰² Patvirtintas LR civilinio kodekso patvirtinimo, įsigaliojimo ir įgyvendinimo įstatymu (Lietuvos Respublikos civilinio kodekso... įstatymas, 2000).

²⁰³ Sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakymu Nr. V-1051 patvirtintas TLK ir ASPĮ sutarčių sudarymo tvarkos aprašas.

pagrindais. TLK, priimdama sprendimą sudaryti ar nesudaryti sutartį su sveikatos priežiūros įstaiga, įgyvendina jai suteiktus viešojo administravimo įgaliojimus, ir santykiai dėl tokio pobūdžio sprendimų priėmimo yra viešojo administravimo santykiai (žr., pavyzdžiui, Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2013 m. rugpjūčio 26 d. nutartis).

Sveikatos priežiūros įstaiga, turinti viešosios įstaigos statusą, pati savaime nėra viešojo administravimo subjektas. Tai reiškia, kad ginčai dėl sveikatos priežiūros įstaigos (kaip viešosios įstaigos) veiksmų laikytini sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, yra civilinės teisės reguliavimo dalykas ir nagrinėtini bendrosios kompetencijos teisme (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2012 m. balandžio 20 d. nutartis; Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2013 m. liepos 17 d. nutartis; Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2015 m. sausio 14 d. nutartis; Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2016 m. birželio 1 d. nutartis).

Pagaliau, nors Sveikatos apsaugos ministerija ar savivaldybės gali būti LNSS veiklos ir LNSS vykdomųjų subjektų teikiamų paslaugų užsakovais, tačiau jos nėra priskiriamos institucijoms, vykdančioms PSD. Kiek tai susiję su, pavyzdžiui, Sveikatos apsaugos ministerija, atsižvelgiant į Sveikatos sistemos įstatymo 8, 12, 62 straipsnių, Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 28 straipsnio nuostatas, manytina, kad vienašališkai spręsti dėl teikiamų paslaugų masto Sveikatos apsaugos ministerija gali tik jai pavaldžiose LNSS įstaigose²⁰⁴, tačiau LNSS priklauso ar gali priklausyti ne tik Sveikatos apsaugos ministerijos įsteigtos sveikatos priežiūros įstaigos, tačiau ir kitos sveikatos priežiūros įstaigos, kurių valdyme dalyvauja ar gali dalyvauti ir kiti asmenys (pavyzdžiui, universitetai, savivaldybės, privačios įmonės). Lygiai tas pats pasakytina ir apie savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigas.

Atsižvelgiant į šias aplinkybes, galima teigti, kad vertinant Lietuvos viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus Bendrojo teismo 2003 m. kovo 4 d. sprendime *FENIN / Komisija* ir ESTT 2006 m. liepos 11 d. sprendime *FENIN* suformuluota ES teismų praktika nėra aktuali, nes PSD vykdančios institucijos negali būti vertinamos kaip pačios teikiančios sveikatos priežiūros paslaugas. Kita vertus, reikia pripažinti, kad iš esmės panašių aplinkybių į pirmiau išvardytas būta ir Ispanijoje, ir Italijoje (Lazio regiono valstybinių

²⁰⁴ Žr. Konkurencijos tarybos poziciją, išdėstyta LVAT 2015 m. gruodžio 21 d. sprendime administracinėje byloje (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2015 m. gruodžio 21 d. sprendimas, 12 punktas) ir LVAT 2017 m. balandžio 11 d. sprendime administracinėje byloje (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2017 m. balandžio 11 d. sprendimas, 7 punktas).

ligoninių byloje). Tačiau Ispanijos atveju nagrinėjamoje teismų praktikoje šios aplinkybės tiesiogiai nebuvo įvertintos, o Italijos atveju, EK nuomone, atitinkamų aplinkybių vertinti nereikėjo, nes jos neva buvo įvertintos nagrinėjant Ispanijos atvejį. Tačiau šis faktas tik įrodo, kad Bendrojo teismo 2003 m. kovo 4 d. sprendimas *FENIN / Komisija* ir ESTT 2006 m. liepos 11 d. sprendimas *FENIN*, o ypač jų aiškinimas EK praktikoje, stokoja logikos. Arba, kaip šiek tiek kitame kontekste yra puikiai suformulavęs generalinis advokatas M. Bobek, kaip dažnai atsitinka su ES teismų jurisprudencija, joje suformuluotos išvados buvo palaipsniui išplėstos kitiems atvejams, kritiškai neįvertinus prielaidų, kuriomis grįžta pirmoji pozicija (Generalinio advokato M. Bobek išvada, *Kirschstein*, 2018, 80 punktas).

2.3.2.2. Lietuvoje taikomas viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir finansavimo modelis

Gyventojų aprūpinimo OTP, kompensuojamomis PSDF biudžeto lėšomis, organizavimas. Remiantis Lietuvos teismų praktika, sutartys, sudarytos tarp VLK ir OTP gaminančių įmonių dėl apdraustųjų aprūpinimo šiomis priemonėmis buvo vertinamos kaip viešojo pirkimo–pardavimo sutartys, kurioms yra taikomi Viešųjų pirkimų įstatymo reikalavimai (žr. Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo išplėstinės teisėjų kolegijos 2011 m. birželio 6 d. nutartis; Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2012 m. sausio 26 d. nutartis; Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo išplėstinės teisėjų kolegijos 2015 m. rugsėjo 30 d. nutartis; Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo išplėstinės teisėjų kolegijos 2015 m. gruodžio 3 d. nutartis). Šios pozicijos laikėsi ir Viešųjų pirkimų tarnyba, kuri, remdamasi minėta teismų praktika, išaiškino, kad perkančioji organizacija, norėdama sudaryti sutartis dėl OTP, turi atlikti viešąjį pirkimą (Viešųjų pirkimų tarnyba, 2015; Viešųjų pirkimų tarnyba, 2012 cituota Viešųjų pirkimų tarnyba, 2015). Už tai, kad pasirašant sutartis dėl apdraustųjų aprūpinimo OTP su ortopedijos priemonės gaminančiomis įmonėmis nebuvo vykdomos Viešųjų pirkimų įstatymu nustatytos pirkimų procedūros, VLK vadovas buvo patrauktas administracinėn atsakomybėn ir jam paskirta administracinė nuobauda (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2017 m. vasario 14 d. nutartis administracinio teisės pažeidimo byloje).

Tačiau nuo 2018 m. lapkričio 1 d. Sveikatos draudimo įstatymas buvo papildytas 9¹ straipsniu dėl OTP įsigijimo išlaidų kompensavimo²⁰⁵. Minėtas Sveikatos draudimo įstatymo straipsnis iš esmės įtvirtino tą pačią OTP įsigijimo išlaidų kompensavimo apdraustiesiems sistemą, kuri buvo faktiškai taikoma iki šio įstatymo įsigaliojimo, t. y. OTP išlaidos kompensuojamos per ortopedijos įmones, sudariusias sutartis su VLK. Įstatymas nustatė, kad tokios sutartys sudaromos su visais pageidaujančiais jas sudaryti ūkio subjektais. Kompensuojamos tik tų OTP įsigijimo išlaidos, kurios įrašytos į PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamųjų OTP ir jų bazinių kainų sąrašą pagal jų bazines kainas, apskaičiuojamas pagal mažiausias sąnaudas gaminant ir (ar) pritaikant OTP patiriančių ūkio subjektų, su kuriais yra sudarytos sutartys, sąnaudų vidurkį sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.

Aiškinamajame rašte (Aiškinamasis raštas... 2017b) dėl įstatymo projekto Nr. XIII-1543 (Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo... projektas, 2017), kurio pagrindu buvo priimtas minėtas įstatymas, buvo nurodyta, kad projekto rengimą paskatino tai, kad Sveikatos draudimo įstatyme trūksta teisinio reglamentavimo dėl OTP kompensavimo sutarčių sudarymo, todėl šias sutartis už viešųjų pirkimų politikos formavimą ir įgyvendinimą atsakingos institucijos siekia laikyti viešojo pirkimo-pardavimo sutartimis ir taikyti atitinkamas poveikio priemones už Viešųjų pirkimų įstatymo nuostatų nesilaikymą įsigyjant OTP. Toliau aiškinamajame rašte buvo nurodyta, kad pagal Sveikatos draudimo įstatymą visų kompensuojamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimui yra taikomas kompensavimo mechanizmas, o ne viešojo pirkimo modelis, nes valstybė ne pati įsigyja, o pagal bazines kainas kompensuoja vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidas. Toks pat kompensavimo pagal bazines kainas modelis taikytinas ir OTP įsigijimui. Šis modelis yra analogiškas tam, kuris yra taikomas sveikatos priežiūros paslaugoms ir kompensuojamiesiems vaistams bei medicinos pagalbos priemonėms. Įstatymo projekto aiškinamajame rašte taip pat remiamasi ESTT 2016 m. birželio 2 d. sprendimu *Falk Pharma GmbH (Falk Pharma GmbH, 2016)* ir teigiama, kad kai viešasis subjektas siekia sudaryti tiekimo sutartis su visais ūkio subjektais, norinčiais tiekti atitinkamas prekes šio viešojo subjekto nurodytomis sąlygomis, tai, kad nenurodomas ūkio subjektas, su kuriuo išimtinai būtų sudaroma sutartis, reiškia, jog nėra būtinybės konkrečių viešųjų pirkimų taisyklių taikyti šios

²⁰⁵ LR sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 2, 9, 15, 21 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 9¹ straipsniu įstatymas Nr. XIII-1222 (Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo... įstatymas Nr. XIII-1222, 2018).

perkančiosios organizacijos veiksmams. Todėl „<atsižvelgiant> į ESTT sprendime nurodytas sąlygas, jos perkeliamos į <Sveikatos draudimo įstatymo> 9¹ straipsnį. Perkėlus į nacionalinę teisę ESTT sprendime minimas sąlygas, kompensavimo sutartys nebūtų laikomos viešojo pirkimo-pardavimo sutartimis“.

Taigi Sveikatos draudimo įstatymo pakeitimais buvo iš esmės siekiama sukurti tokį OTP įsigijimo išlaidų kompensuojant apdraustiesiems modelį, kad galima būtų netaikyti Viešųjų pirkimų įstatymo nuostatų. Šiuo tikslu buvo pasirinkta nustatyti, kad VLK sudaro sutartis su visais pageidaujančiais ir tam tikrus reikalavimus atitinkančiais ūkio subjektais, t. y. pasirinkta neriboti atitinkamai sistemai priklausančių subjektų rato. Įstatymo projekto, kurio pagrindu buvo priimti minėti pakeitimai, aiškinamajame rašte nurodyta, kad šis modelis yra analogiškas kitiems finansavimo PSDF biudžeto lėšomis atvejams, t. y. kai finansuojamos viešosios sveikatos priežiūros paslaugos ir gyventojai aprūpinami vaistais ir medicinos pagalbos priemonėmis.

Viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų ir gyventojų aprūpinimo vaistais ir medicinos pagalbos priemonėmis, kompensuojamomis PSDF biudžeto lėšomis, organizavimas. Šios disertacijos autorės duomenimis, klausimas dėl Viešųjų pirkimų įstatymo taikymo sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų ir išlaidų už kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones apmokėjimui pagal TLK ir sveikatos priežiūros įstaigų bei vaistinių sutartis, kaip numatyta Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnyje, keliamas nebuvo.

Tačiau šiame kontekste reikia aptarti jau minėtą LVAT išplėstinės teisėjų kolegijos 2012 m. lapkričio 19 d. sprendimą administracinėje byloje (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo išplėstinės teisėjų kolegijos 2012 m. lapkričio 19 d. sprendimas). Jame buvo pripažinta, kad Sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakymu Nr. V-1051 patvirtinto TLK ir ASPĮ sutarčių sudarymo tvarkos aprašo 11 punktą prieštaravo įstatymams ta apimtimi, kuria minėtame aprašo punkte buvo įtvirtintos sutarčių tarp TLK ir ASPĮ sudarymo sąlygos, nes Sveikatos draudimo įstatyme yra nustatytas išsamus sąrašas sąlygų, ir aprašas be įstatyminio pagrindo sukūrė naujas teisės normas, taip poįstatyminiu aktu susiaurindamas, t. y. apribodamas, iš įstatymo kylančią ASPĮ teisę sudaryti sutartis su TLK²⁰⁶.

Remdamasis konstitucine doktrina LVAT konstatavo, kad sąlygos sutartims tarp TLK ir ASPĮ sudaryti yra nustatytos Sveikatos draudimo

²⁰⁶ Žr. plačiau apie šį sprendimą dalį „1.3.4. Teisminė įsisteigimo laisvės apribojimų pagrįstumo ir proporcingumo kontrolė“.

įstatymo 26 straipsnyje ir todėl negali būti nustatytos sveikatos apsaugos ministro įsakyme, nes įsakymas suteikia kompetenciją sveikatos apsaugos ministrui nustatyti tik tvarką, t. y. procedūrinės taisykles.

Vėliau kriterijai sutartims su ASPĮ sudaryti Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnyje buvo nustatyti 2018 m. birželio 30 d. priimtu įstatymu Nr. XIII-1424, kuris, kaip minėta, Respublikos Prezidento 2018 m. liepos 10 d. dekretu buvo gražintas LR Seimui pakartotinai svarstyti²⁰⁷.

Pagal šiuo metu galiojančią teisinę reguliavimą sutartys su ASPĮ ir vaistinėmis sudaromos su pageidaujančiomis tokias sutartis sudaryti įstaigomis ir vaistinėmis, turinčiomis licenciją sveikatos priežiūros ir farmacinei veiklai arba akredituotomis šiai veiklai (Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 1 dalis). Remiantis LVAT praktika, Sveikatos draudimo įstatyme yra nustatytas išsamus sąrašas sąlygų, į kurias atsižvelgiant spręstinas klausimas dėl galimybės TLK sudaryti (ar atsisakyti sudaryti) sutartis su ASPĮ dėl išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms kompensavimo PSDF biudžeto lėšomis (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo išplėstinės teisėjų kolegijos 2012 m. lapkričio 19 d. sprendimas; Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2014 m. gegužės 20 d. nutartis). Vis dėlto kažin ar šiuo metu galima teigti, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ratas nėra ribojamas. Pagal TLK ir ASPĮ sutarčių sudarymo tvarkos aprašo 3.3 punkto nuostatas jei ASPĮ pageidauja teikti naujo profilio stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, tai siekdama sudaryti sutartį su TLK ji turi pateikti Sveikatos apsaugos ministerijos išduotą leidimą. Tokio leidimo išdavimo sąlygos yra nustatytos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 29 d. įsakymu Nr. V-1145 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 29 d. įsakymas Nr. V-1145) patvirtintame Leidimų teikti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamas naujo profilio stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas išdavimo / atsisakymo išduoti tvarkos apraše ir Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimu Nr. 370 (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimas Nr. 370) patvirtinto Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašė. Pagal minėtus teisės aktus atitinkamos valstybės institucijos / komisijos teikia išvadas dėl numatomos teikti naujo profilio paslaugos tikslingumo, kurios iš esmės turi būti pagrįstos atitinkamų paslaugų vartojimo rodiklių ASPĮ veiklos zonoje

²⁰⁷ Žr. plačiau apie šį įstatymą dalį „1.3.1. Įsisteigimo laisvės taikymo Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai apimtis“.

palyginimu su šalies vidurkiais, ir sveikatos apsaugos ministras priima sprendimą išduoti ar atsisakyti išduoti tokį leidimą įvertinęs šias išvadas. Šios procedūros metu taip pat apklausiamos atitinkamoje veiklos zonoje paslaugas teikiančios ASPĮ dėl galimybės padidinti paslaugų, dėl kurių prašoma leidimo, teikimo apimtį. Atsižvelgiant į pirmiau aptartą LVAT praktiką, svarstyтина, ar toks reguliavimas neturėtų būti nustatytas įstatyme²⁰⁸. Be to, net jeigu būtų nustatytas įstatyme, atsižvelgiant į reikalavimus, kurie kyla iš ES vidaus rinkos laisvių, jis turi būti pagrįstas svarbiomis bendrojo intereso priežastimis ir proporcingas siekiamų tikslų atžvilgiu²⁰⁹.

Apibendrinant, galima daryti išvadą, kad šiuo metu Lietuvoje tiek OTP, tiek kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms, tiek viešosioms sveikatos priežiūros paslaugoms yra taikomas kompensavimo pagal bazines kainas modelis. O sutartys dėl subjekto dalyvavimo atitinkamoje aprūpinimo sistemoje sudaromos iš esmės su visais pageidaujanciais jas sudaryti subjektais (su pirmiau aptarta išlyga naujo profilio stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų atveju). Atitinkami ūkio subjektai taip pat turi turėti reikiamas licencijas, kai tokia veikla yra licencijuojama.

Nustačius, kad Lietuvoje yra taikomas viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir finansavimo modelis, kai subjektų ratas iš esmės nėra ribojamas, taip pat kad šios paslaugos gali būti ir yra teikiamos tiek valstybinių, tiek privačių teikėjų²¹⁰, toliau reikia nustatyti, ar šių teikėjų veikla daugiausia pasižymi ekonominiais (konkuravimo) ar – priešingai – solidarumo elementais.

²⁰⁸ Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 2 dalyje nustatyta, kad sutartys tarp TLK ir ASPĮ, tarp TLK ir vaistinių, vadovaujantis LR civiliniu kodeksu (Lietuvos Respublikos civilinio kodekso... įstatymas, 2000), šiuo ir kitais įstatymais, sudaromos Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka, atsižvelgiant į VLK ir PSD tarybos nuomones. Tačiau ši nuostata nenustato, kad turi būti išduodamas leidimas naujo profilio stacionarinėms sveikatos priežiūros paslaugoms teikti.

²⁰⁹ Panašus vertinimas galėtų būti pateiktas dėl, pavyzdžiui, Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimu Nr. 370 (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimas Nr. 370) patvirtinto Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo 8.3 punkto.

²¹⁰ Žr. plačiau šios disertacijos dalį „1.3.1. Įsisteigimo laisvės taikymo Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai apimtis“.

2.3.2.3. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimui valstybinėse ir privačiose ASPĮ būdingi solidarumo ir konkuravimo elementai

Viena vertus, viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimui Lietuvoje apskritai yra būdingi tam tikri socialiniai ir solidarumo tikslai. Šių paslaugų sistema sukurta įgyvendinant konstitucinę valstybės priedermę rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Jos yra finansuojamos iš solidarumu pagrįsto PSDF biudžeto lėšų, o dalyvaujančioms ASPĮ už jas atlyginama pagal bazines kainas. Taip pat šiuo požiūriu paminėtinos tokios įstatymuose nustatytos pareigos kaip pareiga ASPĮ, kurios priklauso LNSS ir teikia pirminės ambulatorinės ASP paslaugas, užtikrinti nepertraukiamą (visomis dienomis ištisą parą) pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų (išskyrus pirminės ambulatorinės psichikos ir odontologijos sveikatos priežiūros paslaugas) teikimą; pareiga visoms ASPĮ (nebūtinai priklausančioms LNSS) užtikrinti būtinąją medicinos pagalbą, lygias pacientų teises į teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas (Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 45 straipsnis); pareiga laikytis maksimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurios apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, teikimo terminų (Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 15³ straipsnis) *etc.* Šios pareigos yra susiję su visų apdraustųjų (ar greitosios medicinos pagalbos atveju, visų nuolatinių gyventojų, taip pat užsienio šalių piliečių ir asmenų be pilietybės) lygiateisiškumo užtikrinimu, neatsižvelgiant į jų sumokėtas PSD įmokas, taip pat su sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybe. Viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimas yra detalai valstybės reguliuojamas.

Kita vertus, minėta, kad Lietuvos viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų veiklą reikia vertinti atskirai nuo PSD vykdančių institucijų, o minėti socialiniai ir solidarumo tikslai yra susiję ne tiek su pačiomis viešosiomis sveikatos priežiūros paslaugomis, kiek su PSD. Negalima teigti, kad Lietuvos viešieji sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai siekia tik socialinio, su pelno siekimu ir konkurencija nesusijusio tikslo. Kaip minėta, LNSS dalyvauja ir privačios įmonės, o viešosioms įstaigoms taip pat nedraudžiama gauti pelno. Be to, šie teikėjai nedalyvauja išlaidų ir rizikos pasiskirstymo mechanizmuose, pagal kuriuos perteklines sumas gaunančios įstaigos finansuotų tas, kuriose kyla struktūrinių finansinių sunkumų, o pacientas turi teisę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą ir sveikatos priežiūros specialistą (Pacientų teisių įstatymo 4 straipsnis, Sveikatos draudimo įstatymo 38 straipsnio 1 punktą).

Kalbant apie konkuravimo elementus teikiant viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas, paminėtina Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio 2 dalis.

Joje nustatyta, kad viešojo administravimo subjektams draudžiama priimti teisės aktus arba kitus sprendimus, kurie teikia privilegijas arba diskriminuoja atskirus ūkio subjektus ar jų grupes ir dėl kurių atsiranda ar gali atsirasti konkurencijos sąlygų skirtumų atitinkamoje rinkoje konkuruojantiems ūkio subjektams, išskyrus atvejus, kai skirtingų konkurencijos sąlygų neįmanoma išvengti vykdant LR įstatymų reikalavimus. Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio pažeidimui konstatuoti reikia nustatyti, jog ūkio subjektai konkuruoja ar galėtų konkuruoti nesant diskriminacinių ir sąžiningos konkurencijos sąlygų neatitinkančių ribojimų (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2010 m. gegužės 21 d. nutartis).

Analizuojant šios nuostatos taikymo praktiką pažymėtina, kad klausimas dėl konkrečiai valstybinių ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų konkuravimo buvo nagrinėjamas Konkurencijos tarybos 2012 m. spalio 16 d. nutarime stacionariųjų paslaugų byloje (Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos 2012 m. spalio 16 d. nutarimas Nr. 2S-14). Šioje byloje buvo tirtas jau minėtas sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 29 d. įsakymu Nr. V-1145 patvirtintas Leidimų teikti iš PSDF biudžeto lėšų apmokamas naujo profilio stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas išdavimo / atsisakymo išduoti tvarkos aprašas.

Konkurencijos taryba konstatavo dėl aprašo 5 punkto, kad neaiški viešų ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų prašymų nagrinėjimo tvarka galėjo šioms sudaryti skirtingas konkurencijos sąlygas. O dėl aprašo 7.1.2 ir 7.2 punktų nustatė, kad tokia tvarka, kai gydymo įstaigų galimybės teikti PSDF biudžeto lėšomis apmokamas stacionarines paslaugas priklauso nuo tokias paslaugas jau teikiančių gydymo įstaigų nuomonės, yra neobjektyvi ir sudaro skirtingas konkurencijos sąlygas. Atsižvelgdama į tai, Konkurencijos taryba nusprendė, kad Aprašo 5, 7.1.2 ir 7.2 punktai prieštaravo Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimams ir įpareigojo Sveikatos apsaugos ministeriją panaikinti arba pakeisti atitinkamas aprašo nuostatas taip, kad jos neprieštarautų Konkurencijos įstatymui.

Konkurencijos tarybos išvadas dėl aprašo 5 punkto patvirtino Vilniaus apygardos administracinis teismas (Vilniaus apygardos administracinio... sprendimas... Nr. I-1298-562/2013, 2013). Išvados dėl aprašo 7.1.2 ir 7.2 punktų nebuvo ginčijamos.

Konkurencijos taryba taip pat buvo pradėjusi tyrimą dėl 2012 m. spalio 16 d. nutarimu nustatytų įpareigojimų nevykdymo, tačiau 2014 m. spalio 14 d. nutarimu Nr. 1S-162/2014 (Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos 2014 m. spalio 14 d. nutarimas Nr. 1S-162/2014) jį nutraukė, be kita ko, atsižvelgdama į tai, kad aprašas buvo pakeistas numatant, kad galimybės padidinti stacionariųjų paslaugų teikimo apimtį nustatomos pagal oficialius

duomenis, o ne pagal ASPĮ apklausos rezultatus, kurie gali atspindėti apklausiamų ASPĮ suinteresuotumą ir nebūti objektyviai pagrįsti.

Ši byla svarbi tuo, kad, Konkurencijos tarybos vertinimu, kurio nepaneigė administracinis teismas, atsižvelgiant į paciento teisę laisvai pasirinkti gydymo įstaigą, privačios ASPĮ ir valstybių ir savivaldybių ASPĮ konkuruoja tarpusavyje, kai teikia stacionarines paslaugas, finansuojamas ar norimas finansuoti PSDF biudžeto lėšomis, visoje LR teritorijoje (Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos 2012 m. spalio 16 d. nutarimas Nr. 2S-14, 124 punktas). O skirtingų sąlygų sudarymas valstybinėms ir savivaldybių ASPĮ ir kitoms ASPĮ neatitinka Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimų, nebent toks diskriminavimas kyla iš įstatymų reikalavimų.

Taip pat, pavyzdžiui, LVAT nagrinėtoje administracinėje byloje Nr. I-7-552/2015 Konkurencijos taryba pateikė nuomonę, kad pacientams teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, įskaitant ir toje byloje nagrinėtas neurochirurgines paslaugas, yra atlygintinos (už jas susimoka pacientai tiesiogiai arba jos gali būti apmokamos PSDF biudžeto lėšomis), todėl tokios paslaugos laikytinos ūkine veikla, o jas teikiančios tiek privačios, tiek valstybinės ASPĮ – ūkio subjektais Konkurencijos įstatymo prasme, kurie gali konkuruoti tarpusavyje (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2015 m. gruodžio 21 d. sprendimas, 12 punktas).

Pagal aptariamą Konkurencijos įstatymo nuostatą ūkio subjektais, bent jau netiesiogiai, buvo pripažinti tokie subjektai kaip viešoji įstaiga Klaipėdos universitetinė ligoninė²¹¹ ar jau kitose – t. y. švietimo ir mokslinių tyrimų – srityse – Lietuvos edukologijos universitetas (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2014 m. rugpjūčio 21 d. nutartis), valstybinės mokslo ir studijų institucijos (Vilniaus apygardos administracinio teismo 2013 m. sausio 8 d. sprendimas) ir pan.

Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio 2 dalis iš esmės neturi analogų ES konkurencijos teisėje; ji adresuota viešojo administravimo subjektams, skirta jų priimamiems (teisės) aktams kontroliuoti ir vertintina kaip papildoma – nacionalinė – konkurenciją garantuojanti taisyklė. Todėl atitinkamo subjekto pripažinimas įmone pagal ES konkurencijos taisykles ir ūkio subjektu pagal

²¹¹ Konkurencijos tarybos 2013 m. spalio 1 d. nutarime Nr. 1S-142 (Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos 2013 m. spalio 1 d. nutarimas Nr. 1S-142) buvo atsisakyta pradėti tyrimą dėl Klaipėdos TLK sprendimų, atsisakant sudaryti sutartį su viešąja įstaiga Klaipėdos universitetine ligonine dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo atitikties Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimams, tačiau šio atsisakymo priežastis nebuvo ta, kad ligoninė nėra laikytina ūkio subjektu pagal šią nuostatą.

Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio 2 dalį nebūtinai turėtų sutapti. Vis dėlto kai analizuojame atitinkamai veiklai būdingus ekonominius (konkuravimo) elementus, reikia pasakyti, kad nors jie vertinami remiantis ES konkurencijos teisėje nustatytais kriterijais, tačiau jų buvimas nustatomas remiantis nacionaliniu reguliavimu. Kuo daugiau ekonominių elementų yra atitinkamoje valstybės narės sistemoje, tuo didesnis bus ES konkurencijos teisės poveikis (žr., pavyzdžiui, Nistor, 2011, p. 274-276). Būtent išnagrinėjusi šį nacionalinį reguliavimą Konkurencijos taryba ir konstatavo, kad jame esama pakankamai ekonominių elementų, siekiant pripažinti, kad valstybiniai ir privatūs viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai konkuruoja tarpusavyje. Kitaip tariant, pagal Konkurencijos įstatymą pripažįstama, kad valstybinės ir privačios sveikatos priežiūros įstaigos konkuruoja tarpusavyje; joms siekiama sudaryti vienodas konkurencines sąlygas, net jeigu ir tik poįstatyminių teisės aktų reguliavimo srityje²¹². Tai yra svarbus elementas, parodantis viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ekonominį pobūdį. Atsižvelgiant į tai, šios disertacijos autorės nuomone, nagrinėjama Konkurencijos tarybos ir administracinių teismų praktika galėtų būti stiprus argumentas, leidžiantis teigti, kad Lietuvos viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų veiklai yra būdingi ekonominiai požymiai ir todėl jie turėtų būti laikomi įmonėmis SESV prasme. Būtų labai neįprasta, jeigu vertinant, ar atitinkami subjektai konkuruoja tarpusavyje ir yra įmonės ES teisės prasme šiam aspektui nebūtų teikiama jokios reikšmės.

Be to, kaip jau minėta, iš esmės sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis reguliavimas yra labai panašus į tą, kuris yra taikomas išlaidų už vaistus ir medicinos pagalbos priemones kompensavimui PSDF biudžeto lėšomis, taip pat kompensuojant OTP įsigijimo išlaidas apdraustiesiems. Antai pagal Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnį išlaidos už vaistinėse išduotus kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones taip pat yra apmokamos pagal sutartis tarp vaistinių ir TLK, o valstybė reguliuoja ne tik vaistų kainas, bet ir pardavimo antkainius²¹³. Tačiau abejonių, ar išduodamos tokius vaistus ir medicinos pagalbos priemones vaistinės vykdo ekonominę veiklą, nekyla. Todėl iš esmės galima teigti, kad neaiškumas dėl to, ar aprūpinimo vaistais ir sveikatos priežiūros

²¹² Žr. dėl to, ar skirtingų sąlygų valstybinėms ir privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms nustatymas įstatymuose yra suderinamas su Konstitucija, šios disertacijos dalį „1.3.1. Įsisteigimo laisvės taikymo Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai apimtis“.

²¹³ Žr. plačiau šios disertacijos dalį „1.1.1. Lygiagretus vaistų ir medicinos priemonių importas“.

paslaugų teikimo atvejai yra vertintini vienodai, yra susijęs su privataus / valstybinio kapitalo dalyvavimo atitinkamoje veikloje mastu – vaistinių veikloje praktiškai išimtinai dalyvauja vien tik privataus kapitalo įmonės, o sveikatos priežiūros įstaigų – tiek valstybinės, tiek privačios²¹⁴. Tačiau minėta, kad pagal nusistovėjusią ES teismų praktiką tai, ar subjektas yra valstybinis ar privatus, taip pat kaip jis finansuojamas, nėra svarbu (*SOA Nazionale Costruttori*, 2013, 27 punktą ir jame nurodyta teismo praktika; *AG2R Prévoyance*, 2011, 41 punktą). Jau nekalbant apie valstybę, netgi bažnyčia gali būti laikoma teikiančia ekonomines paslaugas ES konkurencijos teisės prasme (žr. *Congregación de Escuelas Pías Provincia Betania*, 2017)²¹⁵.

Taip pat reikia pažymėti, kad pagal Sveikatos sistemos įstatymo 11 straipsnio 2 dalį viešieji sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai ir privatūs sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, sudarę sutartis su TLK, pagal kompetenciją teikia ne tik PSDF lėšomis finansuojamas paslaugas, už kurias jų gavėjai tiesiogiai nemoka, bet ir mokamas sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias jų gavėjai privalo sumokėti. Šių paslaugų sąrašas, kainos, kainų indeksavimo ir paslaugų teikimo tvarka nustatyta sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymu Nr. 357 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymas Nr. 357).

Pavyzdžiui, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos yra pelno mokesčio mokėtojas (Viešoji įstaiga Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos, 2018, p. 8), jos pajamos už suteiktas mokamas medicinines paslaugas 2018 m. viršijo 7 mln. EUR (Viešoji įstaiga Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos, 2018, p. 22). Būtų sudėtinga argumentuoti, kad tokių mokamų paslaugų atveju neegzistuoja valstybinių ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų konkurencija ar kad teikdamos tokias paslaugas valstybinės įstaigos nevykdo ekonominės veiklos²¹⁶.

²¹⁴ Žr. duomenis apie valstybinių ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų skaičių Higienos institutas, 2019. Pažymėtina, kad nors privačių ASPĮ skaičius yra kur kas didesnis nei valstybinių, tačiau didžioji dalis privačių įstaigų yra odontologijos įstaigos, taip pat pirminės sveikatos priežiūros įstaigos ir gydytojų kabinetai.

²¹⁵ Žr. šio sprendimo *Congregación de Escuelas Pías Provincia Betania* vertinimą Nicolaidės, 2017a; Nicolaidės, 2017b.

²¹⁶ Žr. šiuo požiūriu dar generalinio advokato G. Cosmas 1999 m. rugsėjo 21 d. išvadą *Ferlini* (Generalinio advokato G. Cosmas išvada, *Ferlini...*, 1999, 110-115 punktai), kurioje generalinis advokatas nurodė, kad jam nekyla jokių abejonių, kad santykiuose su asmenimis, kurie nepriklauso nacionalinei socialinės apsaugos sistemai, (nagrinetu atveju ES tarnautojais) tiek privačios, tiek valstybinės Liuksemburgo ligoninės veikė kaip įmonės ES konkurencijos teisės prasme.

Atsižvelgiant į visa tai, kas išdėstyta, darytina išvada, kad nors apskritai viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimui Lietuvoje yra būdingi tam tikri socialiniai ir solidarumo tikslai, tačiau šią veiklą vertinant atskirai nuo PSD teikimo matyti, kad jai būdinga viešųjų sveikatos paslaugų teikėjų tarpusavio konkurencija, kuri yra pripažįstama nacionalinėje teisėje ir kuri leidžia teigti, kad šie teikėjai laikytini įmonėmis ES konkurencijos teisės prasme, kai teikia sveikatos priežiūros paslaugas, finansuojamas PSDF biudžeto lėšomis, taip pat mokamas sveikatos priežiūros paslaugas.

2.4. ES KONKURENCIJOS TAISYKLIŲ TAIKYMAS VIEŠASIAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS TEIKIANTIEMS SUBJEKTAMS

Kaip jau minėta, jeigu subjektas, teikiantis viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas, pripažįstamas įmone konkurencijos teisės požiūriu, jam taikomos ES konkurencijos taisyklės, draudžiančios įmonių susitarimus, kurie iškraipo konkurenciją, (SESV 101 straipsnis) ir piktnaudžiavimą dominuojančia padėtimi (SESV 102 straipsnis), taip pat taisyklės dėl valstybės pagalbos teikimo (SESV 107–109 straipsniai).

Šios taisyklės, be abejo, yra taikomos ir privataus kapitalo įmonėms veikiančioms sveikatos apsaugos srityje, dėl kurių priskyrimo įmonėms ES konkurencijos teisės prasme nekyla abejonių, pavyzdžiui, papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo teikėjams; sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams, kurie nėra sudarę sutarčių su TLK ir kurie sveikatos priežiūros paslaugas savo rizika teikia už užmokestį, mokamą tiesiogiai pacientų arba privataus sveikatos draudimo; vaistinėms; vaistų didmeninio platinimo ar gamybos įmonėms ir pan. ES konkurencijos teisės taikymas šiems subjektams, ypač farmacijos srityje, yra analizuojamas EK dokumentuose (pavyzdžiui, Europos Komisija, 2019a) ir nemažo būrio autorių darbuose (žr., pavyzdžiui, Shorthose, 2017, p. 677- 709; Zalepūga, 2016, p. 130-145). Tačiau atsižvelgiant į pasirinktą sveikatos apsaugos sistemos apibrėžimą toliau bus siekiama ištirti ES konkurencijos teisės taikymo subjektams, teikiantiems viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas, specifiką.

Ši specifika pasireiškia tuo, kad BESP atveju, kurios gali apimti ir viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas, SESV 106 straipsnio 2 dalis suteikia galimybę

tam tikrais atvejais remtis išimtimis iš ES konkurencijos taisyklių taikymo²¹⁷. Šių išimčių tikslas – suderinti valstybių narių interesą panaudoti tam tikras įmones, ypač viešajame sektoriuje, kaip ekonominės, fiskalinės ar socialinės politikos instrumentą ir Sąjungos interesą, kad būtų laikomasi konkurencijos taisyklių ir išsaugotas vidaus rinkos vientisumas (*Prancūzija / Komisija*, 1991, 12 punktas; *Komisija / Nyderlandai*, 1997, 39 punktas; *Albany*, 1999, 103 punktas; *Federutility ir kt.*, 2010, 29 punktas). Atsižvelgiant į tai, SESV 101, 102 ir 107–109 straipsnių taikymą viešosioms sveikatos priežiūros paslaugoms reikia nagrinėti kartu su SESV 106 straipsniu.

SESV 106 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad jeigu atitinkamas subjektas, kuris yra pripažįstamas įmone ES konkurencijos teisės prasme, yra valstybės įmonė arba įmonė, kuriai valstybė suteikia specialias ar išimtines teises, jis turi laikytis nediskriminavimo dėl pilietybės principo ir konkurencijos teisės. Šiuo aspektu reikia paminėti, kad valstybės priemonė gali būti laikoma suteikiančia išimtinę ar specialią teisę, kaip ji suprantama pagal SESV 106 straipsnio 1 dalį, kai ja suteikiama apsauga ribotam skaičiui įmonių, ir ši apsauga gali iš esmės paveikti kitų įmonių galimybę vykdyti atitinkamą ekonominę veiklą toje pačioje teritorijoje iš esmės tokiomis pačiomis sąlygomis (*SOA Nazionale Costruttori*, 2013, 41 punktas; *AG2R Prévoyance*, 2011, 66 punktas; *Ambulanz Glöckner*, 2001, 24 punktas).

Antra, SESV 106 straipsnio 2 dalyje įtvirtinta šios taisyklės išimtis, t. y. nustatyta, kad įmonėms, kurioms patikėta teikti BESP, arba pajamų gaunančioms monopolinėms įmonėms sutartyse nustatytos taisyklės, ypač konkurencijos taisyklės, yra taikomos, jei jų taikymas nei teisiškai, nei faktiškai netrukdo atlikti joms patikėtų specialių uždavinių.

Kaip matysime toliau, kompetencija apibrėžti BESP priklauso valstybėms narėms. Iš to išplaukia, kad iš esmės sprendimas, ar remtis SESV 106 straipsnio 2 dalimi, taip pat priklauso valstybės narės kompetencijai. Pačios įmonės taip pat gali mėginti remtis šia nuostata, pavyzdžiui, siekdamos pateisinti savo sudarytus SESV 101 straipsniui prieštaraujančius (kartelinius) susitarimus. Tačiau tam, kad toks argumentas būtų sėkmingas, jos turės įrodyti, kad yra įmonės, kurioms patikėta teikti BESP, SESV 106 straipsnio 2 dalies prasme (žr., pavyzdžiui, *Ordem dos Técnicos Oficiais de Contas*, 2013, 106 punktas; *Almelo*, 1994; Generalinio advokato F. Jacobs išvadą,

²¹⁷ SESV 106 straipsnio 2 dalimi taip pat gali būti remiamasi, siekiant pateisinti išimtis iš nediskriminavimo dėl pilietybės principo ir iš vidaus rinkos laisvių: žr. plačiau Janeckaitė, 2016.

AOK-Bundesverband..., 2003, 88 punktas). O tam, be abejo, yra reikalingas tam tikras valdžios institucijų aktas.

Todėl toliau prieš konkrečiai vertinant ES konkurencijos taisyklių poveikį Lietuvos sveikatos sistemos organizavimui ir reguliavimui būtina išnagrinėti, pirma, BESP sąvoką ir kitas SESV 106 straipsnio 2 dalies taikymo sąlygas, SESV 106 straipsnio 2 dalies taikymo kartu su, atitinkamai, įmonėms taikomomis taisyklėmis (SESV 101 ir 102 straipsniais) ir taisyklėmis dėl valstybės pagalbos teikimo (SESV 107–109 straipsniais) ypatumus, taip pat taisykles, taikomas atrenkant įmonę teikti BESP.

2.4.1. BESP sąvoka

Apskritai reikia pažymėti, kad ES nesuteikta speciali kompetencija ir ES teisėje nėra tikslaus ir išsamaus BESP sąvokos apibrėžimo²¹⁸. Todėl iš principo apibrėžti, kas yra BESP, yra valstybių narių kompetencijos reikalas, o EK vaidmuo – žiūrėti, kad nebūtų akivaizdžios vertinimo klaidos (žr., pavyzdžiui, *Vokietija / Komisija*, 2014, 44 punktas ir jame minima teismo praktika; *Achema ir kt.*, 2019, 104 punktas). Tuo labiau tai yra pasakytina apie tokias veiklos sritis, kurios nepriklauso ES kompetencijai arba priklauso tik ES ribotai ar pasidalijamajai kompetencijai, kaip, pavyzdžiui, sveikatos priežiūros sritis, kurioje kompetencija pagal SESV 168 straipsnį iš esmės priklauso valstybėms narėms (*BUPA / Komisija*, 2008, 167 punktas).

Kita vertus, valstybės narės teisė veikti ir atitinkamai teisė apibrėžti BESP pagal SESV 106 straipsnio 2 dalį nėra neribota ir negali būti savo nuožiūra įgyvendinama vien tik siekiant, kad konkrečiam sektoriui nebūtų taikomos konkurencijos taisyklės. Kad galėtų būti apibūdinama kaip bendros ekonominės svarbos, atitinkama paslauga turi būti skirta bendram ekonominiam interesui, pasižyminčiam ypatumais, palyginti su kita ekonominio gyvenimo veikla, tenkinti (*Vokietija / Komisija*, 2014, 46 punktas).

Visų pirma, iš ES teismų praktikos matyti, kad iš esmės nagrinėjamai paslaugai teikti turi būti būdingas bendras arba viešasis interesas. Be to, valstybės narės nurodytas bendras ar viešasis interesas neturi apsiriboti tam tikrų taisyklių nustatymu nagrinėjamoje rinkoje ar valstybės leidimų išdavimu atitinkamų ūkio subjektų prekybos veiklai. Iš tikrųjų vien tai, kad nacionalinės teisės aktų leidėjas bendro intereso sumetimais plačiau požiūriu nustato tam

²¹⁸ Žr. plačiau apie SESV 106 straipsnio 2 dalyje nustatytos išimties turinį Janeckaitė, 2016, p. 97-99.

tikras leidimų, veiklos ar kontrolės taisyklės visiems to sektoriaus ūkio subjektams, iš esmės nereiškia BESP užduoties (*BUPA / Komisija*, 2008, 178 punktas ir jame minima teismo praktika).

Antra, pati SESV 106 straipsnio 2 dalies formuluotė reikalauja, kad nagrinėjamai įmonei BESP užduotis būtų patikėta viešosios valdžios institucijų aktu ir kad jame būtų aiškiai apibrėžta nagrinėjama BESP (*BUPA / Komisija*, 2008, 181 punktas ir jame minima teismo praktika).

Tačiau kaip bus nagrinėjama toliau, ES teismų ir EK praktikoje keliami skirtingi BESP užduoties apibrėžimo detalumo reikalavimai, priklausomai nuo to, ar yra nagrinėjamas išimties taikymas iš įmonėms taikomų taisyklių, ar iš taisyklių dėl valstybės pagalbos teikimo. Toliau bus nagrinėjami šie skirtumai, kai teikiamos BESP socialinės apsaugos, įskaitant sveikatos apsaugą, srityje.

2.4.2. SESV 101 ir 102 straipsnių taikymo specifika, kai teikiamos BESP socialinės apsaugos srityje

SESV 101 ir 102 straipsniai nustato įmonėms taikomas taisykles. SESV 101 straipsnis draudžia įmonių susitarimus, įmonių asociacijų sprendimus ir suderintus veiksmus, kurie gali paveikti valstybių narių tarpusavio prekybą ir kurių tikslas ar padarinys yra konkurencijos trukdymas, ribojimas arba iškraipymas bendrojoje rinkoje. Šios taisyklės svarba paskatino Sutarties autorius SESV 101 straipsnio 2 dalyje aiškiai nustatyti, kad visi pagal šį straipsnį draudžiami susitarimai arba sprendimai savaime yra negaliojantys (*Albany*, 1999, 53 punktas). O SESV 102 straipsnis draudžia įmonių piktnaudžiavimą dominuojančia padėtimi.

Pagal nusistovėjusią teismų praktiką SESV 101 ir 102 straipsniai yra skirti tik įmonių veiksmams ir neskirti valstybių narių priimtiems įstatymams ar kitiems teisės aktams. Tačiau šie straipsniai, skaitomi kartu su pareigą bendradarbiauti ES ir valstybėms narėms įtvirtinančia ESS 4 straipsnio 3 dalimi, įpareigoja valstybes nares nepriimti arba nepalikti galioti įstatymų ir kitų teisės aktų, galinčių panaikinti įmonėms taikomų konkurencijos taisyklių veiksmingumą (*SOA Nazionale Costruttori*, 2013, 37 punktas ir jame nurodyta teismo praktika; *Doulamis*, 2008, 19 punktas ir jame nurodyta teismo praktika).

Minėtos SESV nuostatos (t. y. SESV 101 ir 102 straipsniai, skaitomi kartu su ESS 4 straipsnio 3 dalimi) yra pažeidžiamos, kai, pavyzdžiui, valstybė narė įpareigoja ar skatina sudaryti SESV 101 straipsniui prieštaraujančius susitarimus ar sustiprina tokių susitarimų poveikį arba panaikina savo pačios nustatyto reglamentavimo valstybinį pobūdį deleguodama privatiems

subjektams atsakomybę už sprendimus dėl ekonominio pobūdžio intervencijos arba sudaro palankias sąlygas piktnaudžiauti dominuojančia padėtimi (*SOA Nazionale Costruttori*, 2013, 38 punktą ir jame nurodyta teismo praktika).

Šia apimtimi įmonėms taikomos taisyklės gali būti pažeidžiamos priimant valstybės priemones.

Tačiau dar kartą reikia pabrėžti, kad SESV 101 straipsnis, skaitomas kartu su ESS 4 straipsnio 3 dalimi, apima valstybės narės priemones tik tuo atveju, jeigu jos yra susiję su įmonių susitarimais. Kitaip tariant, konkurencijos teisė neturi poveikio valstybių narių teisei priimti rinkos reguliavimo priemones, kai to reikalauja visuomenės interesas²¹⁹, o konkurencijos taisyklės bus taikomos tik tuo atveju, jeigu minėtos valstybės priemonės įpareigoja ar skatina sudaryti SESV 101 straipsniui prieštaraujančius susitarimus ar sustiprina tokių susitarimų poveikį (Nistor, 2011, p. 182)²²⁰.

Be to, pavyzdžiui, 1999 m. rugsėjo 21 d. sprendimuose *Albany, Brentjens' Handelsoonderneming BV* ir *Maatschappij Drijvende Bokken* (*Albany*, 1999; *Brentjens' Handelsoonderneming BV*, 1999; *Maatschappij Drijvende Bokken*, 1999) buvo pripažinta, kad juose nagrinėtos tam tikro pramonės sektoriaus kolektyvinės sutartys, kuriomis buvo įsteigti papildomos pensijos fondai, dėl savo pobūdžio ir dalyko nepatenka į SESV 101 straipsnio 1 dalies taikymo sritį (taip vadinama „*Albany* išimtis“). Atitinkamai, valdžios institucijų sprendimai dėl privalomos narystės šiuose papildomos pensijos fonduose nebuvo pripažinti priemonėmis SESV 101 straipsnio, skaitomo kartu su ESS 4 straipsnio 3 dalimi, prasme. Tačiau 2000 m. rugsėjo 12 d. sprendime *Pavlov ir kt.* (*Pavlov ir kt.*, 2000) ESTT nepatvirtino tokios išimties atitinkamos profesijos organizacijos (Nacionalinės karališkosios Nyderlandų medicinos skatinimo draugijos specialistų asociacijos) sprendimų, įsteigiančių papildomos pensijos fondą, atžvilgiu²²¹. Tokie sprendimai patenka į SESV taisyklių taikymo apimtį, o valdžios institucijų sprendimai dėl privalomos

²¹⁹ Jeigu į visuomenės interesus atsižvelgiama privačių įmonių susitarimuose, jie taip pat gali būti pripažįstami nepatenkantys į ES konkurencijos teisės sritį (žr. pavyzdžiui, *Wouters*, 2002, 110 punktą) arba, jeigu ir patenka į šių taisyklių taikymo sritį, gali būti pateisinti remiantis SESV 101 straipsnio 3 dalyje nustatyta išimtimi.

²²⁰ Žr. plačiau apie rinkos reguliavimo priemonių, kurios nepatenka į konkurencijos taisyklių taikymo sritį, atskyrimą nuo valstybių narių priemonių, kurias draudžia SESV 101 straipsnis, skaitomas kartu su ESS 4 straipsnio 3 dalimi, Nistor, 2011, p. 177-182.

²²¹ Žr. diskusiją dėl JAV konkurencijos teisės taikymo profesinėms organizacijoms Edlin, Haw, 2014.

narystės tokiuose fonduose gali būti vertinami dėl jų atitikties SESV 101 straipsniui, skaitomam kartu su ESS 4 straipsnio 3 dalimi. ESTT nuomone, taip yra todėl, kad SESV nėra analogiškų nuostatų kaip SESV 151-159 straipsniai, taikomi kolektyvinių derybų atveju, pagal kurias laisvųjų profesijų atstovai būtų skatinami sudaryti kolektyvines sutartis siekiant pagerinti jų darbo sąlygas ir numatyta, kad šių profesijų atstovų prašymu valdžios institucijos tokius susitarimus paskelbtų privalomais visiems atitinkamos profesijos nariams (*Pavlov ir kt.*, 2000, 69 punktas)²²².

Taigi tam, kad valstybės priemonė būtų pripažinta pažeidžiančia SESV 101 straipsnį, skaitomą kartu su ESS 4 straipsnio 3 dalimi, būtina įrodyti, kad ši priemonė yra susijusi su SESV 101 straipsniui prieštaraujančiu įmonių susitarimu. Tai viena iš priežasčių, dėl kurių SESV 101 straipsnio, skaitomo kartu su ESS 4 straipsnio 3 dalimi, taikymo praktika ES teismuose yra labai negausi²²³, o bylų, kai siekdama pateisinti savo priimtą priemonę, patenkančią į SESV 101 straipsnio, skaitomo kartu su ESS 4 straipsnio 3 dalimi, taikymo sritį, valstybė rėmėsi SESV 106 straipsnio 2 dalimi, apskritai nėra. Taip pat nėra bylų sveikatos apsaugos srityje²²⁴, kur įmonės siekė pateisinti savo priimtus susitarimus, įmonių asociacijų sprendimus ar suderintus veiksmus, remdamosi SESV 106 straipsnio 2 dalimi, nors galima paminėti generalinio advokato F. Jacobs 2003 m. gegužės 22 d. išvadą *AOK-Bundesverband ir kt.* (Generalinio advokato F. Jacobs išvada, *AOK-Bundesverband...*, 2003), kurioje generalinis advokatas siūlė pripažinti, kad ligonių kasos buvo įmonės ES konkurencijos teisės prasme. Todėl, generalinio advokato nuomone, jeigu nėra taikoma „valstybės prievartos“ (angl. „*State action defence*“) doktrina, t. y. jeigu nustatydamas didžiausias sumas už vaistus ligonių kasos veikė autonomiškai²²⁵, o tai turi patikrinti nacionalinis teismas, savo veiksmus jos

²²² Žr. plačiau apie „*Albany* išimtį“, pavyzdžiui, Freedland, Kountouris, 2017.

²²³ Žr. plačiau apie priežastis, dėl kurių SESV 101 straipsnio, skaitomo kartu su ESS 4 straipsnio 3 dalimi, taikymo praktika yra negausi, palyginti su SESV 102 straipsnio kartu su SESV 106 straipsnio 2 dalies taikymo praktika, Nistor, 2011, p. 209-210.

²²⁴ Iš kitų sričių galima paminėti, pavyzdžiui, 1994 m. balandžio 27 d. sprendimą *Almelo* (*Almelo*, 1994).

²²⁵ Žr. dėl „valstybės prievartos“ doktrinos, pavyzdžiui, LVAT 2012 m. gegužės 17 d. nutartį administracinėje byloje (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2012 m. gegužės 17 d. nutartis, dalis „Dėl Konkurencijos įstatymo 5 straipsnio ir SESV 101 straipsnio taikymo“), Konkurencijos tarybos 2018 m. balandžio 26 d. nutarimą Nr. 2S-2 (2018) (Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos 2018 m. balandžio 26 d. nutarimas Nr. 2S-2 (2018), 156 punktas).

dar galėjo mėginti pateisinti pagal SESV 106 straipsnio 2 dalį. Kaip jau minėta analizuojant ES teismų praktiką, susijusią su sveikatos draudimą teikiančių institucijų vertinimu, 2004 m. kovo 16 d. sprendime *AOK-Bundesverband ir kt.* (*AOK-Bundesverband ir kt.*, 2004) ESTT ligonių kasų nepripažino įmonėmis, todėl SESV 106 straipsnio 2 dalies taikymas nebuvo nagrinėjamas.

Tuo tarpu SESV 102 straipsnis ir SESV 106 straipsnio 2 dalis gali būti taikomos valstybių narių priemonėms, kuriomis suteikiamos specialios arba išimtinės teisės. Pagal nusistovėjusią ESTT praktiką vien tai, kad suteikiant specialias arba išimtinės teises SESV 106 straipsnio 1 dalies prasme buvo sukurta dominuojanti padėtis, nėra nesuderinama su SESV 102 straipsniu. Valstybė narė pažeidžia šiose pastarosiose dviuose nuostatose nustatytus draudimus tik tuo atveju, kai atitinkama įmonė vien dėl to, kad naudojasi jai suteiktomis specialiomis ar išimtinėmis teisėmis, yra priversta piktnaudžiauti savo dominuojančia padėtimi arba kai dėl šių teisių gali susidaryti situacija, kuriai esant ši įmonė bus priversta taip piktnaudžiauti (*Ambulanz Glöckner*, 2001, 39 punktas ir jame minima teismo praktika; *AG2R Prévoyance*, 2011, 68 punktas ir jame minima teismo praktika).

Piktnaudžiuojama pagal SESV 106 straipsnio 1 dalį tuomet, kai, pavyzdžiui, nesant objektyvios būtinybės, konkrečioje rinkoje dominuojančią padėtį užimanti įmonė rezervuoja sau papildomą veiklą, kurią galėtų vykdyti kita įmonė kaip dalį savo veiklos gretimoje atskiroje rinkoje, taip pašalindama pastarąją įmonę iš konkurencinės kovos. Jeigu toks dominuojančios padėties išplėtimas kyla iš valstybės priemonės, pažeidžiamas SESV 106 straipsnis kartu su SESV 102 straipsniu (*Ambulanz Glöckner*, 2001, 40 punktas ir jame minima teismo praktika). Taip pat SESV 106 straipsnio 1 daliai prieštaraujanti piktnaudžiavimo praktika yra, be kita ko, tuomet, kai valstybė narė suteikia įmonei išimtinę teisę vykdyti tam tikrą veiklą ir sukuria situaciją, kuriai esant ši įmonė akivaizdžiai nepajėgia patenkinti šioje rinkoje esančios paklausos (*AG2R Prévoyance*, 2011, 69 punktas ir jame minima teismo praktika).

ES teismų praktika, kurioje buvo nagrinėjamas SESV 102 straipsnio ir SESV 106 straipsnio 2 dalies taikymas sveikatos ir socialinės apsaugos srityse, taip pat yra negausi. Tai pirmiau minėti 2001 m. spalio 25 d. sprendimas *Ambulanz Glöckner* (*Ambulanz Glöckner*, 2001), 2011 m. kovo 3 d. sprendimas *AG2R Prévoyance* (*AG2R Prévoyance*, 2011), 1999 m. rugsėjo 21 d. sprendimai *Albany, Brentjens' Handelsonderneming BV ir Maatschappij Drijvende Bokken* (*Albany*, 1999; *Brentjens' Handelsonderneming BV*, 1999; *Maatschappij Drijvende Bokken*, 1999), kurie buvo susiję su išimtinių teisių suteikimu atitinkamiems subjektams. Norint atsakyti į klausimą, koks galėtų būti įmonėms taikomų taisyklių

poveikis viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimui Lietuvoje, toliau reikia išnagrinėti šią praktiką:

Minėta, kad 2001 m. spalio 25 d. sprendime *Ambulanz Glöckner* (*Ambulanz Glöckner*, 2001)²²⁶ buvo nagrinėjamos tokios nacionalinės teisės nuostatos, pagal kurias kompetentinga institucija galėjo atsisakyti išduoti leidimą teikti ligonių transporto paslaugas, jeigu toks leidimas turėtų neigiamą poveikį subjektų, kuriems atitinkamoje vietovėje buvo pavesta teikti viešąsias greitosios pagalbos paslaugas (pripažintoms medicinos pagalbos organizacijoms, tokioms kaip Vokietijos Raudonasis Kryžius ir Vokietijos samariečių bendrija), veiklai ir pelningumui. ESTT konstatavo, kad ligonių transporto paslaugų rezervavimas medicinos pagalbos organizacijoms, kurioms pavesta teikti viešąsias greitosios pagalbos paslaugas, yra išimtinės ar specialios teisės suteikimas, kaip ji suprantama pagal SESV 106 straipsnio 1 dalį, nes teisės aktais buvo suteikta apsauga ribotam skaičiui įmonių, ir ši apsauga gali iš esmės paveikti kitų įmonių galimybę vykdyti atitinkamą ekonominę veiklą toje pačioje teritorijoje iš esmės tokiomis pačiomis sąlygomis.

Kaip jau paaiškinta, vien dominuojančios padėties sukūrimas ES konkurencijos taisyklių nepažeidžia, tačiau nagrinėjamu atveju buvo nustatytas piktnaudžiavimas dominuojančia padėtimi, nes priimdama nacionalinės teisės nuostatą, pagal kurią prieš išduodama leidimą teikti ligonių transporto paslaugas kompetentinga institucija konsultuojasi su medicinos pagalbos organizacijomis, turinčioms išimtinę teisę teikti viešąsias greitosios pagalbos paslaugas, valstybė narė suteikia joms pranašumą. Tokiu būdu šioms organizacijoms yra rezervuojama papildoma veikla, kurią galėtų vykdyti kitos įmonės. Kadangi nagrinėjamu atveju dominuojančios padėties išplėtimas kilo iš valstybės priemonės, buvo pažeistas SESV 106 straipsnis kartu su SESV 102 straipsniu.

Todėl toliau ESTT nagrinėjo, ar minėta nacionalinė nuostata gali būti pateisinta pagal SESV 106 straipsnio 2 dalį. ESTT konstatavo, kad, be jokios abejonės, medicinos pagalbos organizacijoms buvo patikėta teikti BESP užduotį, t. y. jos turėjo pareigą tam tikroje teritorijoje nuolat ir visą parą teikti ligonių ar sužeistųjų transporto paslaugą greitosios pagalbos automobiliuose, už kurią apmokama vienodais įkainiais ir kuri yra panašios kokybės, nepaisant

²²⁶ Žr. dėl šio sprendimo, kiek tai susiję su vertinimu, ar viešąsias greitosios pagalbos paslaugas teikiančios organizacijos yra įmonės, dalį „2.2.2. Viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų vertinimas“.

konkrečių aplinkybių ar kiekvienos konkrečios transporto operacijos ekonominio pelningumo.

Toliau ESTT vertino, ar konkurencijos ribojimas yra būtinas tam, kad išimtinės teisės turėtojas galėtų vykdyti BESP užduotis ekonomiškai priimtinomis sąlygomis. ESTT pažymėjo, kad turi būti įmanoma padengti mažiau pelningą veiklą iš pelningesnės veiklos, o tai reiškia, jog konkurencijos apribojimas ekonomiškai pelningesniuose sektoriuose gali būti pateisintas. Būtent taip ir buvo nagrinėjamu atveju, t. y. pajamos iš kitos veiklos nei greitosios pagalbos paslaugų teikimas padėjo padengti pastarųjų paslaugų teikimo išlaidas. Dviejų rūšių paslaugos, kurias tradiciškai teikia medicinos pagalbos organizacijos, yra glaudžiai susiję, ir jas sunku atskirti. Be to, medicinos pagalbos organizacijų išimtinių teisių išplėtimas išties padeda joms teikti viešąsias greitosios pagalbos paslaugas ekonominės pusiausvyros sąlygomis. Jeigu privačios įmonės galėtų nevaržomai teikti tik pelningesnes ligonių transporto paslaugas, medicinos pagalbos organizacijų teikiamos paslaugos ekonominis gyvybingumas galėtų sumažėti, o tai pakenktų tos paslaugos kokybei ir patikimumui. ES konkurencijos taisyklės būtų pažeistos tik tuo atveju, jeigu kitiems subjektams būtų draudžiama teikti ligonių transporto paslaugas, kai išimtinės teises turinti įmonė akivaizdžiai nepajėgi patenkinti jų poreikio, tačiau tą turi patikrinti nacionalinis teismas.

Kiek tai susiję su BESP sąvoka, pirmiau nagrinėtas 2011 m. kovo 3 d. sprendimas *AG2R Prévoyance (AG2R Prévoyance, 2011)*²²⁷ yra labai lakoniškas. Vis dėlto jame, nors ir netiesiogiai, buvo pripažinta, kad AG2R, kuris administravo privalomojo papildomo sveikatos išlaidų kompensavimo sistemą, taikomą Prancūzijos duonos gaminių amatininkų sektoriui, buvo patikėta teikti BESP SESV 106 straipsnio 2 dalies prasme.

ESTT konstatavo, kad tokia įstaiga kaip AG2R gali būti laikoma įmone, kuriai buvo suteiktos išimtinės teisės SESV 106 straipsnio 1 dalies prasme, nes visos Prancūzijos duonos gaminių amatininkų įmonės privalėjo prisijungti prie papildomo sveikatos išlaidų kompensavimo sistemos, nenumatant jokios galimybės neprisijungti. Kitaip tariant, šiai įstaigai buvo suteikta išimtinė teisė rinkti ir valdyti šio sektoriaus darbdavių ir darbuotojų įmokas pagal šią sistemą.

²²⁷ Žr. dėl šio sprendimo, kiek tai susiję su vertinimu, ar AG2R gali būti laikoma įmone, dalį „2.2. KONKREČIŲ SUBJEKTŲ SOCIALINĖS APSAUGOS SRITYJE STATUSO VERTINIMAS ES TEISMŲ IR EK PRAKTIKOJE“.

Dėl šių išimtinių teisių minėto sektoriaus įmonės neturi galimybės prisijungti prie kitų įstaigų valdomos papildomo sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo sistemos. Todėl AG2R turi teisinį monopolį didelėje bendrosios rinkos dalyje ir gali būti laikoma užimančia dominuojančią padėtį SESV 102 straipsnio prasme.

Kaip ir 2001 m. spalio 25 d. sprendime *Ambulanz Glöckner* (*Ambulanz Glöckner*, 2001), ESTT pažymėjo, kad vien dominuojančios padėties sukūrimas ES konkurencijos taisyklių nepažeidžia, ir ESTT nenustatė, jog AG2R teikiamos paslaugos neatitinka suinteresuotų įmonių poreikių. O negalėjimą naudotis kitų įstaigų teikiamomis papildomo sveikatos priežiūros kompensavimo paslaugomis ir su tuo susijusį konkurencijos apribojimą tiesiogiai lemia AG2R suteikta išimtinė teisė.

Kiek tai susiję su klausimu, ar AG2R patikėta teikti BEP SESV 106 straipsnio 2 dalies prasme, ESTT tiesiogiai nenurodė, kad atsakymas į šį klausimą turi būti teigiamas. Tačiau tą galima suprasti iš tolesnės analizės, kur ESTT priminė savo praktiką, pagal kurią SESV 106 straipsnio 2 dalies taikymo sąlygoms įvykdyti nebūtina, jog būtų kilusi grėsmė įmonei, kuriai patikėta teikti BEP, finansinei pusiausvyrai ar ekonominiam gyvybingumui. Pakanka, kad neturėdama ginčijamų išimtinių teisių įmonė negalėtų vykdyti jai pavestų specialių užduočių, apibrėžtų pagal jai nustatytus įpareigojimus ir apribojimus, arba kad šias teises būtų būtina išlaikyti tam, kad jų turėtojas galėtų vykdyti BEP užduotis, kurios jam buvo pavestos, ekonomiškai priimtinais sąlygomis (*AG2R Prévoyance*, 2011, 76 punktą ir jame minima teismo praktika).

Šiuo klausimu ESTT konstatavo, kad jei būtų panaikintos išimtinės teisės, AG2R gali tekti prisiimti atsakomybę už vis didesnę „blogos rizikos“ dalį, todėl padidėtų pagal minėtą sistemą mokėtinų įmokų suma. Taigi ši įstaiga nebegalėtų teikti tokios pačios kokybės paslaugų už priimtina kainą. Tai ypač pasakytina turint omenyje nagrinėjamai sistemai būdingą didelį solidarumo laipsnį, ypač dėl vienodų įmokų taikymo ir pareigos apdrausti bet kokią riziką. Tokie apribojimai, dėl kurių atitinkama įstaiga tampa mažiau konkurencinga nei panašias paslaugas teikiančios draudimo bendrovės, kurioms tokie apribojimai netaikomi, pateisina išimtinės teisės valdyti tokią sistemą suteikimą šiai įstaigai, nenumatant jokios neprisijungimo galimybės.

Nagrinėjamu aspektu pensijų draudimo srityje priimti 1999 m. rugsėjo 21 d. sprendimai *Albany*, *Brentjens' Handelsoonderneming BV* ir *Maatschappij Drijvende Bokken* (*Albany*, 1999; *Brentjens'*

Handelsonderneming BV, 1999; *Maatschappij Drijvende Bokken*, 1999)²²⁸ yra labai panašūs į sprendimą *AG2R Prévoyance* (*AG2R Prévoyance*, 2011).

Visų pirma, valdžios institucijų sprendimai dėl privalomos narystės šiose bylose nagrinėtuose pensijų fonduose lėmė, kad šie fondai turi būti laikomi įmonėmis, kurioms valdžios institucijos suteikė išimtinės teises SESV 106 straipsnio 1 dalies prasme ir kurie gali būti laikomi užimančiais dominuojančią padėtį SESV 102 straipsnio prasme. Konkurencijos ribojimas, pasireiškiantis tuo, kad įmonės negali pas vieną draudiką apdrausti savo darbuotojų geresnėmis sąlygomis nei tos, kurias siūlo nagrinėjamieji fondai, tiesiogiai išplaukia iš pensijų fondams suteiktų išimtinių teisių.

ESTT taip pat tiesiogiai nenurodė, kad nagrinėjamiems fondams buvo patikėta valdyti BSP SESV 106 straipsnio 2 dalies prasme, tačiau tą galima suprasti iš tolesnės analizės. Dėl priežasčių, analogiškų sprendimo *AG2R Prévoyance* atveju, ESTT konstatavo, kad panaikinus išimtinės fondų teises, jie negalėtų vykdyti jiems pavestų BSP užduočių priimtinomis ekonominėmis sąlygomis ir kiltų pavojus jų finansinei pusiausvyrai. Atitinkamai, buvo konstatuota, kad SESV 102 ir 106 straipsniai nedraudžia valdžios institucijoms suteikti pensijų fondams išimtinės teises valdyti tam tikrame sektoriuje papildomos pensijos sistemą.

Apibendrinant nagrinėtą praktiką galima teigti, kad joje BSP užduoties buvimui nėra skiriamas didelis dėmesys, nėra nagrinėjama, kokiais dokumentais atitinkamam subjektui ši atitinkama užduotis paskirta, nors, be abejo, visi nagrinėti sprendimai buvo priimti pagal nacionalinių teismų prašymus priimti prejudicinį sprendimą, taigi iš esmės šie klausimai turėjo būti įvertinti pastaruosiuose teismuose. Be to, SESV 106 straipsnio 2 dalies taikymo sąlygoms įvykdyti nebūtina, jog būtų kilusi grėsmė įmonės, kuriai patikėta teikti BSP, finansinei pusiausvyrai ar ekonominiam gyvybingumui. Pakanka, kad neturėdama ginčijamų išimtinių teisių įmonė negalėtų vykdyti jai pavestų specialių užduočių, apibrėžtų pagal jai nustatytus įpareigojimus ir apribojimus, arba kad šias teises būtų būtina išlaikyti tam, kad jų turėtojas galėtų vykdyti BSP užduoties, kurios jam buvo pavestos ekonomiškai priimtinomis sąlygomis. Pasak prof. K. Lenaerts, nesant ES masto suderinimo priemonių ESTT šiuo atžvilgiu taiko „švelnų“ proporcingumo testą (Lenaerts, 2012, p. 1259). Pavyzdžiui, kaip matėme 2001 m. spalio 25 d. sprendime

²²⁸ Žr. dėl šių sprendimų, kiek tai susiję su vertinimu, ar atitinkami pensijų fondai yra įmonės, dalį „2.2. KONKREČIŲ SUBJEKTŲ SOCIALINĖS APSAUGOS SRITYJE STATUSO VERTINIMAS ES TEISMŲ IR EK PRAKTIKOJE“.

Ambulanz Glöckner (*Ambulanz Glöckner*, 2001), monopolija, suteikta įmonei, kuriai patikėta teikti BESP, buvo pripažinta suderinama su ES konkurencijos taisyklėmis, nepaisant to, kad atitinkamos monopolijos mastas išėjo už BESP ribų. 1999 m. rugsėjo 21 d. sprendimuose *Albany*, *Brentjens' Handelsoonderneming BV* ir *Maatschappij Drijvende Bokken* buvo konkrečiai ginčijama, kad atitinkamo tikslo galima būtų pasiekti mažiau ribojančiomis priemonėmis, tačiau ESTT atmetė šį argumentą nurodydamas, kad tokiu atveju būtų pažeista valstybės narės teisė organizuoti savo socialinės apsaugos sistemą (*Albany*, 1999, 122 punktas; *Brentjens' Handelsoonderneming BV*, 1999, 122 punktas; *Maatschappij Drijvende Bokken*, 1999, 112 punktas). Taigi šiuo aspektu proporcingumo vertinimas skiriasi nuo tokio vertinimo, kai nagrinėjamas vidaus rinkos laisvės apribojimas (Nistor, 2011, p. 234). Tačiau taip pat reikia pažymėti, kad proporcingumo patikros intensyvumas šioje srityje priklauso ir nuo atitinkamo sektoriaus (Nistor, 2011, p. 239). Todėl pirmiau nagrinėti teismų praktikos pavyzdžiai yra aktualūs būtent sveikatos ar socialinės apsaugos srityse, kurios iš esmės priklauso valstybių narių kompetencijai.

2.4.3. Taisyklių dėl valstybės pagalbos taikymo specifika, kai teikiamos BESP sveikatos apsaugos srityje

SESV 107 straipsnio 1 dalis kaip nesuderinamą su vidaus rinka draudžia valstybės narės arba iš jos valstybinių išteklių bet kokia forma suteiktą pagalbą, kuri, palaikydama tam tikras įmones arba tam tikrą prekių gamybą, iškraipo konkurenciją arba gali ją iškraipyti, kai ji daro įtaką valstybių narių tarpusavio prekybai.

Kaip matyti iš pačios šios nuostatos, valstybės pagalba yra tuomet, kai tenkinami visi šie kriterijai: pagalba suteikiama tam tikrai įmonei ar įmonėms, t. y. selektyviai; atitinkamai įmonei suteiktas ekonominis pranašumas; pagalba suteikiama iš valstybės išteklių; ši pagalba iškraipo konkurenciją ar gali ją iškraipyti; ši pagalba daro įtaką valstybių narių tarpusavio prekybai (Nicolaidis, Kekeleki, Kleis, 2008, p. 10; Europos Komisija, 2016a, p. 1).

Pagal SESV 108 straipsnio 1 dalį EK kartu su valstybėmis narėmis nuolat kontroliuoja visas tose valstybėse esamas pagalbos sistemas. Šio straipsnio 3 dalyje nustatyta, kad apie visus ketinimus suteikti ar pakeisti pagalbą EK turi būti laiku informuojama, kad ji galėtų pateikti savo pastabas. Jei EK mano, kad tokie ketinimai pagal 107 straipsnį yra nesuderinami su vidaus rinka, ji nedelsdama pradeda SESV 108 straipsnio 2 dalyje nustatytą procedūrą, siekiant priimti sprendimą, reikalaujantį, kad atitinkama valstybė narė tokią pagalbą panaikintų ar pakeistų.

Pagal SESV 108 straipsnio 4 dalį ir SESV 109 straipsnį gali būti nustatytos pagalbos kategorijos ir rūšys, kurioms netaikoma išankstinio pranešimo tvarka²²⁹.

Tačiau 2003 m. liepos 24 d. sprendime *Altmark* (*Altmark*, 2003, toliau – sprendimas *Altmark*) ESTT įtvirtino kriterijus, kai pagalba kompensacijos forma, suteikta įmonėms, teikiančioms BESP, nebus laikoma valstybės pagalba pagal SESV. O būtent, kompensacija už viešąją paslaugą nėra valstybės pagalba, jei įvykdyti keturi suvestiniai kriterijai. Pirma, kompensaciją gaunanti įmonė turi iš tiesų vykdyti su viešąja paslauga susijusius įpareigojimus, ir jie turi būti aiškiai apibrėžti. Antra, kompensacijos skaičiavimo kriterijus reikia iš anksto nustatyti objektyviai ir skaidriai. Trečia, kompensacija negali viršyti sumos, kuri būtina siekiant padengti visas su viešąja paslauga susijusių įsipareigojimų vykdymo išlaidas arba jų dalį, atsižvelgiant į pajamas ir nuosaikų pelną. Pagaliau, ketvirta, kai tam tikru atveju su viešąja paslauga susijusius įsipareigojimus turinti vykdyti įmonė nėra atrenkama viešojo pirkimo konkurso tvarka, sudarančia sąlygas atrinkti konkurso dalyvį, galintį šias paslaugas teikti už mažiausią bendruomenei kainą, reikalingos kompensacijos dydį reikia nustatyti remiantis vidutinės tinkamai valdomos ir reikiamus išteklius turinčios įmonės išlaidų, kurias ji būtų patyrusi vykdydama šiuos įsipareigojimus, analize (*Altmark*, 2003, 87–93 punktai).

Kompensacijai už viešąją paslaugą, kuri neatitinka šių kriterijų, taikomos taisyklės dėl valstybės pagalbos, tačiau ji gali būti pripažinta suderinama su vidaus rinka, visų pirma pagal SESV 106 straipsnio 2 dalį (*CBI / Komisija*, 2012, 81 punktas ir jame nurodyta teismo praktika). Kiek tai susiję su valstybės pagalba, šios SESV 106 straipsnio 2 dalies nukrypti leidžiančios nuostatos taikymo sąlygos yra paaiškintos EK 2011 m. gruodžio 20 d. sprendime (2012/21/ES) dėl Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo 106 straipsnio 2 dalies taikymo valstybės pagalbai, kompensacijos už viešąją paslaugą forma skiriamai tam tikroms įmonėms, kurioms pavesta teikti visuotinės ekonominės svarbos paslaugas (Komisijos 2011 m. gruodžio 20 d. sprendimas (2012/21/ES), toliau – EK sprendimas 2012/21) ir komunikate „Europos Sąjungos bendrosios nuostatos dėl valstybės pagalbos kompensacijos už viešąją paslaugą forma (2011 m.)“ (Europos Komisija,

²²⁹ Vienas iš teisės aktų, nustatančių tokias valstybės pagalbos kategorijas, yra EK 2014 m. birželio 17 d. reglamentas (ES) Nr. 651/2014, kuriuo tam tikrų kategorijų pagalba skelbiama suderinama su vidaus rinka taikant Sutarties 107 ir 108 straipsnius (Komisijos 2014 m. birželio 17 d. reglamentas (ES) Nr. 651/2014).

2011, toliau – 2011 m. Komunikatas). Abu šie dokumentai yra vadinamojo Almunijos paketo, pakeitusio 2005 m. Monti-Kroes paketą, sudedamoji dalis²³⁰.

EK sprendime 2012/21 nurodomos sąlygos, kuriomis valstybės pagalbai kompensacijos už BESP forma netaikomas išankstinio pranešimo reikalavimas pagal SESV 108 straipsnio 3 dalį, ir ji gali būti laikoma suderinama su SESV 106 straipsnio 2 dalimi. Kitais atvejais valstybė privalo apie teikiamą valstybės pagalbą pranešti EK, o 2011 m. Komunikatas išdėsto gaires, kuriomis remdamasi EK vertins tokios valstybės pagalbos atitiktį SESV.

Siekiant nustatyti, kokie reikalavimai yra taikomi pavedimui vykdyti BESP valstybės pagalbos srityje²³¹ buvo išnagrinėta ši ES teismų ir EK praktika, susijusi su SESV 106 straipsnio 2 dalies taikymu BESP sveikatos apsaugos srityje: Bendrojo teismo 2008 m. vasario 12 d. sprendimas *BUPA / Komisija (BUPA / Komisija, 2008)*, 2012 m. lapkričio 7 d. sprendimas *CBI / Komisija (CBI / Komisija, 2012)*, su jais susiję atitinkami EK sprendimai, taip pat EK 2015 m. balandžio 29 d. sprendimas C (2015) 2796 final dėl Hradec Králové regiono valstybinių ligoninių ir 2016 m. spalio 21 d. sprendimas C (2016) 6689 final dėl tariamos neteisėtos valstybės pagalbos, suteiktos *Klinikum Osnabrück GmbH* (European Commission. Concerning SA.36798..., 2016).

Visų pirma, reikia pasakyti, kad visuose analizuotuose sprendimuose, kuriuose sveikatos draudimo ar ligoninių ir susijusias paslaugas teikę subjektai buvo laikomi įmonėmis, viešasis finansavimas buvo pripažintas suderinamu su SESV 106 straipsnio 2 dalimi / EK sprendimu 2012/21. 2003 m. liepos 24 d. sprendime *Altmark* nustatyti kriterijai (o būtent, ketvirtasis kriterijus) reikalauja, kad įmonė būtų efektyvi. Tuo tarpu pagal SESV 106 straipsnio 2 dalį tokio reikalavimo nėra. Tačiau, išskyrus šį

²³⁰ Išsamumo dėlei reikia paminėti, kad į Almunijos paketą įeina ir EK 2012 m. balandžio 25 d. reglamentas (ES) Nr. 360/2012 dėl SESV 107 ir 108 straipsnių taikymo *de minimis* pagalbai, skiriamai visuotinės ekonominės svarbos paslaugas teikiančioms įmonėms (Komisijos 2012 m. balandžio 25 d. reglamentas (ES) Nr. 360/2012), taip pat EK komunikatas dėl ES valstybės pagalbos taisyklių taikymo kompensacijai už visuotinės ekonominės svarbos paslaugų teikimą (Europos Komisija, 2012a), kuris iš esmės paaiškina ESTT ir EK praktiką, taip pat EK reglamentą Nr. 360/2012, EK sprendimą 2012/21 ir 2011 m. Komunikatą bei sprendimo *Altmark* kriterijų taikymą.

²³¹ Kiti kriterijai, būtini pripažinti valstybės pagalbą, šioje disertacijoje iš esmės nėra nagrinėjami, kadangi jų taikymas sveikatos apsaugos srityje jokia specifika nepasižymi.

efektyvumo reikalavimą, sprendime *Altmark* nustatyti kriterijai praktiškai sutampa su SESV 106 straipsnio 2 dalies taikymo kriterijais. Kitaip tariant, jeigu įmonė iš tiesų teikia aiškiai apibrėžtą BESP, kompensacijos skaičiavimo kriterijai yra iš anksto objektyviai ir skaidriai nustatyti, ir ši kompensacija neviršija BESP vykdymo išlaidų arba jų dalies, atsižvelgiant į pajamas ir nuosaičių pelną, valstybės priemonę galima pateisinti pagal SESV 106 straipsnio 2 dalį. Tačiau jeigu tokia įmonė dar ir yra atrinkta viešojo pirkimo konkurso tvarka arba jeigu kompensacijos dydis yra nustatomas remiantis vidutinės tinkamai valdomos ir reikiamus išteklius turinčios įmonės analize, valstybės pagalbos apskritai nebus.

Sprendime *BUPA / Komisija (BUPA / Komisija, 2008)* nagrinėtos priemonės taip pat buvo laikomos atitinkančiomis sprendimo *Altmark* trečiojo ir ketvirtojo kriterijų „tikslą ir prasmę“, ir tuo remdamasis Bendrasis teismas nusprendė, kad EK nepadarė klaidos pripažindama, jog valstybės pagalbos SESV 107 straipsnio 1 dalies prasme nebuvo. Tačiau šis sprendimas yra vienas iš nedaugelio, kuriame buvo pripažinta, kad finansavimas kompensacijos už BESP forma nėra laikytinas valstybės pagalba. O kalbant apskritai reikia pasakyti, kad ketvirtąjį sprendimo *Altmark* kriterijų yra labai sunku įvykdyti (Nicolaidis, 2015). Ypač turbūt tai yra pasakytina apie sveikatos ar socialinės apsaugos sritis.

Būtent dėl šios priežasties viešasis finansavimas sveikatos apsaugos srityje daugeliu atveju galėtų būti vertinamas kaip valstybės pagalba. Todėl jis arba turi atitikti EK sprendimo 2012/21 taikymo sąlygas, arba būti pateisinamas pagal SESV 106 straipsnio 2 dalį ir apie jį turi būti iš anksto pranešta EK pagal SESV 108 straipsnio 3 dalį.

Skirtingai nei rizikos suvienodinimo sistemos (RSS) Airijos savanoriško sveikatos draudimo sistemoje atveju²³², tiek Briuselio-Sostinės regiono IRIS ligoninių²³³, tiek Hradec Králové regiono valstybinių ligoninių ar *Klinikum Osnabrück GmbH* finansavimo atvejais apie valstybės pagalbą nebuvo pranešta EK, tačiau buvo pripažinta, kad atitinkamas finansavimas atitiko EK sprendimo 2012/21 (ar ankstesnio atitinkamo EK sprendimo) sąlygas, taigi pranešimo reikalavimas nebuvo taikomas.

²³² Nagrinėta Bendrojo teismo 2008 m. vasario 12 d. sprendime *BUPA / Komisija (BUPA / Komisija, 2008)*.

²³³ Nagrinėta Bendrojo teismo 2012 m. lapkričio 7 d. sprendime *CBI / Komisija (CBI / Komisija, 2012)*. Žr. taip pat šios disertacijos dalį „2.2. KONKREČIŲ SUBJEKTŲ SOCIALINĖS APSAUGOS SRITYJE STATUSO VERTINIMAS ES TEISMŲ IR EK PRAKTIKOJE“.

Papildomai paminėtina, kad byloje dėl tariamos neteisėtos valstybės pagalbos, suteiktos *Klinikum Osnabrück GmbH* Vokietija argumentavo, jog nagrinėjami kapitalo įnašai šiai įmonei atitiko tiek rinkos ekonomikos sąlygomis veikiančio privataus investuotojo (angl. „*market economy investor*“) principą, tiek EK sprendimą 2012/21. EK atmetė Vokietijos argumentą, susijusį su priemonės atitiktimi minėtam principui. Tam, kad būtų galima taikyti šį principą, atitinkama ekonominė veikla turi būti pelninga. Tuo tarpu valstybės pagalba kompensacijos už BESP forma gali būti teikiama tik kai valstybės pagalbos gavėjas patiria pajamas viršijančias išlaidas (Nicolaidis, 2017c).

EK sprendimas 2012/21 nustato kelis papildomus reikalavimus, palyginti su SESV 106 straipsnio 2 dalies taikymo sąlygomis, kuriems esant valstybės pagalbai kompensacijos už BESP forma netaikomas išankstinio pranešimo reikalavimas pagal SESV 108 straipsnio 3 dalį, ir ji gali būti laikoma suderinama su SESV 106 straipsnio 2 dalimi. O būtent, išankstinio pranešimo reikalavimas yra netaikomas, kai įmonei yra pavesta teikti visuotinės BESP ne ilgesnį nei dešimties metų laikotarpį arba, jeigu pavedimo laikotarpis yra ilgesnis, kai įmonė turi imtis didelių investicijų, kurios turi būti amortizuotos per ilgesnį laikotarpį pagal bendruosius apskaitos principus. Be to, jeigu įmonė vykdo BESP ir kitą veiklą, turi būti laikomasi sąskaitų atskyrimo principo (5 straipsnio 9 dalis), skaidrumo reikalavimo, kai kompensacija vienai įmonei per metus yra didesnė nei 15 mln. EUR (7 straipsnis), o pavedimo dokumente turi būti nuoroda į EK sprendimą 2012/21 (4 straipsnio f punktas). Ypač pastarasis reikalavimas iš esmės reiškia, kad valstybė narė turi atlikti *ex ante* vertinimą dėl finansavimo priemonių atitikties EK sprendimo 2012/21 nuostatoms. Briuselio-Sostinės regiono IRIS ligoninių, Hradec Králové regiono valstybinių ligoninių ar *Klinikum Osnabrück GmbH* finansavimo atvejais nuoroda į minėtą sprendimą buvo pateikta pavedimo dokumentuose²³⁴. Kitaip tariant, būtent dėl šio reikalavimo mėginti *ex post* remtis EK sprendimu 2012/21 vargu ar yra įmanoma. Taigi šiuo atveju yra reikalingas tam tikras valstybės narės apsisprendimas taikyti EK sprendimą

²³⁴ Briuselio-Sostinės regiono IRIS ligoninių atveju tokia nuoroda pavedimo dokumentuose atsirado 2014 metais. EK 2005 m. lapkričio 28 d. sprendime (2005/842/EB) dėl EB sutarties 86 straipsnio 2 dalies taikymo valstybės pagalbai kompensacijos už viešąją paslaugą forma skiriamai tam tikroms įmonėms, kurioms patikėta teikti bendros ekonominės svarbos paslaugas (Komisijos 2005 m. lapkričio 28 d. sprendimas (2005/842/EB)), pagal kurį EK vertino valstybės pagalbą už ankstesnius laikotarpius, tokio nuorodos reikalavimo nebuvo (European Commission... C (2016) 4051 final, 2016, 224 punktas).

2012/21, kuris, be kita ko, atsispindėtų pavedimo teikti BESP dokumentuose. Jeigu dėl tam tikrų priežasčių šio sprendimo atitinkamam finansavimui taikyti neišeina, valstybės pagalba turi būti notifikuojama EK, pateikiant argumentus dėl jos atitikties SESV 106 straipsnio 2 daliai.

Tuo atveju, jeigu nėra vienas iš minėtų sprendimų ar veiksmų nėra atliekamas, nėra užtikrinamas teisinis tikrumas dėl viešojo finansavimo BESP neprieštaravimo vidaus rinkai.

2.4.4. Įmonės atrinkimas teikti BESP

Kaip matėme, tam, kad pagalba kompensacijos už BESP forma nebūtų laikoma valstybės pagalba, ketvirtasis sprendimo *Altmark* kriterijus nustato du alternatyvius reikalavimus: arba BESP užduotį turinti vykdyti įmonė yra atrenkama viešojo pirkimo konkurso tvarka, sudarančia sąlygas atrinkti konkurso dalyvį, galintį šias paslaugas teikti už mažiausią bendruomenei kainą, arba kompensacijos dydis yra nustatomas remiantis vidutinės tinkamai valdomos ir reikiamus išteklius turinčios įmonės išlaidų, kurias ji būtų patyrusi vykdydama šią užduotį, analize. Kitaip tariant, ES taisyklės dėl valstybės pagalbos konkrečiai nereikalauja, kad įmonė būtų atrenkama teikti BESP viešųjų pirkimų tvarka. Tačiau jeigu tokios tvarkos yra laikomasi, bus įvykdytos visos sprendime *Altmark* nustatytos sąlygos, ir valstybės pagalbos nebus.

Pirmiau nagrinėta teismo praktika SESV 101 ir 102 straipsnių srityje, kai teikiamos BESP, taip pat neatskleidė, kokie reikalavimai yra taikomi atrenkant BESP užduotį turinčias vykdyti įmones.

Tačiau reikia paminėti, kad tokius reikalavimus nustato kitos ES teisės nuostatos. Antai 2010 m. balandžio 29 d. sprendime *Komisija / Vokietija (Komisija / Vokietija, 2010)* ESTT konstatavo, jog tos pačios aplinkybės, kurios 2001 m. spalio 25 d. sprendime *Ambulanz Glöckner (Ambulanz Glöckner, 2001)* buvo pripažintos pateisinančiomis išimtį iš SESV 102 straipsnio, nepaaiškina, kaip pareiga sudarant viešojo pirkimo sutartis laikytis ES teisės taisyklių, susijusių su skaidrumu viešojo pirkimo srityje, galėtų sutrukdyti įgyvendinti BESP užduotį. Atsižvelgdamas į tai, ESTT atmetė Vokietijos argumentą, grindžiamą SESV 106 straipsnio 2 dalimi ir konstatavo, kad nepaskelbusi viešojo greitosios medicinos pagalbos transporto ir specialaus medicinos transporto paslaugų pirkimo sutarčių, sudarytų pagal pasiūlymo modelį tam tikrose Vokietijos žemėse, sudarymo

procedūros rezultatų, Vokietija neįvykdė įsipareigojimų pagal viešojo pirkimo direktyvas²³⁵.

Nors ESTT neatmetė galimybės taikyti išimtį iš viešojo pirkimo taisyklių remiantis SESV 106 straipsnio 2 dalimi, tačiau 2010 m. balandžio 29 d. sprendimas *Komisija / Vokietija (Komisija / Vokietija, 2010)* iliustruoja, kad iš esmės atrenkant įmonę teikti BEP turėtų būti taikomos viešojo pirkimo direktyvos, nebent jeigu konkrečiais atvejais galima remtis šiose direktyvose nustatytais išimtimis. Tuo tarpu kai norėdamas vykdyti veiklą tam tikrame sektoriuje ūkio subjektas turi gauti licenciją / leidimą, ir šių licencijų yra išduodamas ribotas skaičius, įsisteigimo laisvė reikalauja, kad nacionalinės teisės aktai, kiek jais apribojamas atitinkamą veiklą vykdančių ūkio subjektų skaičius, iš tikrųjų atitiktų kurią nors iš svarbių bendrojo intereso priežasčių ir proporcingumo reikalavimus (*Placanica, 2007, 58* punktas). Šie ūkio subjektai turėtų būti atrenkami remiantis bendraisiais principais, taikomais viešajam pirkimui, o būtent, nediskriminavimo ir vienodo vertinimo, skaidrumo ir abipusio pripažinimo (*Hatzopoulos, 2010, p. 393*). Pagaliau, ESTT yra išaiškinęs, kad jeigu atitinkama veikla gali užsiimti neribotas ūkio subjektų, atitinkančių iš anksto nustatytus kriterijus, skaičius, viešojo pirkimo direktyvos nėra taikomos (*Falk Pharma GmbH, 2016, 42* punktas). Tačiau tokiu atveju taip pat turi būti laikomasi pagrindinių SESV taisyklių, ypač ūkio subjektų nediskriminavimo ir vienodo vertinimo principų bei iš jų kylančios skaidrumo pareigos (*Falk Pharma GmbH, 2016, 44* punktas).

Remiantis šiais principais, iš esmės galima teigti, kad jeigu reikia atrinkti vieną ar kelias įmones teikti BEP sveikatos apsaugos srityje, turi būti laikomasi viešojo pirkimo procedūros. Jeigu, pavyzdžiui, nacionalinei sveikatos apsaugos sistemai gali priklausyti tik ribotas ligoninių skaičius (ribojamas išduodamų licencijų skaičius) arba jeigu nacionalinei sveikatos draudimo sistemai gali priklausyti tik ribotas sveikatos draudimo fondų skaičius, toks skaičiaus ribojimas turi būti pagrįstas svarbiomis bendrojo

²³⁵ Minėtame sprendime buvo nagrinėjami Vokietijos įsipareigojimai pagal tuo metu galiojusias viešojo pirkimo direktyvas. Šiuo metu galioja Europos Parlamento ir Tarybos 2014 m. vasario 26 d. direktyva 2014/23/ES dėl koncesijos sutarčių suteikimo (Europos Parlamento ir Tarybos 2014 m. vasario 26 d. direktyva 2014/23/ES) ir Europos Parlamento ir Tarybos 2014 m. vasario 26 d. direktyva 2014/24/ES dėl viešųjų pirkimų, kuria panaikinama Direktyva 2004/18/EB (Europos Parlamento ir Tarybos 2014 m. vasario 26 d. direktyva 2014/24/ES). Naujojoje Direktyvoje 2014/24 panašioms atvejams, kaip nagrinėtieji 2010 m. balandžio 29 d. sprendime *Komisija / Vokietija (Komisija / Vokietija, 2010)*, numatyta išimtis iš viešojo pirkimo sutarčių sudarymo taisyklių taikymo (žr. 2019 m. kovo 21 d. sprendimą *Falck Rettungsdienste GmbH (Falck Rettungsdienste GmbH, 2019)*).

intereso priešastimis ir būti proporcingas siekiamų tikslų atžvilgiu. Be to, atrenkant ūkio subjektus turi būti laikomasi nediskriminavimo ir vienodo vertinimo, skaidrumo ir abipusio pripažinimo principų. Lygiai tas pats pasakytina ir tuo atveju, jeigu tik ribotam skaičiui ūkio subjektų yra pavedama teikti BESP. Pagaliau, jeigu atitinkamai sistemai gali priklausyti neribotas ligoninių ar sveikatos draudimo fondų skaičius, ir jiems visiems pavesta teikti vienodos apimties paslaugas, turi būti laikomasi nediskriminavimo ir vienodo vertinimo principų bei skaidrumo pareigos. Tačiau, žinoma, pastaruoju atveju ir jeigu viešasis finansavimas visiems tokiems subjektams yra paremtas vienodomis taisyklėmis, nėra tenkinamas selektyvumo kriterijus, ir klausimas dėl valstybės pagalbos nekyla.

2.5. ES KONKURENCIJOS TAISYKLIŲ TAIKYMAS ORGANIZUOJANT IR REGULIUOJANT LIETUVOJE VIEŠŲJŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMĄ

Atsižvelgiant į tai, kas išdėstyta, toliau konkrečiai vertinant ES konkurencijos taisyklių poveikį Lietuvos sveikatos sistemos organizavimui ir reguliavimui ir tai, kokios konkrečiai pasekmės kyla iš to, kad LNSS priklausantys sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai laikytini įmonėmis ES konkurencijos teisės prasme, reikės nustatyti, kiek šios taisyklės yra aktualios teikiant viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje ir kokie konkrečiai reikalavimai kyla iš šių taisyklių organizuojant ir reguliuojant Lietuvos sveikatos apsaugos sistemą privačių asmenų teisių ir kitų šios sistemos reguliavimo pasikeitimų požiūriu. Šiuo tikslu bus vertinama, ar viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų srityje Lietuvoje buvo nustatyti SESV 101 straipsniui prieštaraujantys susitarimai, ar suteiktos išimtinės teisės ir ar teikiama valstybės pagalba. Teigiamo atsakymo atveju reikės įvertinti, ar atitinkamas valstybės priemonės galima būtų pateisinti SESV 106 straipsnio 2 dalimi, t. y. ar Lietuvoje yra teikiamos BESP, ir kurios LRKT išaiškinimų dėl nemokamos medicinos pagalbos teikimo valstybinėse įstaigose ir kitų sveikatos priežiūros paslaugų, finansuojamų PSDF biudžeto lėšomis, atskyrimo įgyvendinimo alternatyvos yra tinkamesnės ES konkurencijos taisyklių požiūriu. Galiausiai, nustačius konkretų ES konkurencijos taisyklių poveikį Lietuvos sveikatos sistemos organizavimui ir reguliavimui, pateikiama analizuojama, ar šios taisyklės paveikė Lietuvos kompetenciją organizuoti ir reguliuoti savo sveikatos apsaugos sistemą.

2.5.1. SESV 101 straipsniui prieštaraujantys susitarimai viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų srityje

Konkurencijos tarybos 2011 m. sausio 20 d. nutarime Nr. 2S-2 OTP byloje (Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos 2011 m. sausio 20 d. nutarimas Nr. 2S-2) 12 OTP gamintojų buvo nubausti beveik 3 mln. litų baudomis už Konkurencijos įstatymo 5 straipsnio ir SESV 101 straipsnio pažeidimą. O VLK buvo pripažinta pažeidusia Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio 1 dalies reikalavimus bei įpareigota nutraukti šį straipsnį pažeidžiančius veiksmus.

Buvo nustatyta, kad nuo 2006 iki 2010 m., dalyvaudami dviejų asociacijų ir VLK susirinkimuose, OTP gamintojai tarėsi dėl kainų, OTP kiekių ir rinkos pasidalijimo, o VLK nesiėmė priemonių užtikrinti sąžiningą konkurenciją, sudarė prielaidas ūkio subjektams sudaryti kartelinius susitarimus.

Pagal tuo laikotarpiu galiojusį teisinį reguliavimą, iš esmės nustatytą sveikatos apsaugos ministro įsakymais, valstybės parama OTP įsigyti buvo teikiama visiškai ar iš dalies kompensuojant OTP pagal šių priemonių bazines kainas, o šių priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimas buvo vykdomas per ortopedijos įmones, sudariusias sutartis su VLK. OTP bazinės kainos nurodomos sveikatos apsaugos ministro tvirtinamuose OTP, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos PSDF biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašuose. Jas nustatant, be kita ko, buvo reikalaujama, kad ortopedijos įmonės pateiktų VLK ateinančių kalendorinių metų kompensuojamų OTP gamybos planus. Nustačius OTP bazines kainas, jomis prekiauti privalėjo visi be išimties atitinkamoje rinkoje veikiantys ūkio subjektai, nesuteikiant galimybės mažinti ar didinti šių kainų.

Konkurencijos taryba nustatė, kad ortopedijos įmonės suderino vieningą OTP kainų skaičiavimo metodiką, kurios pagrindu buvo nuspręsta teikti savikainos skaičiavimus VLK turint tikslą nustatyti bazinę kainą. Šios įmonės taip pat tarėsi dėl ortopedinės avalynės kainų, be kita ko, ortopedinės avalynės gamybos ir pritaikymo proceso įkainių, OTP pelno procento, priėmė bendrą sprendimą dėl šių OTP kainos ir pateikė jį VLK, tarėsi dėl priemokų už OTP taikymo bei išdirbio normų ir gamybinių pajėgumų skaičiavimo, taip pat dėl OTP kompensavimo lygio nustatymo ir kt. Iš esmės minėtais veiksmais šie ūkio subjektai ne tik suderino duomenų teikimą VLK, siekiant nustatyti bazines kainas, tačiau taip pat susitarė dėl kiekvienam subjektui skiriamų PSDF biudžeto lėšų dalies.

Tai pat Konkurencijos taryba nustatė, kad VLK, siekdama peržiūrėti OTP kainas ir parengti teisės akto, įtvirtinančio bazines kainas, projektą, sudarė darbo grupę, į kurią buvo įtraukti VLK ir ortopedijos įmonių atstovai ir kurioje iš esmės buvo priimtas sprendimas pateikti VLK OTP savikainos duomenis.

VLK žinojo apie įmonių sudarytą susitarimą tiek dėl OTP kainų, tiek dėl gamybos kiekių. Savo posėdžiuose, kuriuose dalyvaudavo ir ortopedijos įmonių atstovai, VLK svarstydavo įmonių gamybinių pajėgumų projektus, palaikė jų veiksmus tariantis dėl gamybinių pajėgumų mažinimo ir išdirbio normų, teikė ortopedijos įmonėms informaciją, reikalingą asociacijų sprendimams dėl gamybinių pajėgumų nustatymo. Tai nereiškia, kad VLK iniciavo, organizavo draudžiamą susitarimą, tačiau savo veiksmais prisidėjo, kad toks pažeidimas būtų padarytas.

Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio 1 dalies pažeidimu buvo laikoma ir tai, kad VLK pasirinko netinkamas priemones OTP įsigijimo išlaidų kompensavimui organizuoti. T. y. sudarydama sutartis su OTP gamintojais, VLK sutarties priede detaliai įtvirtindavo įmonių gamybinius pajėgumus, smulkiai išdėstydamas, kokį kiekį skirtingų OTP pagal gamybos pobūdį galėjo pagaminti konkreti įmonė.

Dėl šių aplinkybių atsirado pakankamas pagrindas manyti, kad OTP bazinės kainos buvo ne objektyvios, ne susiformavusios kaip sąžiningos konkurencijos rinkoje rezultatas, bet tokios, kurios atitinka visų atitinkamoje rinkoje veikiančių ūkio subjektų interesus ir kurios leidžia išvengti tarpusavio konkurencijos. Sudaryti ūkio subjektų susitarimai riboja konkurenciją pagal tikslą. Todėl Konkurencijos taryba neprivalėjo įrodyti, kad buvo priežastinis ryšys tarp nagrinėjamų susitarimų ir sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintų bazinių kainų ir sutartyse su VLK dėl apdraustųjų aprūpinimo OTP įtvirtintų gamybinių pajėgumų. Pakako nustatyti, kad ortopedijos įmonės suderintus duomenis pateikė VLK, o tai leido preziumuoti, kad susitarimas turėjo įtakos galutinėms OTP bazinėms kainoms ir gamybos apimtims. Atsižvelgiant į VLK posėdžių protokolų medžiagą, galima teigti, kad susitarimas turėjo ir realios įtakos atitinkamos rinkos formavimuisi.

2011 m. rugsėjo 29 d. Vilniaus apygardos administracinis teismas (Vilniaus apygardos administracinio teismo 2011 m. rugsėjo 29 d. sprendimas), o 2012 m. gegužės 17 d. LVAT (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2012 m. gegužės 17 d. nutartis) patvirtino Konkurencijos tarybos nutarimo teisėtumą.

Šioje byloje nebuvo keliamas klausimas dėl BESP teikimo. Taip pat VLK pati nebuvo laikoma pažeidusia SESV 101 straipsnį, skaitomą kartu su ESS 4 straipsnio 3 dalimi. Tačiau šios disertacijos tikslais OTP byla yra aktuali ypač tuo, kad SESV 101 straipsnio pažeidimo konstatavimas atskleidė valstybės paramos OTP įsigyti teikimo organizavimo ydas konkurencijos teisės požiūriu. Tuo pačiu metu vyko pirmiau aptarti teisiniai ginčai dėl šios paramos teikimo organizavimo atitikties viešojo pirkimo taisyklėms, kurių pasekmė buvo Sveikatos draudimo įstatymo papildymas 26¹ straipsniu. Pagal

šià nuostatà OTP įsigijimas organizuojamas VLK ar TLK sudarant sutartis su visomis pageidaujantiomis OTP įmonėmis, iš esmės neribojant subjektų rato, t. y. lygiai taip pat, kaip yra organizuojamas viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimas ir gyventojų aprūpinimas vaistais ir medicinos pagalbos priemonėmis.

Tyrimo metu nebuvo nustatyta teisės aktuose įtvirtintų tokių viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir gyventojų aprūpinimo vaistais ir medicinos pagalbos priemonėmis organizavimo trūkumų, kurie keltų klausimų dėl to, ar nustatomos atitinkamos bazinės kainos nėra tokios, kurios atitinka visų atitinkamoje rinkoje veikiančių ūkio subjektų interesus ir kurios leidžia išvengti tarpusavio konkurencijos.

2.5.2. Išimtinės teisės Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje

Šio tyrimo metu nenustatyta, kad Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje būtų suteiktos išimtinės teisės vykdyti tam tikrą veiklą SESV 106 straipsnio prasme. Net jeigu teikiant tam tikras paslaugas faktiškai dalyvauja tik valstybiniai sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, tai dar nereiškia, kad tokios paslaugos negali būti teikiamos privačių teikėjų, jeigu jie atitinka nustatytus reikalavimus. Pavyzdžiui, pirmiau nagrinėtoje administracinėje byloje Nr. I-7-552/2015 atsakovas – Sveikatos apsaugos ministerija – teigė, kad iki ginčijamų sveikatos apsaugos ministro įsakymų priėmimo privataus kapitalo ASPĮ sudėtingų, profesinės patirties, daug materialinių ir žmogiškųjų išteklių reikalaujančių neurochirurgijos paslaugų neteikė. Vis dėlto visi sveikatos apsaugos ministro įsakymais nustatyti reikalavimai neurochirurgijos paslaugų teikimui, įskaitant ir tam tikros medicininės aparatūros turėjimą, galioja visoms ASPĮ, nepriklausomai nuo jų nuosavybės formos, o privačios sveikatos priežiūros įstaigos, turinčios licenciją teikti neurochirurgijos paslaugas ir atitinkančios specialiuosius reikalavimus, turėtų teisę teikti minėtas paslaugas (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2015 m. gruodžio 21 d. sprendimas).

Tyrimo metu taip pat nebuvo nustatyta, kad būtų pavesta teikti sveikatos priežiūros paslaugas pagal viešųjų pirkimų tvarką. Antai greitosios medicinos pagalbos paslaugos taip pat teikiamos pagal greitosios medicinos pagalbos įstaigų sutartis su TLK (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. liepos 1 d. įsakymas Nr. 324; Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. lapkričio 6 d. įsakymas Nr. V-895), iš esmės neribojant tokių įstaigų skaičiaus. Tiesa, viešųjų pirkimų tvarka taikoma centralizuotai apmokamiems vaistams ar medicinos pagalbos priemonėms įsigyti.

Apskritai išnagrinėjus šiuo metu galiojančią įstatyminio lygio teisinę reguliavimą sveikatos apsaugos srityje nebuvo nustatyta, kad iš jo kyla skirtingos sąlygos valstybinėms ir privačioms ASPĮ²³⁶.

Be to, kaip jau buvo paaiškinta, kai kurių institucijų vertinimu, skirtingų sąlygų veikti bei konkuruoti LNSS sudarymas valstybinėms ir savivaldybių ASPĮ ir kitoms ASPĮ įstatymuose neatitiktų Konstitucijoje įtvirtintos ūkinės veiklos laisvės ir LRKT išaiškinimų, susijusių su teise į sveikatos priežiūrą²³⁷.

Kita vertus, Konstitucinis reguliavimas reikalauja, kad nemokama medicinos pagalba piliečiams būtų teikiama valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose ir finansuojama iš valstybės biudžeto lėšų. Tais atvejais, kai tokia pagalba dėl tam tikrų aplinkybių negali būti laiku ir kokybiškai suteikta valstybinėse gydymo įstaigose, ji gali būti teikiama ir kitose ją suteikti pajėgiose sveikatos priežiūros įstaigose, jų patiriamas šios pagalbos išlaidas apmokant iš valstybės biudžeto lėšų. Šis reikalavimas buvo įgyvendintas priėmus 2014 m. gruodžio 4 d. LR sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 8, 15, 21 ir 30 straipsnių pakeitimo įstatymą Nr. XII-1388 (Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo... įstatymas, 2014), kuriame nustatyta, kad paslaugų, skirtų gyvybei gelbėti ir išsaugoti, išlaidos apmokamos valstybės biudžeto lėšomis, skiriamomis PSDF biudžetui. Šiuo metu tokiomis paslaugomis apibrėžiamos greitosios medicinos pagalbos paslaugos (Sveikatos sistemos įstatymo 2 straipsnio 4 dalis), o jas teikia tiek savivaldybių, tiek privačios ASPĮ. Tačiau nemokama medicinos pagalba galėtų būti apibrėžiama ir plačiau, kaip apimanti ne tik būtinąją pagalbą, bet ir ją pranokstanti (Špokienė, 2013, p. 20-21). Tikėtina, kad tokios nemokamos iš valstybės biudžeto lėšų finansuojamos medicinos pagalbos teikimas valstybinėse gydymo įstaigose sąlygotų skirtingų teisių ir pareigų privačioms ir valstybinėms sveikatos priežiūros įstaigoms nustatymą teisės aktuose.

²³⁶ Žr. šiuo aspektu ir Vilniaus apygardos administracinio teismo 2013 m. kovo 22 d. sprendimą administracinėje byloje (Vilniaus apygardos administracinio teismo 2013 m. kovo 22 d. sprendimas), kurioje Vilniaus apygardos administracinis teismas nurodė, kad LR įstatymai neįtvirtina tokių aplinkybių, kad būtų nustatytas privačių ASPĮ galimybių teikti iš PSDF biudžeto apmokamas stacionarias paslaugas apribojimas.

²³⁷ Žr. šios disertacijos dalį „1.3.1. Įsisteigimo laisvės taikymo Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai apimtis“.

2.5.3. Valstybės pagalba finansuojant viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas

Šiuo atveju, visų pirma, reikia atsakyti, ar skiriasi LNSS priklausančių ASPĮ finansavimas, ar visos įstaigos yra finansuojamos remiantis vienodais principais, t. y. ar yra tenkinamas selektyvumo kriterijus.

Minėta²³⁸, kad kiek tai susiję su LNSS priklausančių ASPĮ finansavimu PSDF biudžeto lėšomis, pagal Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodiką²³⁹ į šias kainas nėra įtraukiamos, pavyzdžiui, ilgalaikio turto (patalpų, įrangos ir kt.), įsigyto ne PSDF lėšomis, nusidėvėjimo ir amortizacijos sąnaudos (Valstybės kontrolė, 2018b). Kiek tai susiję su viešosiomis sveikatos priežiūros įstaigomis, ilgalaikis materialusis jų naudojamas turtas priklauso valstybei ir šioms įstaigoms yra panaudos teise perduotas laikinai neatlygintinai valdyti ir naudotis. Tokiu būdu viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų einamosios išlaidos yra sumažinamos, ir apskaičiuojant bazines kainas į šias išlaidas nėra atsižvelgiama.

Pagal 2017 m. valstybinio audito ataskaitą „Viešosioms sveikatos priežiūros įstaigoms perduoto valstybės turto valdymas“ (Valstybės kontrolė, 2017) Sveikatos apsaugos ministerija valdo 568,5 mln. EUR įsigijimo vertės arba 296,1 mln. EUR likutinės vertės materialiojo ir nematerialiojo turto (išskyrus finansinį turą). 97,9 procentai (289,9 mln. EUR likutinės vertės) jo perduota naudoti viešosioms sveikatos priežiūros įstaigoms, beveik visais atvejais – šios ministerijos kontroliuojamoms viešosioms sveikatos priežiūros įstaigoms. Atskirais atvejais turtas (medicininė įranga) pagal pasaugos sutartį buvo perduotas ir privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms (Valstybės kontrolė, 2017, p. 11), nors, kaip pažymi VK, tokio turto perdavimo būdo – neatlygintinai naudoti privačiam asmeniui – Valstybės ir savivaldybių turto valdymo įstatymas nenumato. Kitaip tariant, jeigu toks turtas ir perduodamas privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms, toks perdavimas yra neteisėtas.

Šios aplinkybės leidžia teigti, kad LNSS priklausančių ASPĮ finansavimas skiriasi priklausomai nuo to, ar, pavyzdžiui, šios įstaigos yra finansuojamos vien pagal bazines kainas PSDF biudžeto lėšomis, ar joms taip pat valstybė neatlygintinai naudotis perduoda pastatus, įrangą ir kt., kurie yra naudojami

²³⁸ Žr. šios disertacijos dalį „1.4.2. Pacientų teisės į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą įgyvendinimo Lietuvoje alternatyvų pasirinkimai“.

²³⁹ Patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymu Nr. V-388.

teikiant PSDF biudžeto lėšomis finansuojamas paslaugas, taip pat ar jos finansuojamos iš kitų viešųjų lėšų (pavyzdžiui, savivaldybės biudžeto), kurios yra naudojamos tuo pačiu tikslu. Atsižvelgiant į pirmiau apibūdintą valstybės ir savivaldybių turto valdymo, naudojimo ir disponavimo juo režimą, galima teigti, kad dėl pastatų ir įrangos perdavimo neatlygintinai naudoti valstybinėms ASPĮ, esmingai skiriasi būtent viešųjų ir privačių ASPĮ finansavimas. Šiame kontekste pažymėtina, kad pagal Sveikatos sistemos įstatymo 49 straipsnio 5 dalį, kaip ji aiškinama VLK ir kitų valstybės institucijų, ir žemesnės galios teisinį reguliavimą, jei ASPĮ (valstybinė ar privati) yra sudariusi sutartį su TLK dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis, ji iš paciento nebegali imti jokių papildomų priemokų, išskyrus Sveikatos draudimo įstatymo 10 straipsnio 5 dalyje (kai apdraustasis savo iniciatyva gydančiojo gydytojo rekomendavimu pasirenka brangesnius vaistus ar medicinos pagalbos priemones, naudojamas hospitalizuotiems stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose apdraustiesiems gydyti, negu taikomi pagal nustatytas gydymo metodikas) ir sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymu Nr. 357 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymas Nr. 357) patvirtintame Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąraše nustatytus atvejus.

Konkurencijos tarybos nuomone (Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba, 2018d)²⁴⁰, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, prisiimantys atsakomybę dalyvauti LNSS, turėtų būti atrenkami nediskriminaciniais pagrindais ir veikti vienodomis sąlygomis, t. y. gauti vienodą finansavimą už teikiamas paslaugas. Tuo tarpu esama situacija sukuria nevienodas sąlygas privačioms ir valstybinėms gydymo įstaigoms, dalyvaujančioms LNSS, nes pastarosios be finansavimo PSDF biudžeto lėšomis, taip pat gauna papildomą finansavimą: pacientų priemokos, Valstybės investicijų programos lėšos, struktūrinių fondų lėšos, savivaldybių lėšos, teikia mokamas paslaugas, taip pat gauna valstybei priklausančias patalpas, įrangą bei kitą turtą panaudos pagrindais. Atsižvelgdama į tai, Konkurencijos taryba rekomenduoja panaudos teise perduodant valstybei nuosavybės teise priklausančią turtą ir teikiant bet kokio pobūdžio finansavimą sveikatos priežiūros įstaigoms vadovautis EK sprendimu 2012/21. Valstybės pagalbos schemos pagal EK sprendimą sukūrimas ir taikymas sveikatos priežiūros sektoriuje išspręstų

²⁴⁰ Žr. bendrai dėl valstybei priklausančio turto perdavimo Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba, 2018a.

valstybės pagalbos klausimus, o valstybei nuosavybės teise priklausantis turtas būtų perduodamas skaidriai²⁴¹.

VK yra konstatavusi, kad kaina už gydymo paslaugas nėra pagrįsta objektyviomis sąnaudomis. Šiuo metu apskaičiuojamos netikslios (sumažintos) paslaugų, kurioms suteikti naudojamas turtas, taikomos naujos technologijos ir pan., kainos (Valstybės kontrolė, 2019, p. 15). VK rekomenduoja pereiti prie objektyviomis sąnaudomis grįstos asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainos, kuri būtų periodiškai perskaiciuojama pagal nustatytus kriterijus (Valstybės kontrolė, 2018b).

Taigi toliau reikia nustatyti, ar toks nevienodas finansavimas kyla iš to, jog, palyginti su privačiomis ASPĮ, valstybinėms ASPĮ yra pavesta vykdyti papildomus (BESP) įpareigojimus, kurie galimai pateisintų tokį skirtingą finansavimą.

2.5.4. BESP Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje

2.5.4.1. Esama situacija

Kaip jau iš dalies aptarta pirmiau, atliktas tyrimas neparodė, kad valstybės institucijos Lietuvoje būtų priėmę sprendimą kuriuos nors įpareigojimus

²⁴¹ Beje, Sveikatos apsaugos ministerijos parengtoje 2019 m. sausio 15 d. derinimo pažymoje (Derinimo pažyma..., 2019) dėl šios pastabos nurodyta: „<...> pažymėtina, kad netenkinami visi keturi Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo 107 straipsnio 1 dalyje išskirti kriterijai, nes 2017 m. Kauno klinikose pacientų skaičius iš Europos Sąjungos šalių sudarė 0,15 proc. nuo visų pacientų skaičiaus.

Kauno klinikų steigėjai yra Ministerija ir Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, kitų Europos Sąjungos valstybių narių ar Europos ekonominė erdvės šalių ūkio subjektų Kauno klinikų valdyme nėra.

Paslaugos Kauno klinikose teikiamos valstybine lietuvių kalba. Dokumentacija pildoma tik valstybine lietuvių kalba, todėl vertintina, kad pacientai iš Europos Sąjungos ir (ar) Europos ekonominės erdvės valstybių, siekdami gauti kompensaciją savo gimtojoje valstybėje už jiems suteiktas paslaugas Kauno klinikose, patirs papildomų administracinių sunkumų.

Atsižvelgiant į tai, kad netenkinami visi keturi Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo 107 straipsnio 1 dalyje nurodyti kriterijai, vertintina, kad minėto turto perdavimas Kauno klinikoms jos įstatuose numatytai veiklai vykdyti neturėtų būti laikomas valstybės pagalba, kaip ją apibrėžia Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo 107 straipsnio 1 dalis“. Taigi derinimo pažymoje arba nepaaiškinta, kodėl netenkinami „visi keturi Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo 107 straipsnio 1 dalyje išskirti kriterijai“, arba šiems kriterijams suteikiama labai savita, ES teisėje nenustatyta reikšmė.

sveikatos apsaugos srityje apibrėžti kaip BESP²⁴².

Remiantis šiuo metu galiojančiu teisiniu reguliavimu, pavyzdžiui, BESP požymių esama Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 45 straipsnyje, kuriame nustatyta, kad ASPĮ, kurios priklauso LNSS ir teikia pirminės ambulatorinės ASP paslaugas, privalo užtikrinti nepertraukiamą (visomis dienomis ištiesą parą) pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų (išskyrus pirminės ambulatorinės psichikos ir odontologijos sveikatos priežiūros paslaugas) teikimą. Be to, pagal šį straipsnį visos ASPĮ (nebūtinai priklausančios LNSS) privalo užtikrinti būtinąją medicinos pagalbą²⁴³.

Sveikatos priežiūros sistemos įstatymo 11 straipsnio 2 dalyje nustatyta pareiga LNSS įstaigų steigėjams ir įstaigoms užtikrinti, kad būtų įgyvendinti minimalūs LNSS įstaigų išdėstymo ir jų struktūros reikalavimai.

Šio tyrimo metu nagrinėta teismų ir EK praktika buvo susijusi su socialinio draudimo įmonių, greitosios pagalbos ir ligoninių teikiamomis BESP. Tokios praktikos ambulatorinio gydymo srityje nėra. Tačiau atsižvelgiant į plačią valstybės narės diskreciją apibrėžti BESP, o ypač tokioje srityje kaip sveikatos apsaugos sritis, iš principo nėra nieko, kas užkirstų kelią atitinkamus principus taikyti ir ambulatorinio gydymo srityje. Taigi EK sprendimas 2012/21 galėtų būti taikomas BESP ne tik stacionarinio, bet ir ambulatorinio gydymo srityje, jeigu, pavyzdžiui, kompensacija už šias paslaugas per metus neviršija 15 mln. EUR (sprendimo 2 straipsnio 1 dalies a punktas), arba jeigu teikiamos BESP, kuriomis tenkinami socialiniai poreikiai, susiję su sveikatos ir ilgalaikė priežiūra, vaiko priežiūra, galimybe įsidarbinti ir vėl integruotis į darbo rinką,

²⁴² Žr. Lietuvos pateiktas EK sprendimo 2012/21 taikymo ataskaitas, kaip numatyta šio sprendimo 9 straipsnyje, už 2009-2011, 2012-2013, 2014-2015 ir 2016-2017 metus (Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba, 2012b; Lietuvos Respublikos ataskaita, 2012-2013; Lietuvos Respublikos ataskaita, 2014-2015; Lietuvos Respublikos ataskaita, 2016-2017). Taip pat galima paminėti, kad Lietuvos teismų praktikoje jau yra nagrinėti klausimai, susiję su BESP teikimu, tačiau ne sveikatos apsaugos srityje. Žr., pavyzdžiui, LRKT 2015 m. kovo 5 d. nutarimą (Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2015 m. kovo 5 d. nutarimas) ir LVAT 2016 m. gegužės 13 d. nutartį administracinėje byloje (atliekų tvarkymo paslaugų sritis) (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2016 m. gegužės 13 d. nutartis); taip pat ESTT 2019 m. gegužės 15 d. sprendimą *Achema ir kt.* (*Achema ir kt.*, 2019), kuris buvo priimtas pagal LVAT prašymą priimti prejudicinį sprendimą pagal SESV 267 straipsnį (elektros energetikos sektorius).

²⁴³ Papildomi įpareigojimai nustatyti, pavyzdžiui, Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarime Nr. 370 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo patvirtinimo“ (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimas Nr. 370).

socialiniu būstu ir pažeidžiamų grupių socialine rūpyba ir įtrauktimi (sprendimo 2 straipsnio 1 dalies c punktas).

Be to, pareiga sveikatos priežiūros paslaugas, kurių išlaidos yra finansuojamos PSDF lėšomis, teikti už bazines kainas iš esmės taip pat galėtų būti BEBP įpareigojimas.

Kita vertus, atkreiptinas dėmesys, kad pirmiau išvardytos iš įstatymų kylančios pareigos vienodai tenka tiek valstybinėms, tiek privačioms LNSS įstaigoms.

Šiuo metu aktualiame įstatyminio lygio reguliavime apskritai nėra jokio skirtumo tarp LNSS priklausančių ASPI teisių ir pareigų, priklausomai nuo to, ar jos yra privačios, ar valstybės ir savivaldybių. Tokias pareigas nustato, pavyzdžiui, Sveikatos draudimo įstatymo 39 straipsnio 1 dalis (sveikatos priežiūros įstaigų, sudariusių sutartis su TLK, pareigos). Sveikatos priežiūros sistemos įstatymo 10 straipsnyje nustatytos Sveikatos apsaugos ministerijos funkcijos, tokios kaip nustatyti pavaldžioms įstaigoms privalomas sveikatos priežiūros užduotis ir jų finansavimo bei įgyvendinimo tvarką; kartu su VLK nustatyti minimalius LNSS įstaigų išdėstymo, jų struktūros reikalavimus bei paslaugų poreikį ir pan., nors toliau Sveikatos priežiūros sistemos įstatymo 11 straipsnio 2 dalyje nustatyta pareiga LNSS įstaigų steigėjams ir įstaigoms užtikrinti, kad būtų įgyvendinti minimalūs LNSS įstaigų išdėstymo ir jų struktūros reikalavimai nedarant skirtumo tarp valstybinių ar privačių įstaigų.

Taigi jeigu LNSS priklausančios įstaigos turi vienodas pareigas, nepriklausomai nuo to, ar jos yra valstybinės ar privačios, gali būti neįmanoma pagrįsti papildomą finansavimą valstybinėms įstaigoms būtent kompensacijos už BEBP forma (žr. *CBI / Komisija*, 2012).

Todėl kyla klausimas, kaip galima įvykdyti pirmiau minėtą Konkurencijos tarybos rekomendaciją, kad panaudos teise perduodant valstybei nuosavybės teise priklausančią turtą ir teikiant bet kokio pobūdžio finansavimą sveikatos priežiūros įstaigoms turi būti vadovaujama EK sprendimu 2012/21, nes dabartinis reguliavimas neleistų teigti, kad valstybinėms sveikatos priežiūros įstaigoms yra pavesta teikti BEBP, be to, kaip bus paaiškinta toliau, iš ES teisės kylantys reikalavimai neleistų BEBP pavesti teikti išimtinai tik valstybinėms sveikatos priežiūros įstaigoms.

Bet kuriuo atveju norint finansavimą suderinti su EK sprendimu 2012/21, turi būti apibrėžti BEBP įpareigojimai, iš anksto objektyviai ir skaidriai nustatyti kompensacijos skaičiavimo kriterijai, ir ši kompensacija turi neviršyti BEBP vykdymo išlaidų arba jų dalies, atsižvelgiant į pajamas ir nuosaikų pelną. EK ir ES teismų praktikoje į pastarąjį reikalavimą žiūrima gana lanksčiai. Vis dėlto, atsižvelgiant į tai, kad valstybinės ASPI vykdyt ir kitą veiklą, kaip antai, teiks paslaugas, finansuojamas PSDF biudžeto lėšomis,

dėl kurių turi būti sudarytos vienodos sąlygos privačioms ir valstybinėms įstaigoms, ar teks mokamas paslaugas, turės būti apskaičiuotos BESP vykdymo sąnaudos.

Taigi kadangi šiuo metu galiojantis reguliavimas neleistų argumentuoti, kad valstybinėms įstaigoms yra pavesti BESP įpareigojimai, toliau reiktų įvertinti, kiek diskrecijos turi įstatymų leidėjas siekdamas sveikatos priežiūros įstaigų finansavimą suderinti su ES teisės reikalavimais. Šiuo atžvilgiu bus nagrinėjama, kaip galima būtų įgyvendinti LRKT išaiškinimus dėl nemokamos medicinos pagalbos teikimo valstybinėse įstaigose, kad toks įgyvendinimas atitiktų ES teisės reikalavimus.

2.5.4.2. LRKT išaiškinimų dėl nemokamos medicinos pagalbos teikimo valstybinėse įstaigose įgyvendinimo alternatyvos

Pirmiau aptartuose 2013 m. gegužės 16 d. nutarime ir 2014 m. vasario 26 d. sprendime LRKT konstatavo, kad Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje yra įtvirtinta nemokamos medicinos pagalbos piliečiams valstybinėse gydymo įstaigose garantija, kuri įpareigoja valstybę sukurti reikiamą valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir iš valstybės biudžeto lėšų apmokėti šios pagalbos teikimo išlaidas. Tokios nemokamos, iš valstybės biudžeto lėšų finansuojamos medicinos pagalbos apimtį turi nustatyti įstatymų leidėjas bent jau tokiu mastu, koku ji yra būtina žmogaus gyvybei gelbėti ir išsaugoti. Tais atvejais, kai tokia pagalba dėl tam tikrų aplinkybių negali būti laiku ir kokybiškai suteikta valstybinėse gydymo įstaigose, ji gali būti teikiama ir kitose ją suteikti pajėgiose sveikatos priežiūros įstaigose, jų patiriamas šios pagalbos teikimo išlaidas apmokant iš valstybės biudžeto lėšų.

Įstatymų leidėjas taip pat turi pareigą aiškiai apibrėžti PSD lėšomis finansuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtį. O kiek tai susiję su šių lėšų paskirstymu sveikatos priežiūros įstaigoms, valstybė turi pareigą užtikrinti, kad valstybėje nuolat veiktų pakankamas tinklas tinkamai paskirstytų įvairias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, tarp jų – Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje *expressis verbis* nurodytų valstybinių gydymo įstaigų.

Minėta, kad šiuo metu nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose, finansuojamos iš valstybės biudžeto lėšų, ir PSDF biudžeto lėšomis finansuojamų kitų sveikatos priežiūros paslaugų atskyrimas įgyvendintas labai siaurai, kaip apimantis tik greitosios medicinos pagalbos paslaugas. O pagal Sveikatos sistemos įstatymo 47 straipsnį valstybės laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros paslaugos, kurios apima ir

būtinąją (pirmąją ir skubiąją) medicinos pagalbą apmokamos, be kita ko, PSDF biudžeto lėšomis, o jas teikia ne vien valstybinės, tačiau ir privačios sveikatos priežiūros įstaigos. T. y. pagal Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 45 straipsnio 1 dalį pareiga užtikrinti būtinąją medicinos pagalbą sveikatos priežiūros įstaigai kyla nepriklausomai nuo jos nuosavybės formos.

Minėta ir tai, kad LRKT išaiškinimus galima būtų įgyvendinti plačiau, t. y. kad nemokama medicinos pagalba, finansuojama valstybės biudžeto lėšomis, apimtų daugiau nei tik būtinąją pagalbą.

Be to, kiek tai susiję su ES konkurencijos teise, nemokamos medicinos pagalbos, finansuojamos valstybės biudžeto lėšomis, ir PSDF biudžeto lėšomis finansuojamų kitų sveikatos priežiūros paslaugų atskyrimą galima būtų pasirinkti įgyvendinti tokiu būdu, kad teikdamos nemokamą medicinos pagalbą valstybinės gydymo įstaigos neveiktų kaip įmonės, taigi šia apimtimi ES konkurencijos teisės taisyklės joms būtų netaikomos. Kitas variantas – LRKT išaiškinimus pasirinkti įgyvendinti nustatant, kad nemokamos medicinos pagalbos teikimas piliečiams valstybinėse gydymo įstaigose yra BESP. Tokiu atveju tokį teikimą reikėtų organizuoti, atsižvelgiant arba į 2003 m. liepos 24 d. sprendimo *Altmark* kriterijus, arba į EK sprendimo 2012/21 ar 2011 m. Komunikato sąlygas, pastaruoju atveju valstybės pagalbą notifikuojant EK. Papildomai, BESP galima būtų apibrėžti ir LRKT minėtą „reikiamo valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų tinklo“ sukūrimą, siekiant teikti ne tik nemokamą medicinos pagalbą piliečiams, kiek ji yra būtina žmogaus gyvybei gelbėti ir išsaugoti, bet ir įvairias sveikatos priežiūros paslaugas, apmokamas PSDF biudžeto lėšomis. Šiuo atveju darytina analogija su EK 2016 m. liepos 5 d. sprendimu C(2016) 4051 final (European Commission. On State Aid SA.19864..., 2016), kuriame IRIS ligoninėms pavesta teikti BESP buvo apibrėžta kaip apimanti visoms ligoninėms būdingą pagrindinę ligoninių misiją ir papildomus įpareigojimus, kurie yra pavesti tik IRIS ligoninėms.

Tačiau pažymėtina, kad jeigu būtų nuspręsta LRKT išaiškinimus įgyvendinti valstybinėms (ir tam tikrais atvejais kitoms) sveikatos priežiūros įstaigoms pavedant teikti BESP, iškiltų klausimas dėl to, kokių būdu šioms įstaigoms galima būtų pavesti vykdyti šį įpareigojimą.

Analizuojant ES teisės reikalavimus, kylančius siekiant atrinkti įmonę teikti BESP, buvo nustatyta, kad jeigu reikia atrinkti vieną ar kelias įmones teikti BESP sveikatos apsaugos srityje, turi būti laikomasi viešojo pirkimo procedūros arba bent jau nediskriminavimo ir vienodo vertinimo, skaidrumo ir abipusio pripažinimo principų. Todėl darytina išvada, kad ES teisė neleistų pavesti BESP teikti tik valstybinėms įstaigoms, nesudarant galimybės atitinkamoje procedūroje dalyvauti ir kitoms sveikatos priežiūros įstaigoms.

Taigi, šios autorės nuomone, nemokama medicinos pagalba piliečiams valstybinėse gydymo įstaigose, kurios teikimo išlaidos yra apmokamos iš valstybės biudžeto lėšų, turėtų būti organizuojama tokiu būdu, kuris neleistų šios veiklos vertinti kaip ekonominės, t. y. neleistų teigti, kad vykdydamos šią veiklą sveikatos priežiūros įstaigos konkuruoja tarpusavyje. Šiuo atžvilgiu LRKT išaiškinimas, kad nemokama medicinos pagalba gali būti teikiama ir kitose kokybiškai ir saugiai ją suteikti pajėgiose sveikatos priežiūros įstaigose „tais atvejais, kai tokia pagalba dėl tam tikrų aplinkybių negali būti laiku ir kokybiškai suteikta valstybinėse gydymo įstaigose“ turėtų būti įgyvendinamas labai aiškiai apibrėžiant, kokiais atvejais privačios sveikatos priežiūros įstaigos privalėtų suteikti nemokamą medicinos pagalbą, būtiną žmogaus gyvybei gelbėti ir išsaugoti, ir kad už tai joms turėtų būti tinkamai kompensuojama.

Kadangi visos ar bent jau dauguma valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų teiks ne tik nemokamą medicinos pagalbą, tačiau ir PSDF biudžeto lėšomis finansuojamas bei mokamas sveikatos priežiūros paslaugas, t. y. vykdys ekonominę veiklą, tokiose įstaigose turi būti labai griežtai įgyvendinamas sąskaitų atskyrimo principas.

2.5.5. Teisė į vienodas konkurencijos sąlygas sveikatos priežiūros įstaigoms ir ES konkurencijos taisyklių poveikis valdžios institucijų diskrecijai sveikatos apsaugos srityje

Apibendrinant šioje disertacijos dalyje pateiktą vertinimą pažymėtina, kad ES konkurencijos taisyklių taikymas organizuojant ir reguliuojant Lietuvos sveikatos apsaugos sistemą tiesiogiai priklauso nuo to, kaip Lietuvoje organizuojamas sveikatos priežiūros ir kitos sveikatinimo veiklos finansavimas iš viešųjų lėšų. Kitaip tariant, ES konkurencijos taisyklės sveikatos apsaugos srityje taikomos tiek, kiek iš nacionalinio reguliavimo išplaukia ekonominiai šios sistemos elementai.

PSD teikimo organizavimas ir reguliavimas Lietuvoje ekonominiiais elementais nepasižymi. PSD vykdančios institucijos nėra laikytinos įmonėmis ES konkurencijos teisės prasme, nes jų veikla yra pagrįsta ES teismų praktikoje apibrėžtais socialiniais, solidarumo ir reglamentavimo požymiais ir dėl to nėra ekonominė. Ši išvada padaryta, remiantis šiais veiksniais: PSD socialiniu tikslu, dideliu solidarumo PSD sistemoje laipsniu, valstybės reguliavimo sistema, PSD vykdančių institucijų veiklos pobūdžiu (ji laikoma viešojo administravimo veikla), konkuravimo elementų nebuvimu. Tai reiškia, kad ES konkurencijos teisė tokių subjektų veiklai nėra taikoma.

Tačiau Lietuvos viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, įskaitant valstybines įstaigas, veiklą reikėtų vertinti atskirai nuo PSD vykdančių institucijų veiklos, ir, kalbant bendrai, šie teikėjai laikytini įmonėmis, kai teikia sveikatos priežiūros paslaugas, apmokamas PSDF biudžeto lėšomis, ar mokamas sveikatos priežiūros paslaugas. Ši išvada padaryta remiantis iš Konstitucijos ir kitų įstatymų kylančiu reguliavimu, Konkurencijos tarybos ir LR teismų praktika. Konstitucinis reguliavimas, be kita ko, sukuria teises prielaidas viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje teikti ne tik valstybinėse, bet ir privačiose įstaigose. Remiantis įstatyminiu reguliavimu, subjektų, kurie gali sudaryti sutartis su TLK dėl viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, skaičius iš esmės nėra ribojamas, ir pagal Konkurencijos įstatymą jiems turi būti sudarytos vienodos konkurencinės sąlygos, nebent skirtingų konkurencijos sąlygų neįmanoma išvengti vykdant LR įstatymų reikalavimus. Pagal konstitucinį reguliavimą skirtingų sąlygų įtvirtinimas LR įstatymuose prieštarautų Konstitucijai, išskyrus kai teikiama nemokama medicinos pagalba valstybinėse įstaigose. Viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimui Lietuvoje *per se* būdingi tam tikri socialiniai ir solidarumo tikslai. Tačiau šias paslaugas vertinant atskirai nuo PSD teikimo, darytina išvada, kad jas teikiančių subjektų veikla pasižymi ekonominiais požymiais. Pagal Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio 2 dalį, analogų ES konkurencijos teisėje neturinčią nacionalinę konkurencijos taisyklę, privačios ir valstybinės sveikatos priežiūros įstaigos yra laikomos ūkio subjektais, kurie konkuruoja tarpusavyje, kai teikia sveikatos priežiūros paslaugas, finansuojamas PSDF biudžeto lėšomis, taip pat mokamas sveikatos priežiūros paslaugas. Taigi šios taisyklės taikymo praktika rodo, kad Lietuvos viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų reguliavime į šių paslaugų teikimą įvesti ekonominiai (konkuravimo) elementai. Ši aplinkybė turėtų būti pripažįstama reikšminga apibrėžiant viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, kurios yra finansuojamos PSDF biudžeto lėšomis, bei mokamas sveikatos priežiūros paslaugas kaip ekonominę veiklą ES konkurencijos teisės prasme.

Toliau šio tyrimo tikslais buvo konstatuota, kad šiuo metu Lietuvos sveikatos sistemoje yra taikomas viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų kompensavimo pagal bazines kainas modelis. O sutartys dėl subjekto dalyvavimo atitinkamoje aprūpinimo sistemoje iš esmės sudaromos su visais pageidaujanciais jas sudaryti ir reikalavimus atitinkančiais subjektais.

Tokioje sistemoje ES konkurencijos taisyklės, papildydamos iš Konstitucijos ir iš minėtos Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio 2 dalies kylančius reikalavimus, iš esmės reikalauja garantuoti tokiems teikėjams – privatiems ir valstybiniams – teisę į vienodas konkurencines sąlygas ta

apimtimi, kuria šios įstaigos konkuruoja tarpusavyje, t. y. kai teikia sveikatos priežiūros paslaugas, kurios yra finansuojamos PSDF lėšomis, ir mokamas sveikatos priežiūros paslaugas. Tai reiškia, kad esant dabartiniam sistemos įstatyminiam reguliavimui privačioms ir valstybinėms sveikatos priežiūros įstaigoms turi būti nustatytos vienodos teisės ir pareigos arba, jeigu pasirenkama nustatyti skirtingas teises ir pareigas, jos turi nustatomos laikantis šiuo tikslu ES teisėje keliamų reikalavimų.

Šiuo metu valstybinėms ir privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms įstatymuose nustatytos pareigos iš esmės sutampa, t. y. valstybinėms įstaigoms nėra pavesta teikti, pavyzdžiui, papildomus BESP įpareigojimus. Tačiau jų finansavimas skiriasi, t. y. valstybinėms įstaigoms yra teikiamas papildomas valstybės finansavimas palyginti su privačiomis. Taigi nėra užtikrinama privačių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų teisė į vienodas konkurencines sąlygas.

Tyrimo metu buvo nagrinėjama, kurios LRKT išaiškinimų, pagal kuriuos turi būti atskirta nemokama medicinos pagalba ir sveikatos priežiūros paslaugas, teikiamos PSDF biudžeto lėšomis, įgyvendinimo alternatyvos yra tinkamesnės ES konkurencijos taisyklių požiūriu. Nustatyta, kad ES konkurencijos teisės reikalavimus atitiktų toks įgyvendinimas, kai nemokamos medicinos pagalbos teikimas valstybinėse įstaigose būtų organizuojamas tokiu būdu, kuris neleistų šios veiklos vertinti kaip ekonominės, o tokia nemokama medicinos pagalba gali būti suprantama plačiau nei – kaip yra šiuo metu – vien greitosios pagalbos paslaugas. Kitas nagrinėtas LRKT išaiškinimų įgyvendinimo variantas, kai nemokamos medicinos pagalbos teikimas apibrėžiamas kaip BESP įpareigojimai, kelia abejonių dėl to, ar tokius įpareigojimus galima būtų pavesti vien tik valstybinėms įstaigoms, kaip iš esmės yra reikalaujama LRKT praktikoje.

Akivaizdu, kad šioje disertacijos dalyje nustatyta apimtimi ES konkurencijos taisyklės apriboja Lietuvos valdžios institucijų diskreciją pasirenkant sveikatos apsaugos sistemos organizavimo ir reguliavimo priemones. Tačiau kaip ir ES vidaus rinkos laisvių atveju, šis iš ES konkurencijos taisyklių kylantis Lietuvos valdžios institucijų diskrecijos ribojimas yra susijęs būtent su papildomų subjektinių teisių privatiems asmenims sveikatos apsaugos srityje garantavimu.

Vis dėlto šis konkretus diskrecijos apribojimas nedaro poveikio, neriboja Lietuvos principinės, sisteminės kompetencijos organizuoti ir reguliuoti savo sveikatos apsaugos sistemą. Matėme, kad ES konkurencijos taisyklių taikymas Lietuvos sveikatos sistemoje tiesiogiai priklauso nuo pasirinkimų organizuojant šią sistemą (sistemoje dalyvaujančių subjektų pobūdis, jų tarpusavio konkurencija ir pan.), t. y. nuo to, kiek ekonominių elementų yra

šioje sistemoje. Tačiau būtent Lietuvos kompetencijai priklauso kontroliuoti šių elementų buvimą. Taip pat Lietuvos kompetencijai priklauso apibrėžti BEP, jeigu nėra akivaizdžios vertinimo klaidos. Kaip ir ES vidaus rinkos laisvių atveju, tyrimo metu nebuvo nustatyta, kad pačios ES konkurencijos taisyklės lemtų ekonominių elementų atsiradimą Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje. Be to, net jeigu ES konkurencijos taisyklės ir turi būti taikomos, valdžios institucijos gali pasirinkti, kaip konkrečiai pertvarkyti viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą, kad jis atitiktų šias taisykles. Esant poreikiui, vienas iš galimų pertvarkymo būdų galėtų būti netgi viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų ar jų dalies teikimo organizavimas tokiu būdu, kuris neleistų atitinkamos veiklos vertinti kaip ekonominės, t. y. sistemos ekonominių elementų ar jų dalies pašalinimas, tokiu būdu atitinkamą veiklą pašalinant iš ES konkurencijos teisės taikymo srities.

IŠVADOS

1. Prekių judėjimo laisvė sveikatos apsaugos srityje Lietuvoje sudarė prielaidas privatiems subjektams užsiimti lygiagrečiu vaistų ir medicinos priemonių importu ir nuotoline prekyba vaistais, t. y. veikla, kuri prisideda gerinant saugių vaistų ir medicinos priemonių prieinamumą.

2. Darbuotojų ir savarankiškai dirbančių asmenų judėjimo laisvė sveikatos apsaugos srityje Lietuvoje sąlygojo sveikatos specialistų teisę į jų profesinės kvalifikacijos, įgytos Lietuvoje, pripažinimą kitose EEE valstybėse ir Šveicarijoje, taip pat pastarosiose valstybėse įgytos kvalifikacijos pripažinimą Lietuvoje. Be to, ši laisvė reikalauja, kad prieš priimant reikalavimus, kuriais ribojama galimybė užsiimti ar verstis reglamentuojamomis profesijomis, būtų atlikta tokių reikalavimų proporcingumo patikra, o ES teisės reikalavimai būtų pažeisti vien dėl to, jei tokia patikra nebūtų atlikta, nesant reikalo nagrinėti pačių reikalavimų turinio.

3. Įsisteigimo laisvė Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje turi būti garantuojama ta apimtimi, kuria Konstitucinis reguliavimas suteikia teisę privatiems subjektams dalyvauti šioje sistemoje, t. y. iš esmės išskyrus tuos atvejus, kai teikiama nemokama medicinos pagalba valstybinėse gydymo įstaigose. Ši laisvė apima subjektinę ir procedūrinę privačių asmenų teisę į apsaugą nuo nepagrįstų įsisteigimo laisvės apribojimų, tačiau šiuo metu Lietuvoje prieš priimant įstatymus sveikatos apsaugos srityje aptariama subjektų teisė bent procedūros požiūriu nėra užtikrinama.

4. Paslaugų teikimo laisvė sveikatos apsaugos srityje suteikia apdraustiesiems teisę į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą pagal Direktyvą 2011/24 ir ES socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentus, nors Lietuvos apdraustųjų galimybės pasinaudoti planinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis kitose EEE valstybėse ir Šveicarijoje išlieka itin ribotos.

5. Lietuvoje PSD vykdančios institucijos nevykdo ekonominės veiklos ir nėra įmonės ES konkurencijos teisės prasme. Tuo tarpu viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimui Lietuvoje yra būdingi tam tikri socialiniai ir solidarumo tikslai, tačiau šią veiklą vertinant atskirai nuo PSD teikimo matyti, kad jai būdinga viešųjų sveikatos paslaugų teikėjų tarpusavio konkurencija, kuri yra pripažįstama nacionalinėje teisėje ir kuri leidžia šiuos teikėjus vertinti kaip įmones ES konkurencijos teisės prasme, kai jie teikia sveikatos priežiūros paslaugas, finansuojamas PSD biudžeto lėšomis, bei mokamas sveikatos priežiūros paslaugas.

6. Esant dabartinei viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir reguliavimo sistemai, ES konkurencijos taisyklės, papildydamos iš

Konstitucijos ir iš Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio 2 dalies kylančius reikalavimus, iš esmės reikalauja garantuoti privatiems ir valstybiniam viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams teisę į vienodas konkurencines sąlygas, kai teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, kurios yra finansuojamos PSDF lėšomis, ir mokamos sveikatos priežiūros paslaugos.

7. ES konkurencijos teisės reikalavimus atitiktų toks LRKT išaiškinimas, pagal kuriuos turi būti atskirta nemokama medicinos pagalba ir sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos PSDF biudžeto lėšomis, įgyvendinimas, kai nemokamos medicinos pagalbos teikimas valstybinėse įstaigose būtų organizuojamas kaip neekonominė veikla.

8. SESV nuostatos dėl vidaus rinkos laisvių ir konkurencijos taisyklės tam tikrais atvejais riboja Lietuvos valdžios institucijų reguliavimo kompetenciją ir (arba) diskreciją sveikatos apsaugos srityje. Tačiau jos neriboja Lietuvos principinės, sisteminės kompetencijos organizuoti ir reguliuoti savo sveikatos apsaugos sistemą nes:

- būtent Lietuvos kompetencijai priklauso sukurti veiksmingą sveikatos apsaugos sistemą, siekiant įgyvendinti konstitucinę valstybės priedermę rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus;

- atliktas tyrimas neatskleidė nė vieno aspekto, kuriuo iš nagrinėjamų ES teisės nuostatų kylantys reikalavimai neleistų ar trukdytų Lietuvos įstatymų leidėjui ir valdžios institucijoms įgyvendinti šią konstitucinę valstybės priedermę, laikantis Konstitucijoje nustatytų reikalavimų;

- Lietuvos valdžios institucijos turi pakankamai svertų imtis priemonių, siekiant užtikrinti veiksmingą sveikatos apsaugos sistemą.

9. ES vidaus rinkos laisvės ir konkurencijos taisyklės nelėmė Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje ekonominių elementų atsiradimo.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

a. Teisės norminiai aktai

Europos Sąjungos teisės aktai

Pirminė teisė

Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo suvestinė redakcija. OL C 326, 2012.10.26, p. 47.

Protokolas Nr. 26 prie Europos Sąjungos sutarties ir Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo dėl bendrus interesus tenkinančių paslaugų. OL C 326, 2012.10.26, p. 308.

Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartija. OL C 202, 2016.6.7, p. 389.

Europos bendrijos steigimo sutarties suvestinė redakcija. OL C 321 E, 2006.12.29, p. 37.

Aktas dėl Čekijos Respublikos, Estijos Respublikos, Kipro Respublikos, Latvijos Respublikos, Lietuvos Respublikos, Vengrijos Respublikos, Maltos Respublikos, Lenkijos Respublikos, Slovėnijos Respublikos ir Slovakijos Respublikos stojimo sąlygų ir Sutarčių, kuriomis yra grindžiama Europos Sąjunga, pritaikomųjų pataisų (2003). OL L 236, 2003.9.23, p. 33.

Aktas dėl Bulgarijos Respublikos ir Rumunijos stojimo sąlygų ir Sutarčių, kuriomis yra grindžiama Europos sąjunga, pritaikomųjų pataisų (2005). OL L 157, 2005.6.21, p. 203.

Aktas dėl Kroatijos Respublikos stojimo sąlygų ir Europos Sąjungos sutarties, Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo bei Europos atominės energijos bendrijos steigimo sutarties pritaikomųjų pataisų (2012). OL L 112, 2012.4.24, p. 21.

Europos ekonominės erdvės susitarimas (1993). OL 2004 m. specialusis leidimas, 11 skyrius, 52 tomas, p. 3.

Europos bendrijos bei jos valstybių narių ir Šveicarijos Konfederacijos susitarimas dėl laisvo asmenų judėjimo (1999). OL L 353, 2009.12.31, p. 71.

Teisėkūros procedūra priimti aktai

Tarybos 1971 m. birželio 14 d. reglamentas (EEB) Nr. 1408/71 dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, judantiems Bendrijoje. OL 2004 m. specialusis leidimas, 5 skyrius, 1 tomas, p. 35.

Tarybos 1988 m. gruodžio 21 d. direktyva 89/48/EEB dėl bendrosios aukštojo mokslo diplomų, išduotų po bent trejų metų profesinio mokymo ir

lavinimo, pripažinimo sistemos. OL 2004 m. specialusis leidimas, 5 skyrius, 1 tomas, p. 337.

Tarybos 1988 m. gruodžio 21 d. direktyva 89/105/EEB dėl priemonių, reglamentuojančių žmonėms skirtų vaistų kainų nustatymą ir šių vaistų įtraukimą į nacionalinių sveikatos draudimo sistemų sritį, skaidrumo. OL 2004 m. specialusis leidimas, 5 skyrius, 1 tomas, p. 345.

Tarybos 1989 m. spalio 3 d. direktyva 89/552/EEB dėl valstybių narių įstatymuose ir kituose teisės aktuose išdėstytų nuostatų, susijusių su televizijos programų transliavimu, derinimo. OL 2004 m. specialusis leidimas, 6 skyrius, 1 tomas, p. 224.

Tarybos 1990 m. birželio 20 d. direktyva 90/385/EEB dėl valstybių narių įstatymų, reglamentuojančių aktyviuosius implantuojamuosius medicinos prietaisus, suderinimo. OL 2004 m. specialusis leidimas, 13 skyrius, 10 tomas, p. 154.

Council Directive 92/28/EEC of 31 March 1992 on the advertising of medicinal products for human use. OJ L 113, p. 13.

Tarybos 1993 m. birželio 14 d. direktyva 93/42/EEB dėl medicinos prietaisų. OL 2004 m. specialusis leidimas, 13 skyrius, 12 tomas, p. 82.

Europos Parlamento ir Tarybos 1998 m. spalio 27 d. direktyva 98/79/EB dėl *in vitro* diagnostikos medicinos prietaisų. OL 2004 m. specialusis leidimas, 13 skyrius, 21 tomas, p. 319.

Europos Parlamento ir Tarybos 1999 m. gruodžio 16 d. reglamentas (EB) Nr. 141/2000 dėl retųjų vaistų. OL 2004 m. specialusis leidimas, 15 skyrius, 5 tomas, p. 21.

Europos Parlamento ir Tarybos 2001 m. lapkričio 6 d. direktyva 2001/83/EB dėl Bendrijos kodekso, reglamentuojančio žmonėms skirtus vaistus. OL 2004 m. specialusis leidimas, 13 skyrius, 27 tomas, p. 69.

Europos Parlamento ir Tarybos 2002 m. birželio 10 d. direktyva 2002/46/EB dėl valstybių narių įstatymų, susijusių su maisto papildais, suderinimo. OL 2004 m. specialusis leidimas, 13 skyrius, 29 tomas, p. 490.

Tarybos 2002 m. gruodžio 16 d. reglamentas (EB) Nr. 1/2003 dėl konkurencijos taisyklių, nustatytų Sutarties 81 ir 82 straipsniuose, įgyvendinimo. OL 2004 m. specialusis leidimas, 8 skyrius, 2 tomas, p. 205.

Tarybos 2003 m. gegužės 14 d. reglamentas (EB) Nr. 859/2003 išplečiantis Reglamentas (EEB) Nr. 1408/71 ir Reglamentas (EEB) Nr. 574/72 nuostatų taikymą trečiųjų šalių piliečiams, kuriems jos dar netaikomos dėl jų pilietybės. OL 2004 m. specialusis leidimas, 5 skyrius, 4 tomas, p. 317.

Europos Parlamento ir Tarybos 2004 m. kovo 31 d. reglamentas (EB) Nr. 726/2004 nustatantis Bendrijos leidimų dėl žmonėms skirtų ir veterinarinių

vaistų išdavimo ir priežiūros tvarką ir įsteigiantis Europos vaistų agentūrą. OL 2004 m. specialusis leidimas, 13 skyrius, 34 tomas, p. 229.

Europos Parlamento ir Tarybos 2004 m. balandžio 29 d. direktyva 2004/38/EB dėl Sąjungos piliečių ir jų šeimos narių teisės laisvai judėti ir gyventi valstybių narių teritorijoje, iš dalies keičianti Reglamentą (EEB) Nr. 1612/68 ir panaikinanti Direktyvas 64/221/EEB, 68/360/EEB, 72/194/EEB, 73/148/EEB, 75/34/EEB, 75/35/EEB, 90/364/EEB, 90/365/EEB ir 93/96/EEB. OL 2004 m. specialusis leidimas, 5 skyrius, 5 tomas, p. 46.

Europos Parlamento ir Tarybos 2004 m. balandžio 29 d. reglamentas (EB) Nr. 883/2004 dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo. OL 2004 m. specialusis leidimas, 5 skyrius 5 tomas, p. 72.

Europos Parlamento ir Tarybos 2005 m. rugsėjo 7 d. direktyva 2005/36/EB dėl profesinių kvalifikacijų pripažinimo. OL L 255, p. 22.

Europos Parlamento ir Tarybos 2006 m. gruodžio 12 d. direktyva 2006/114/EB dėl klaidinančios ir lyginamosios reklamos (kodifikuota redakcija). OL L 376, p. 21.

Europos Parlamento ir Tarybos 2006 m. gruodžio 12 d. direktyva 2006/123/EB dėl paslaugų vidaus rinkoje. OL L 376, p. 36.

Europos Parlamento ir Tarybos 2006 m. gruodžio 12 d. reglamentas (EB) Nr. 1901/2006 dėl pediatrijoje vartojamų vaistinių preparatų, iš dalies keičiantis Reglamentą (EEB) Nr. 1768/92, Direktyvą 2001/20/EB, Direktyvą 2001/83/EB ir Reglamentą (EB) Nr. 726/2004. OL L 378, p. 1.

Europos Parlamento ir Tarybos 2007 m. lapkričio 13 d. reglamentas (EB) Nr. 1394/2007 dėl pažangiosios terapijos vaistinių preparatų, iš dalies keičiantis Direktyvą 2001/83/EB ir Reglamentą (EB) Nr. 726/2004. OL L 324, p. 121.

Tarybos 2009 m. gegužės 25 d. direktyva 2009/50/EB dėl trečiųjų šalių piliečių atvykimo ir apsigyvenimo sąlygų siekiant dirbti aukštos kvalifikacijos darbą. OL L 155, p. 17.

Europos Parlamento ir Tarybos 2009 m. rugsėjo 16 d. reglamentas (EB) Nr. 987/2009 nustatantis Reglamento (EB) Nr. 883/2004 dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo įgyvendinimo tvarką. OL L 284, p. 1.

Europos Parlamento ir Tarybos 2010 m. kovo 10 d. direktyva 2010/13/ES dėl valstybių narių įstatymuose ir kituose teisės aktuose išdėstytų tam tikrų nuostatų, susijusių su audiovizualinės žiniasklaidos paslaugų teikimu, derinimo (Audiovizualinės žiniasklaidos paslaugų direktyva). OL L 95, p. 1.

Europos Parlamento ir Tarybos 2010 m. lapkričio 24 d. reglamentas (ES) Nr. 1231/2010, kuriuo išplečiamas Reglamento (EB) Nr. 883/2004 ir Reglamento (EB) Nr. 987/2009 taikymas trečiųjų šalių piliečiams, kuriems tie reglamentai dar netaikomi tik dėl jų pilietybės. OL L 344, p. 1.

Europos Parlamento ir Tarybos 2011 m. kovo 9 d. direktyva 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo. OL L 88, p. 45.

Europos Parlamento ir Tarybos 2011 m. balandžio 5 d. reglamentas (ES) Nr. 492/2011 dėl laisvo darbuotojų judėjimo Sąjungoje. OL L 141, p. 1.

Europos Parlamento ir Tarybos 2011 m. birželio 8 d. direktyva 2011/62/ES, kuria iš dalies keičiamos Direktyvos 2001/83/EB dėl Bendrijos kodekso, reglamentuojančio žmonėms skirtus vaistus, nuostatos dėl falsifikuotų vaistų patekimo į teisėtą tiekimo tinklą prevencijos. OL L 174, p. 74.

Europos Parlamento ir Tarybos 2011 m. gruodžio 13 d. direktyva 2011/98/ES dėl vienos prašymų išduoti vieną leidimą trečiųjų šalių piliečiams gyventi ir dirbti valstybės narės teritorijoje pateikimo procedūros ir dėl valstybėje narėje teisėtai gyvenančių trečiųjų šalių darbuotojų bendrų teisių. OL L 343, p. 1.

Europos Parlamento ir Tarybos 2013 m. lapkričio 20 d. direktyva 2013/55/ES, kuria iš dalies keičiama Direktyva 2005/36/EB dėl profesinių kvalifikacijų pripažinimo ir Reglamentas (ES) Nr. 1024/2012 dėl administracinio bendradarbiavimo per Vidaus rinkos informacijos sistemą (IMI reglamentas). OL L 354, p. 132.

Europos Parlamento ir Tarybos 2014 m. vasario 26 d. direktyva 2014/23/ES dėl koncesijos sutarčių suteikimo. OL L 94, p. 1.

Europos Parlamento ir Tarybos 2014 m. vasario 26 d. direktyva 2014/24/ES dėl viešųjų pirkimų, kuria panaikinama Direktyva 2004/18/EB. OL L 94, p. 65.

Europos Parlamento ir Tarybos 2017 m. balandžio 5 d. reglamentas (ES) Nr. 2017/745 dėl medicinos priemonių, kuriuo iš dalies keičiama Direktyva 2001/83/EB, Reglamentas (EB) Nr. 178/2002 ir Reglamentas (EB) Nr. 1223/2009, ir kuriuo panaikinamos Tarybos direktyvos 90/385/EEB ir 93/42/EEB. OL L 117, p. 1.

Europos Parlamento ir Tarybos 2017 m. balandžio 5 d. reglamentas (ES) Nr. 2017/746 dėl *in vitro* diagnostikos medicinos priemonių, kuriuo panaikinama Direktyva 98/79/EB ir Komisijos sprendimas 2010/227/ES. OL L 117, p. 176.

Europos Parlamento ir Tarybos 2018 m. birželio 28 d. direktyva (ES) 2018/958 dėl proporcingumo patikros prieš priimant naujas profesijų reglamentavimo nuostatas. OL L 173, p. 25.

Komisijos aktai

Komisijos 2005 m. lapkričio 28 d. sprendimas (2005/842/EB) dėl EB sutarties 86 straipsnio 2 dalies taikymo valstybės pagalbai kompensacijos už viešąją paslaugą forma skiriamai tam tikroms įmonėms, kurioms patikėta teikti bendros ekonominės svarbos paslaugas (pranešta dokumentu Nr. C(2005) 2673). OL L 312, p. 67.

Komisijos 2011 m. gruodžio 20 d. sprendimas (2012/21/ES) dėl Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo 106 straipsnio 2 dalies taikymo valstybės pagalbai, kompensacijos už viešąją paslaugą forma skiriamai tam tikroms įmonėms, kurioms pavesta teikti visuotinės ekonominės svarbos paslaugas (pranešta dokumentu Nr. C(2011) 9380). OL L 7, 2012.1.11, p. 3.

Komisijos 2012 m. balandžio 25 d. reglamentas (ES) Nr. 360/2012 dėl Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo 107 ir 108 straipsnių taikymo *de minimis* pagalbai, skiriamai visuotinės ekonominės svarbos paslaugas teikiančioms įmonėms. OL L 114, p. 8.

Komisijos 2014 m. birželio 17 d. reglamentas (ES) Nr. 651/2014, kuriuo tam tikrų kategorijų pagalba skelbiama suderinama su vidaus rinka taikant Sutarties 107 ir 108 straipsnius. OL L 187, p. 1.

Komisijos 2014 m. birželio 24 d. įgyvendinimo reglamentas (ES) Nr. 699/2014 dėl bendro logotipo, kuris naudojamas asmenims, siūlantiesiems parduoti vaistus visuomenei nuotoliniu būdu, nustatyti, dizaino ir dėl bendro logotipo autentiškumo patikrinimo techninių, elektroninių bei šifravimo reikalavimų. OL L 184, p. 5.

Komisijos 2015 m. birželio 24 d. įgyvendinimo reglamentas (ES) 2015/983 dėl Europos profesinės kortelės išdavimo ir įspėjimo mechanizmo taikymo procedūrų pagal Europos Parlamento ir Tarybos direktyvą 2005/36/EB. OL L 159, p. 27.

Komisijos 2020 m. kovo 14 d. įgyvendinimo reglamentas (ES) 2020/402, kuriuo tam tikrus gaminius leidžiama eksportuoti tik pagal eksporto leidimą. OL L 77I, p. 1.

EEE jungtinio komiteto aktai

EEE jungtinio komiteto 2007 m. spalio 26 d. sprendimas Nr. 142/2007, iš dalies keičiantis EEE susitarimo VII priedą (Abipusis profesinių kvalifikacijų pripažinimas) ir 37 protokolą. OL L 100, 2008.4.10, p. 70.

EEE jungtinio komiteto 2014 m. liepos 9 d. sprendimas Nr. 153/2014, kuriuo iš dalies keičiamas EEE susitarimo X priedas (Bendrosios paslaugos). OL L 15, 2015.1.22, p. 78.

ES ir Šveicarijos jungtinio komiteto aktai

ES ir Šveicarijos jungtinio komiteto, įsteigto Europos bendrijos bei jos valstybių narių ir Šveicarijos Konfederacijos susitarimo dėl laisvo asmenų judėjimo 14 straipsniu, 2011 m. rugsėjo 30 d. sprendimas Nr. 2/2011, kuriuo pakeičiamas jo III priedas (Abipusis profesinių kvalifikacijų pripažinimas). OL L 277, 2011.10.22, p. 20.

Lietuvos Respublikos teisės aktai

Įstatymai

Lietuvos Respublikos Konstitucija (1992). *Valstybės žinios*, 33-1014.

Lietuvos Respublikos farmacinės veiklos įstatymas Nr. I-1025 (1991). *Valstybės žinios*, 6-161.

Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatymas Nr. I-1336 (1991). *Lietuvos aidas*, 107-0, nauja redakcija TAR, 2016-07-15, 20645.

Lietuvos Respublikos žemės reformos įstatymas Nr. I-1607 (1991). *Lietuvos aidas*, 151-0, *Valstybės žinios*, 24-635, nauja redakcija *Valstybės žinios*, 1997-07-23, 69-1735.

Lietuvos Respublikos Seimo statutas Nr. I-399 (1994). *Valstybės žinios*, 15-249, nauja redakcija *Valstybės žinios*, 1999-01-13, 5-97.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės įstatymas Nr. I-464 (1994). *Valstybės žinios*, 43-772, nauja redakcija *Valstybės žinios*, 1998-05-01, 41-1131.

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas Nr. I-552 (1994). *Valstybės žinios*, 63-1231, nauja redakcija *Valstybės žinios*, 1998-12-23, 112-3099.

Lietuvos Respublikos odontologijos praktikos įstatymas Nr. I-1246 (1996). *Valstybės žinios*, 35-855, nauja redakcija *Valstybės žinios*, 2004-01-07, 4-36.

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas Nr. I-1343 (1996). *Valstybės žinios*, 55-1287, nauja redakcija *Valstybės žinios*, 2002-12-24, 123-5512.

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas Nr. I-1367 (1996). *Valstybės žinios*, 66-1572, nauja redakcija *Valstybės žinios*, 1998-12-11, 109-2995.

Lietuvos Respublikos viešųjų pirkimų įstatymas Nr. I-1491 (1996). *Valstybės žinios*, 84-2000, nauja redakcija TAR, 2017-05-04, 7550.

Lietuvos Respublikos žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymas Nr. I-1553 (1996). *Valstybės žinios*, 104-2363, nauja redakcija *Valstybės žinios*, 2001-12-30, 112-4069.

Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas Nr. I-1555 (1996). *Valstybės žinios*, 102-2313, nauja redakcija *Valstybės žinios*, 2004-04-29, 68-2365.

Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas Nr. I-1562 (1996). *Valstybės žinios*, 102-2317, nauja redakcija *Valstybės žinios*, 2009-12-08, 145-6425.

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros biudžetinių įstaigų reorganizavimo į valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros viešąsias įstaigas įstatymas Nr. VIII-297 (1997). *Valstybės žinios*, 62-1463.

Lietuvos Respublikos valstybės ir savivaldybių turto valdymo, naudojimo ir disponavimo juo įstatymas VIII-729 (1998). *Valstybės žinios*, 54-1492.

Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymas Nr. VIII-1099 (1999). *Valstybės žinios*, 30-856, nauja redakcija TAR, 2017-01-18, 1075.

Lietuvos Respublikos viešojo administravimo įstatymas Nr. VIII-1234 (1999). *Valstybės žinios*, 60-1945, nauja redakcija *Valstybės žinios*, 2006-07-14, 77-2975.

Lietuvos Respublikos civilinio kodekso patvirtinimo, įsigaliojimo ir įgyvendinimo įstatymas (2000). *Valstybės žinios*, 74-2262.

Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymas Nr. IX-413 (2001). *Valstybės žinios*, 62-2224, nauja redakcija *Valstybės žinios*, 2009-07-28, 89-3801.

Lietuvos Respublikos geodezijos ir kartografijos įstatymas Nr. IX-415 (2001). *Valstybės žinios*, 62-2226, nauja redakcija *Valstybės žinios*, 2010-05-11, 54-2649.

Lietuvos Respublikos ginklų ir šaudmenų kontrolės įstatymas Nr. IX-705 (2002). *Valstybės žinios*, 13-467, nauja redakcija TAR, 2019-06-28, 10570.

Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas Nr. IX-886 (2002). *Valstybės žinios*, 56-2225.

Lietuvos Respublikos farmacinės veiklos įstatymo 1, 4, 5, 10, 11, 15, 17, 19, 20 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 10¹, 17¹ straipsniais įstatymas Nr. IX-922 (2002). *Valstybės žinios*, 58-2348.

Lietuvos Respublikos darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymas Nr. IX-1672 (2003). *Valstybės žinios*, 70-3170.

Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymas Nr. X-709 (2006). *Valstybės žinios*, 78-3056.

Lietuvos Respublikos reglamentuojamų profesinių kvalifikacijų pripažinimo įstatymas Nr. X-1478 (2008). *Valstybės žinios*, 47-1747, nauja redakcija TAR, 2016-01-06, 361.

Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo 2, 4, 9, 12, 14, 17, 20, 23, 27, 33, 39, 55, 57, 62, 64 straipsnių pakeitimo ir įstatymo priedo papildymo įstatymas Nr. XI-1383 (2011). *Valstybės žinios*, 69-3291.

Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo 2, 4, 5, 7, 35, 39, 76 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymas Nr. XI-2017 (2012). *Valstybės žinios*, 63-3161.

Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymas Nr. XI-2220 (2012). *Valstybės žinios*, 110-5564.

Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo 2, 8, 15, 19, 24, 241, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 39, 40, 66, 69, 73 straipsnių, septintojo skirsnio pavadinimo, keturioliktojo skirsnio, priedo pakeitimo ir papildymo ir įstatymo papildymo nauju 24¹ straipsniu ir 24², 34¹, 35¹, 68¹ straipsniais įstatymas Nr. XII-388 (2013). *Valstybės žinios*, 68-3417.

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 1, 2, 6, 21 straipsnių pakeitimo ir papildymo ir įstatymo papildymo 12¹ straipsniu ir priedu įstatymas Nr. XII-526 (2013). *Valstybės žinios*, 107-5274.

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 15-1, 17, 29, 39 ir 45 straipsnių pakeitimo įstatymas Nr. XII-1335 (2014). TAR, 17988.

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 8, 15, 21 ir 30 straipsnių pakeitimo įstatymas Nr. XII-1388 (2014). TAR, 19561.

Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo 2, 4, 5, 7, 35, 39, 76 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymo Nr. XI-2017 8 straipsnio pakeitimo įstatymas Nr. XII-1906 (2015). TAR, 10696.

Lietuvos Respublikos ūkio subjektų, perkančių–parduodančių žalią pieną ir prekiaujančių pieno gaminiais, nesąžiningų veiksmų draudimo įstatymas Nr. XII-1907 (2015). TAR, 11209.

Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo Nr. IX-886 VI skyriaus pavadinimo ir 43 straipsnio pakeitimo įstatymas Nr. XII-2662 (2016). TAR, 25261.

Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 50 ir 51 straipsnių pakeitimo įstatymas Nr. XIII-1191 (2018). TAR, 8537.

Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 38 straipsnio pakeitimo įstatymas Nr. XIII-1193 (2018). TAR, 8645.

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 2, 9, 15, 21 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 91 straipsniu įstatymas Nr. XIII-1222 (2018). TAR, 9737.

Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 2, 8, 19, 33, 35, 35¹, 59¹, 68¹ straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo aštuntuoju¹ skirsniu įstatymas Nr. XIII-1408 (2018). TAR, 11508.

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 2, 26 ir 27 straipsnių pakeitimo įstatymas Nr. XIII-1424 (2018). *Nepasirašytas*.

Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo Nr. VIII-1099 33, 39 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 41 straipsniu įstatymas Nr. XIII-2219 (2019). TAR, 10161.

Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymo Nr. XI-2220 15 straipsnio pakeitimo ir įstatymo papildymo 16¹ straipsniu įstatymas Nr. XIII-2220 (2019). TAR, 10162.

Lietuvos Respublikos valstybės ir savivaldybių turto valdymo, naudojimo ir disponavimo juo įstatymo Nr. VIII-729 5, 6, 10, 12, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 24 straipsnių pakeitimo ir 18 straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymas Nr. XIII-2398 (2019). TAR, 12398.

Lietuvos Respublikos papildomosios ir alternatyviosios sveikatos priežiūros įstatymas Nr. XIII-2771 (2020). TAR, 2006.

Lietuvos Respublikos reglamentuojamų profesinių kvalifikacijų pripažinimo įstatymo Nr. X-1478 9, 58, 59 straipsnių, 6 priedo pakeitimo ir įstatymo papildymo 3¹ straipsniu įstatymas Nr. XIII-2985 (2020). TAR, 12789.

Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymo Nr. XI-2220 15, 16 straipsnių pakeitimo ir 16¹ straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymas Nr. XIII-2986 (2020). TAR, 12791.

Lietuvos Respublikos asmens sveikatos priežiūros praktikos įstatymas Nr. XIII-3222 (2020). TAR, 15758.

Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo 2, 4, 5, 7, 35, 39, 76 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymo Nr. XI-2017 8 straipsnio pakeitimo įstatymas Nr. XIV-106 (2020). TAR, 29165.

Nutarimai

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1994 m. rugpjūčio 11 d. nutarimas Nr. 728 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės darbo reglamento patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 63-1238, nauja redakcija TAR, 2017-06-07, 9650.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. vasario 26 d. nutarimas Nr. 276 „Dėl Numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo metodikos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 23-975, nauja redakcija *Valstybės žinios*, 2012-10-25, 124-6234.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004 m. sausio 9 d. nutarimas Nr. 21 „Dėl Europos Sąjungos reikalų koordinavimo“. *Valstybės žinios*, 8-184, nauja redakcija TAR, 2018-12-28, 21900.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. rugsėjo 13 d. nutarimas Nr. 994 „Dėl Ambulatoriniam gydymui skiriamų vaistinių preparatų ir medicinos

pagalbos priemonių bazinių kainų ir paciento priemokų už juos apskaičiavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 111-4048, nauja redakcija TAR, 2018-01-19, 882.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. vasario 6 d. nutarimas Nr. 91 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. spalio 31 d. nutarimo Nr. 1359 „Dėl gydytojų rengimo“ pakeitimo“. *Valstybės žinios*, 19-682.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. birželio 18 d. nutarimas Nr. 637 „Dėl Lietuvos Respublikos reglamentuojamų profesinių kvalifikacijų pripažinimo įstatymo įgyvendinimo“. *Valstybės žinios*, 75-2959, nauja redakcija TAR, 2016-04-28, 10656.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. kovo 10 d. nutarimas Nr. 256 „Dėl referencinių valstybių patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 31-1442.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. kovo 10 d. nutarimas Nr. 257 „Dėl Nekompensuojamųjų vaistinių preparatų didžiausių didmeninės ir mažmeninės prekybos antkainių sąrašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 31-1443.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. kovo 24 d. nutarimas Nr. 330 „Dėl ministrams pavedamų valdymo sričių“. *Valstybės žinios*, 38-1784.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. spalio 27 d. nutarimas Nr. 1520 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. spalio 31 d. nutarimo Nr. 1360 „Dėl gydytojų odontologų rengimo“ pakeitimo“. *Valstybės žinios*, 128-6532.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimas Nr. 370 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo patvirtinimo“. TAR, 4811, nauja redakcija TAR, 2019-08-28, 13602.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015 m. lapkričio 11 d. nutarimas Nr. 1178 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. rugsėjo 13 d. nutarimo Nr. 994 „Dėl Ambulatoriniam gydymui skiriamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, bazinių kainų apskaičiavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“. TAR, 18138.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2018 m. sausio 17 d. nutarimas Nr. 59 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. rugsėjo 13 d. nutarimo Nr. 994 „Dėl Ambulatoriniam gydymui skiriamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, bazinių kainų apskaičiavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“. TAR, 882.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2018 m. gegužės 23 d. nutarimas Nr. 485 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-

1367 pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 3, 11, 12, 42, 51, 53, 60, 61, 62, 63 ir 64 straipsnių pakeitimo, 73 ir 74 straipsnių pripažinimo netekusiais galios, įstatymo papildymo 62¹ straipsniu įstatymo, Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo Nr. IX-886 7 straipsnio pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatymo Nr. I-533 20 straipsnio pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymo Nr. I-1555 6 straipsnio pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos viešųjų įstaigų įstatymo Nr. I-1428 1 straipsnio pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 2, 26 ir 27 straipsnių pakeitimo įstatymo projektų pateikimo Lietuvos Respublikos Seimui“. TAR, 8270.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2019 m. vasario 13 d. nutarimas Nr. 144 „Dėl Medicinos rezidentūros studijų ir odontologijos rezidentūros studijų programų vykdymo reikalavimų ir priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“. TAR, 2525.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2020 m. spalio 28 d. nutarimas Nr. 1218 „Dėl teisės aktų projektų nuostatų, ribojančių galimybę užsiimti reglamentuojama profesija ar ja verstis, proporcingumo vertinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. TAR, 22938.

Dekretai

Respublikos Prezidento 2018 m. liepos 10 d. dekretas Nr. 1K-1349 „Dėl Lietuvos Respublikos Seimo priimtų Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 pakeitimo įstatymo Nr. XIII-1418, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 3, 11, 12, 42, 51, 53, 60, 61, 62, 63, 64 straipsnių pakeitimo, 73, 74 straipsnių pripažinimo netekusiais galios ir įstatymo papildymo 62¹ straipsniu įstatymo Nr. XIII-1419, Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatymo Nr. I-533 20 straipsnio pakeitimo įstatymo Nr. XIII-1420, Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymo Nr. I-1555 6 straipsnio pakeitimo įstatymo Nr. XIII-1421, Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo Nr. IX-886 7 straipsnio pakeitimo įstatymo Nr. XIII-1422, Lietuvos Respublikos viešųjų įstaigų įstatymo Nr. I-1428 1 straipsnio pakeitimo įstatymo Nr. XIII-1423 ir Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 2, 26 ir 27 straipsnių pakeitimo įstatymo Nr. XIII-1424 grąžinimo Lietuvos Respublikos Seimui pakartotinai svarstyti“. TAR, 11691.

Įsakymai

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymas Nr. 357 „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo,

kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“. *Valstybės žinios*, 67-2175.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. gruodžio 29 d. įsakymas Nr. 679 „Dėl *In vitro* diagnostikos medicinos priemonių (prietaisų) saugos techninio reglamento patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 9-323, nauja redakcija TAR, 2017-01-26, 1488.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. balandžio 5 d. įsakymas Nr. 159 „Dėl Vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių įrašymo į kompensavimo sąrašus ir jų keitimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 39-1450, nauja redakcija *Valstybės žinios*, 2011-06-28, 77-3764.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. birželio 10 d. įsakymas Nr. 265 „Dėl Pacientų kreipimosi į gydytojus specialistus: dermatovenerologą, oftalmologą, otorinolaringologą“. *Valstybės žinios*, 58-2363.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. liepos 1 d. įsakymas Nr. 324 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos pertvarkos gairių patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 76-3267, nauja redakcija *Valstybės žinios*, 2011-05-10, 55-2679.

Lietuvos Respublikos ūkio ministro 2003 m. vasario 21 d. įsakymas Nr. 4-72 „Dėl Centrinų valstybinio administravimo subjektų sistemai priklausančių perkančiųjų organizacijų sąrašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 19-829, nauja redakcija TAR, 2017-06-30, 11200.

Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2003 m. gruodžio 23 d. įsakymas Nr. T1-159 „Dėl Teikiamų rinkai medicinos priemonių (prietaisų) registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 124-5659, nauja redakcija TAR, 2016-04-14, 9286.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. vasario 2 d. įsakymas Nr. V-40 „Dėl Gydytojo odontologo profesinės kvalifikacijos pripažinimo norint dirbti pagal gydytojo odontologo profesiją ar laikinai ir kartais teikti odontologijos paslaugas Lietuvos Respublikoje tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 45-1494, nauja redakcija TAR, 2016-07-08, Nr. 19452.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 28 d. įsakymas Nr. V-1128 „Dėl Vaistinių preparatų reklamos taisyklių patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2-98, nauja redakcija TAR, 2017-09-06, 14218.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. kovo 30 d. įsakymas Nr. V-228 „Dėl Vaistinių preparatų lygiagretaus importo taisyklių patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 39-1456.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. birželio 15 d. įsakymas Nr. V-494 „Dėl Geros vaistinių praktikos nuostatų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 68-2690, nauja redakcija TAR, 2018-11-08, 18071.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. lapkričio 6 d. įsakymas Nr. V-895 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 115-4713, nauja redakcija TAR, 2019-07-08, 11246.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. kovo 6 d. įsakymas Nr. V-176 „Dėl Valstybės biudžeto asignavimų, skirtų rezidento bazinei pareiginei algai mokėti, paskirstymo rezidentūros bazėms tvarkos aprašo tvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 29-1038.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. birželio 28 d. įsakymas Nr. V-636 „Dėl Siuntimų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms gauti išdavimo, įforminimo ir atsakymų pateikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 76-3028, nauja redakcija TAR, 2016-10-05, 24619.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 7 d. įsakymas Nr. V-1080 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų apmokėjimo už studentų ir gydytojų rezidentų studijas ir Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų paskolų sutarčių sudarymo su gydytojais rezidentais ir kredito įstaigomis gydytojų rezidentų gerovei užtikrinti tvarkos aprašų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 133-5156.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. sausio 19 d. įsakymas Nr. V-18 „Dėl Medicinos priemonių (prietaisų) saugos techninio reglamento ir Aktyviųjų implantuojamųjų medicinos priemonių (prietaisų) saugos techninio reglamento patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 13-523, nauja redakcija TAR, 2017-01-26, 1489.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. liepos 10 d. įsakymas Nr. V-572 „Dėl vaistų prieinamumo gerinimo ir jų kainų mažinimo priemonių plano patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 87-3715.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. lapkričio 16 d. įsakymas Nr. V-938 „Dėl Duomenų apie IIA, IIB, III klasės ir pagal užsakymą gaminamas aktyviausias implantuojamąsias medicinos priemones (prietaisus) pateikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 139-6139, nauja redakcija TAR, 2016-04-01, 6866.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakymas Nr. V-1051 „Dėl Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos

priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 154-6995, nauja redakcija TAR, 2016-08-19, 22488.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. kovo 19 d. įsakymas Nr. V-203 „Dėl Nekompensuojamojo vaistinio preparato registruotojo ar lygiagretaus importo leidimo turėtojo taikomos Lietuvos Respublikai nekompensuojamojo vaistinio preparato kainos deklaravimo ir šio vaistinio preparato kainos, deklaruotos referencinėse valstybėse, pateikimo tvarkos aprašo, Paraiškos įrašyti vaistinį preparatą į kompensuojamųjų vaistinių preparatų kainyną, Paraiškos įrašyti medicinos pagalbos priemonę į kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių kainyną ir Paraiškos deklaruoti nekompensuojamojo vaistinio preparato kainą formų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 34-1640.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 4 d. įsakymas Nr. V-388 „Dėl Vaistininko padėjėjo (farmakotechniko) profesinės kvalifikacijos pripažinimo norint dirbti pagal vaistininko padėjėjo (farmakotechniko) profesiją ar laikinai ir kartais teikti vaistininko padėjėjo (farmakotechniko) paslaugas Lietuvos Respublikoje tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 55-2696, nauja redakcija TAR, 2016-07-04, 18213.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. rugpjūčio 16 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl Pacientų siuntimo konsultuotis, išsitiirti ir (ar) gydytis Europos ekonominei erdvei priklausančiose valstybėse ir Šveicarijoje tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 99-5162, nauja redakcija TAR, 2019-06-21, 10051.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 29 d. įsakymas Nr. V-1145 „Dėl Leidimų teikti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamas naujo profilio stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas išdavimo/atsisakymo išduoti tvarkos aprašo, komisijos nuostatų ir darbo reglamento patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 158-8063, nauja redakcija TAR, 2020-10-29, 22547.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymas Nr. V-388 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 43-2132, nauja redakcija TAR, 2017-01-03, 395.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. birželio 27 d. įsakymas Nr. V-648 „Dėl Tarpvalstybinės sveikatos priežiūros nacionalinio kontaktinio centro funkcijų vykdymo“. *Valstybės žinios*, 70-3542.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. liepos 23 d. įsakymas Nr. V-724 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro

2010 m. rugpjūčio 16 d. įsakymo Nr. V-729 „Dėl Pacientų siuntimo konsultuotis, išsitiirti ir (ar) gydytis Europos ekonominei erdvei priklausančiose valstybėse ir Šveicarijoje tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“. *Valstybės žinios*, 82-4099.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m rugpjūčio 30 d. įsakymas Nr. V-835 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. kovo 8 d. įsakymo Nr. 112 „Dėl receptų rašymo ir vaistų bei kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių išdavimo (pardavimo) gyventojams“ pakeitimo“. *Valstybės žinios*, 93-4658.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 15 d. įsakymas Nr. V-957 „Dėl Tarptautinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 110-5471.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 28 d. įsakymas Nr. V-288 „Dėl Ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. TAR, 02274.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 17 d. įsakymas Nr. V-714 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 22:2014 „Psichikos sveikatos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. TAR, 7739.

Lietuvos Respublikos ūkio ministro 2014 m. liepos 15 d. įsakymas Nr. 4-486 „Dėl Reglamentuojamų profesijų sąrašo patvirtinimo“. TAR, 10267, nauja redakcija TAR, 2016-05-09, 11715.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. sausio 29 d. įsakymas Nr. V-75 „Dėl nacionalinių referencijos centrų atrankos tvarkos aprašo patvirtinimo“. TAR, 2015-02-02, 1486.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. vasario 2 d. įsakymas Nr. V-95 „Dėl Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2015-2020 metų plano patvirtinimo“. TAR, 2015-02-02, 1488.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. liepos 24 d. įsakymas Nr. V-881 „Dėl Radiologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“. TAR, 11958, nauja redakcija TAR, 2017-07-21, 12517.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. gruodžio 21 d. įsakymas Nr. V-1491 „Dėl Siūlymo parduoti vaistinius preparatus gyventojams nuotoliniu būdu tvarkos aprašo patvirtinimo“. TAR, 20758.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymas Nr. V-830 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 9 d. įsakymo Nr. V-632 „Dėl Žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugų, apmokamų iš Žmogaus organų ir audinių transplantacijos paprastųjų išlaidų finansavimo programos lėšų,

teikimo reikalavimų, bazinių kainų ir mokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“. TAR, 19464.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. rugsėjo 27 d. įsakymas Nr. V-1129 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 62:2017 „Gydytojas vaikų pulmonologas“ patvirtinimo“. TAR, 15324.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. gruodžio 29 d. įsakymas Nr. V-1508 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 9 d. įsakymo Nr. V-632 „Dėl Žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugų, apmokamų iš transplantacijos programos lėšų, teikimo reikalavimų, bazinių kainų ir mokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“. TAR, 21708.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 17 d. įsakymas Nr. V-813 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 166:2018 „Optometrininkas“ patvirtinimo“. TAR, 12446, nauja redakcija TAR, 2019-11-05, 17629.

b. Specialioji literatūra

Andruškevičius, A., Kriauciūnas, D., Lastauskienė, G. (2015). Atsakingas valdymas. Iš: Kūris, E. (red.) (2015). *Krizė, teisės viešpatavimas ir žmogaus teisės*. Kolektyvinė monografija. Šiauliai: Titnagas, 64-145.

Barnard, C. (2016). *The Substantive Law of the EU. The Four Freedoms*. Fifth edition. Oxford: Oxford University Press.

Beliūnienė, L., Kavoliūnaitė-Ragauskienė, E. (2013). *Teisė į sveikatos apsaugą: probleminiai sveikatos priežiūros ir sveikos aplinkos užtikrinimo aspektai*. Mokslo studija [interaktyvus], Teisės institutas. Prieiga per internetą: https://teise.org/wp-content/uploads/2016/07/Teise_i_sveikatos_apsauga.pdf [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.]

Birmontas, V. (2013). Teisė į sveikatos priežiūros paslaugas kaip konstitucinė teisė. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(5), 30-45.

Birmontienė, T. (2007). The influence of the rulings of the Constitutional Court on the development of health law in Lithuania. *European Journal of Health Law*, 14(4), 321-333.

Birmontienė, T. (2010). The Development of Health Law as a Way to Change Traditional Attitudes in National Legal Systems. The Influence of International Human Rights Law: What is Left for the National Legislator? *European Journal of Health Law*, 17(1), 23-35.

Butkevičius, L. (2006). Lietuvos konkurencijos teisės europeizacija: priešastys, raida ir problemos. *Teisė*, 61, 19-30.

Butkevičius, L. (2012). Atsakomybės už konkurencijos teisės pažeidimus perėjimas: Europos Sąjungos teisė ir jos įtaka Lietuvos administracinei justicijai. Iš: Valančius, V. (red.) (2012). *Žmogus, teisinė valstybė ir administracinė justicija*. Mokslo studija, skirta Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo dešimtmečiui. Vilnius: Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas, 672-699.

Čelkis, P. (2011). *Visuomenės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas įgyvendinant teisę į asmens sveikatos apsaugą*. Daktaro disertacija, socialiniai mokslai, teisė (01 S), Mykolo Romerio universitetas [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <http://gs.elaba.lt/object/elaba:1895191/1895191.pdf> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Čelkis, P., Venckienė, E. (2011). Concept of the Right to Health Care. *Jurisprudencija*, 18(1), 269–286.

Daukšienė, I. (2007). *Laisvas darbuotojų judėjimas pagal Europos Bendrijos teisę*. Daktaro disertacija, socialiniai mokslai, teisė (01 S), Mykolo Romerio universitetas.

Davies, G. (2014). Legislative control of the European Court of Justice. *Common Market Law Review*, 51, 1579-1608.

Dulskis, D. (2005). *ES socialinės apsaugos sistemas reglamentuojančių teisės aktų poveikio PSDF studijos ataskaita* [interaktyvus], EKT grupė. Prieiga per internetą:

https://urm.lt/uploads/default/documents/uzienio_politika/ES/ES_tyrimai/16_%20Soc_apsauga_ataskaita.pdf [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Edlin, A., Haw, R. (2014). Cartels by another name: should licensed occupations face antitrust scrutiny? *University of Pennsylvania Law Review*, 162, 1093-1164.

Elzbergas, T. (2010). Paciento teisė į sveikatos priežiūros paslaugas kitose ES valstybėse narėse. *Socialinių mokslų studijos*, 1(5), 337–364.

Freedland, M., Kountouris, N. (2017). Some Reflections on the ‘Personal Scope’ of Collective Labour Law. *Industrial Law Journal*, 46(1), 52–71.

Fuchs, M., Cornelissen, R. (eds.) (2015). *EU Social Security Law. A Commentary on EU Regulations 883/2004 and 987/2009*. Baden-Baden: Nomos, München: C.H.BECK, Oxford: Hart.

Hatzopoulos, V. (2010). Public procurement and state aid in national health care systems. Iš: Mossialos, E. et al. (eds.) (2010). *Health Systems Governance in Europe. The Role of European Union Law and Policy*. New York: Cambridge University Press, 379-418.

Hervey, T. K. (2011). If Only it Were So Simple: Public Health Services and EU Law. Iš: Cremona, M. (ed.) (2011). *Market Integration and Public Service in the European Union*. New York: Oxford University Press, 179-250.

Janeckaitė, R. (2015). Sveikatos priežiūra pagal Europos Sąjungos vidaus rinkos teisę. *Teisė*, 97, 135-152.

Janeckaitė, R. (2016). Europos Sąjungos konkurencijos teisės taikymo viešosios sveikatos priežiūros paslaugoms apimtis. *Teisė*, 101, 91-108.

Jarukaitis, I. (2014). Europos Sąjungos ekonominė konstitucija kaip papildoma Lietuvos Respublikos konstitucijos dimensija: tyrimų kontūrai. *Teisės problemos*, 2(84), 26-99.

Juškevičius, J., Balsienė, J. (2010). Human rights in healthcare: some remarks on the limits of the right to healthcare. *Jurisprudencija*, 4(122), 95-110.

Kačerauskas, K. (2016). *Valstybės paramos valstybės kontroliuojamiems ūkio subjektams draudimas pagal sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo 106(1) ir 102 straipsnius*. Daktaro disertacija, socialiniai mokslai, teisė (01 S), Mykolo Romerio universitetas [interaktyvus]. Prieiga per internetą: https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/14713/K%20%20Kacerauskas_disertacija.pdf?sequence=2&isAllowed=y [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Kanavos, P., Vadoros, S. (2010). Competition in Prescription Drug Markets: Is Parallel Trade the Answer? *Managerial and Decision Economics*, 31(5), 325–338.

Keserauskas, Š. (2011). *Setting Priorities for a Small Country's Competition Authority. Lessons and Suggestions Based on Two Decades of Competition Policy Experience in Lithuania*. Saarbrücken: Lambert Academic Publishing.

Kūris, E. (2012). Konstitucija, teisėkūra ir konstitucinė kontrolė: retrospekciniai ir metodologiniai svarstymai. Iš: Kūris, E. (sud., red.) ir Masnevaitė, E. (sud.) (2012). *Lietuvos Respublikos Konstitucijos dvidešimtmetis: patirtis ir iššūkiai*. Recenzuotų mokslinių straipsnių rinkinys. Vilnius: Lietuvos notarų rūmai, 54-91.

Kūris, E. (2015). Vietoj įžangos. Iš: Kūris, E. (red.) (2015). *Krizė, teisės viešpatavimas ir žmogaus teisės*. Kolektyvinė monografija. Šiauliai: Titnagas, 1-25.

Lenaerts, K. (2012). Defining the Concept of 'Services of General Interest' in Light of the Checks and Balances' set out in the EU Treaties. *Jurisprudencija*, 19(4), 1247-1267.

MacCulloch, A. (2016). Evidencing the Effectiveness of Health Interventions in Free Movement Cases. EU Law Analysis Blogspot, [blog] 27 October. Prieiga per internetą: [http://eulawanalysis.blogspot.com/2016/10/evidencing-effectiveness-of-health.html?utm_source=feedburner&utm_medium=email&utm_campaign=Feed:+EuLawAnalysis+\(EU+Law+Analysis\)](http://eulawanalysis.blogspot.com/2016/10/evidencing-effectiveness-of-health.html?utm_source=feedburner&utm_medium=email&utm_campaign=Feed:+EuLawAnalysis+(EU+Law+Analysis)) [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Markauskas, L. (2005). Konstitucinė teisė į nemokamą gydymą: interpretavimo problemos. *Jurisprudencija*, 64(56), 132–139.

Martinsen, D. S., Falkner, G. (2011). Social Policy: Problem-solving Gaps, Partial Exits and Court-decision Traps. Iš: Falkner, G. (ed.) (2011). *The EU's Decision Traps: Comparing Policies*. Oxford: Oxford University Press, 128-145.

Martinsen, D. S. (2017). Governing EU health law and policy – on governance and legislative politics. Iš: Hervey, T., Young, C., Bishop, L. (eds.) (2017). *Research Handbook On EU Health Law And Policy*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 36-59.

Milašiūtė, V. (2018). Kalinio teisė gauti tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugas. *Teisė*, 106, p. 27-45.

Miniotas, D. (2015). *Tikslą riboti konkurenciją turinčių vertikaliųjų susitarimų vertinimas konkurencijos teisėje*. Daktaro disertacija, socialiniai mokslai, teisė (01 S), Vilniaus universitetas. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.

Moisejevas, R. (2009). *Grobuoniška kainodara kaip piktnaudžiavimo dominuojančia padėtimi Europos Bendrijų konkurencijos teisėje forma*. Daktaro disertacija, socialiniai mokslai, teisė (01 S), Mykolo Romerio universitetas [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://vb.mruni.eu/object/elaba:1964501/1964501.pdf> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Murauskas, D. (2019). Ekspertinis vertinimas teisėkūros procese: tarp diskrecijos ir konstitucinių imperatyvų. Iš: Sudavičius, B. (red.) (2019). *Teisės viršenybės link* [interaktyvus], Vilniaus universiteto Teisės fakultetas, 195-212. Prieiga per internetą: http://www.tf.vu.lt/wp-content/uploads/2019/06/teises_virsenybes_link_145x205mm_INTERNETU_I_geras.pdf [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Nicolaides, P., Kekelekis, M., Kleis, M. (2008). *State Aid Policy in the European Community: Principles and Practice*. Second Edition. The Hague: Kluwer Law International.

Nicolaides, P. (2015). The Perennial Altmark Questions. State Aid Uncovered, [blog] 27 October. Prieiga per internetą: <https://www.lexxion.eu/en/stateaidpost/the-perennial-altmark-questions/> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Nicolaides, P. (2016). No Affection of Trade. State Aid Uncovered, [blog] 23 November. Prieiga per internetą: <https://www.lexxion.eu/stateaidpost/no-affectation-of-trade/> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Nicolaides, P. (2017a). Even the Catholic Church Is not Absolved from State Aid Rules: The Essence of Economic Activity – PART I. State Aid Uncovered, [blog] 11 July. Prieiga per internetą:

<https://www.lexxion.eu/en/stateaidpost/even-the-catholic-church-is-not-absolved-from-state-aid-rules-the-essence-of-economic-activity-part-i/> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Nicolaides, P. (2017b). Even the Catholic Church Is not Absolved from State Aid Rules: The Essence of Economic Activity – PART II. State Aid Uncovered, [blog] 18 July. Prieiga per internetą:

<https://www.lexxion.eu/stateaidpost/even-the-catholic-church-is-not-absolved-from-state-aid-rules-the-essence-of-economic-activity-part-ii/> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Nicolaides, P. (2017c). The Art, Science and Law of Funding Services of General Economic Interest. State Aid Uncovered, [blog] 29 May. Prieiga per internetą: <https://www.lexxion.eu/stateaidpost/the-art-science-and-law-of-funding-services-of-general-economic-interest/> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Nicolaides, P. (2018a). Economic Activities in a System of Social Solidarity. State Aid Uncovered, [blog] 27 February. Prieiga per internetą: <https://www.lexxion.eu/en/stateaidpost/economic-activities-in-a-system-of-social-solidarity/> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Nicolaides, P. (2018b). What Makes a Public Health Care System Non-economic? State Aid Uncovered, [blog] 10 April. Prieiga per internetą: <https://www.lexxion.eu/en/stateaidpost/what-makes-a-public-health-care-system-non-economic/> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Nistor, L. (2011). *Public Services and the European Union. Healthcare, Health Insurance and Education Services*. The Hague: Asser Press.

Novosad, A. (2011). *Dominuojančio ūkio subjekto atsisakymo tiekti vertinimas pagal konkurencijos teisę*. Daktaro disertacija, socialiniai mokslai, teisė (01 S), Mykolo Romerio universitetas [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <http://gs.elaba.lt/object/elaba:1800841/1800841.pdf> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Rieder, C. M. (2017). Courts and EU health law and policies. Iš: Hervey, T., Young, C., Bishop, L. (eds.) (2017). *Research Handbook On EU Health Law And Policy*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 60-81.

Shorthose, S. (ed.) (2017). *Guide to EU Pharmaceutical Regulatory Law*. Seventh Edition. Alphen aan den Rijn: Kluwer Law International.

Shuibhne, N. N., Maci, M. (2013). Proving public interest: the growing impact of evidence in free movement case law. *Common Market Law Review*, 50, 965-1006.

Stanikūnas, R. (2009). *Konkurencijos politika: teorija ir praktika*. Vilnius: TEV.

Strban, G. (red.) et. al. (2017). *Analytical Report 2016. Access to healthcare in cross-border situations* [interaktyvus], European Commission. Prieiga per internetą:

<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=17130&langId=en> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Špokienė, I. (2008). Retųjų vaistų prieinamumo problema įgyvendinant teisę į sveikatos priežiūrą. *Jurisprudencija*, 12(114), 64-72.

Špokienė, I. (2010). Solidarumo principo turinys ir vaidmuo sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo srityje. *Jurisprudencija*, 3(121), 329–348.

Špokienė, I. (2012). Lietuvos teisės aktuose asmeniui bei valstybei adresuotų pareigų „rūpintis sveikata“ teisinis vertinimas. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(4), 7-23.

Špokienė, I. (2013). Nemokamos medicinos pagalbos teikimo konstitucinės garantijos. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(5), 15-29.

Švedas, G. (2010). Europos Sąjungos teisės įtaka Lietuvos baudžiamajai teisei. *Teisė*, 74, 7-20.

Van de Gronden, J. W., Rusu, C. S. (2017). EU competition law and policy and health systems. Iš: Hervey, T., Young, C., Bishop, L. (eds.) (2017). *Research Handbook On EU Health Law And Policy*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 267-290.

Vėgėlė, I. (2002). *Įmonėms taikytina teisė ir pirminis steigimasis Europos Bendrijos teisėje*. Vilnius: Eugrimas.

Vėgėlė, I. (2011). *Europos Sąjungos teisė. Vidaus rinkos laisvės, konkurencija ir teisės derinimas*. Vilnius: Registrų centras.

Veršelytė, A. (2012). Pacientų teisė į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugas – iliuzija ar realybė? Iš: Švedas, G. (red.) (2012). *Nepriklausomos Lietuvos teisė: praeitis, dabartis ir ateitis: recenzuotų mokslinių straipsnių rinkinys: Liber Amicorum profesoriui Jonui Prapiesčiui*. Vilnius: Vilniaus Universiteto Teisės fakulteto Alumni draugija, 712-726.

Zalepūga, M. (2016). *Lygiagretaus medicinos produktų importo teisinio reguliavimo teoriniai ir praktiniai aspektai*. Daktaro disertacija, socialiniai mokslai, teisė (01 S), Mykolo Romerio universitetas [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://repository.mruni.eu/handle/007/14472> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Zaglmyer, B. (2016). *Annerkenung von Gesundheitsberufen in Europa*. Wien: MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.

Zaglmyer, B. (2017). Assoziierungs-Abkommen. Allgemeiner Teil. Iš: Spiegel, B. (ed.) (2012). *Zwischenstaatliches Sozialversicherungsrecht*.

Kommentar. 2. Band. Wien: MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.

Žalimienė, S. (2008). Naujausios įsisteigimo laisvės tendencijos Europos Sąjungoje. Iš: Katuoka, S. (red.) (2008). *Teisė besikeičiančioje Europoje: Liber Amicorum Pranas Kūris*. Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras.

Žaltauskaitė-Žalimienė, S. (2002). *Laisvas asmenų judėjimas pagal Europos Bendrijos teisę: įsisteigimo teisė*. Vilnius: Rosma.

Žaltauskaitė-Žalimienė, S. (2005). Naujausios paslaugų teikimo laisvės tendencijos Europos Sąjungoje. *Jurisprudencija*, 72(64), 20-29.

Weiler, J. H. (1991). The Transformation of Europe, *The Yale Law Journal*, 100, 2403-2483.

Weiler, J. H. H. (2014). Van Gend en Loos: The individual as subject and object and the dilemma of European legitimacy, *International Journal of Constitutional Law*, 12(1), 94–103, <https://doi.org/10.1093/icon/mou011>.

c. Teismų praktika

Europos Sąjungos Teisingumo Teismas

Sprendimai

Komisija / Italija [ESTT], Nr. 7/68, [1968-12-10]. ECLI:EU:C:1968:51.

Salgoil [ESTT], Nr. 13/68, [1968-12-19]. ECLI:EU:C:1968:54.

Geddo [ESTT], Nr. 2/73, [1973-07-12]. ECLI:EU:C:1973:89.

Dassonville [ESTT], Nr. 8/74, [1974-07-11]. ECLI:EU:C:1974:82.

Cetrafarm [ESTT], Nr. 15/74, [1974-10-31]. ECLI:EU:C:1974:114.

De Peijper [ESTT], Nr. 104/75, [1976-05-20]. ECLI:EU:C:1976:67.

Pierik [ESTT], Nr. 117/77, [1978-03-16]. ECLI:EU:C:1978:72

Rewe-Zentral AG [ESTT], Nr. 120/78, [1979-02-20]. ECLI:EU:C:1979:42.

Pierik [ESTT], Nr. 182/78, [1979-05-31]. ECLI:EU:C:1979:142.

Groenveld [ESTT], Nr. 15/79, [1979-11-08]. EU:C:1979:253.

Roussel Laboratoria BV ir kt. [ESTT], Nr. 181/82, [1983-11-29]. ECLI:EU:C:1983:352.

Van Bennekom [ESTT], Nr. C-227/82, [1983-11-30]. ECLI:EU:C:1983:354

Luisi ir Carbone [ESTT], Nr. 286/82 ir 26/83, [1984-01-31]. ECLI:EU:C:1984:35.

Duphar ir kt. [ESTT], Nr. 238/82, [1984-02-07]. ECLI:EU:C:1984:45.

Komisija / Italija [ESTT], Nr. 118/85, [1987-06-16].
ECLI:EU:C:1987:283.

Prancūzija / Komisija [ESTT], Nr. C-202/88, [1991-03-19].
ECLI:EU:C:1991:120.

Komisija / Belgija [ESTT], Nr. C-249/88, [1991-03-19].
ECLI:EU:C:1991:121.

Höfner ir Elser [ESTT], Nr. C-41/90, [1991-04-23].
ECLI:EU:C:1991:161.

Vlassopoulou [ESTT], Nr. C-340/89, [1991-05-07].
ECLI:EU:C:1991:193.

The Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd [ESTT], Nr. C-159/90, [1991-10-04]. ECLI:EU:C:1991:378.

Poucet ir Pistre [ESTT], Nr. C-159/91 ir C-160/91, [1993-02-17].
ECLI:EU:C:1993:63.

Almelo [ESTT], Nr. C-393/92, [1994-04-27]. ECLI:EU:C:1994:171.

FFSA ir kt. [ESTT], Nr. C-244/94, [1995-11-16]. ECLI:EU:C:1995:392.

Gebhard [ESTT], Nr. C-55/94, [1995-11-30]. ECLI:EU:C:1995:411.

Bristol-Myers Squibb ir kt. [ESTT], Nr. C-427/93, C-429/93 ir C-436/93,
[1996-07-11]. ECLI:EU:C:1996:282.

Sodemare [ESTT], Nr. C-70/95, [1997-06-17]. ECLI:EU:C:1997:301.

Komisija / Nyderlandai [ESTT], Nr. C-157/94, [1997-10-23].
ECLI:EU:C:1997:499.

Decker [ESTT], Nr. C-120/95, [1998-04-28]. ECLI:EU:C:1998:167.

Kohll [ESTT], Nr. C-158/96, [1998-04-28]. ECLI:EU:C:1998:171

Carbonari ir kt. [ESTT], Nr. C-131/97, [1999-02-25].
ECLI:EU:C:1999:98.

Albany [ESTT], Nr. C-67/96, [1999-09-21]. ECLI:EU:C:1999:430.

Brentjens' Handelsonderneming BV [ESTT], Nr. C-115/97–C-117/97,
[1999-09-21]. ECLI:EU:C:1999:434.

Maatschappij Drijvende Bokken [ESTT], Nr. C-219/97, [1999-09-21].
ECLI:EU:C:1999:437.

Hocsman [ESTT], Nr. C-238/98, [2000-09-14]. ECLI:EU:C:2000:440.

Pavlov ir kt. [ESTT], Nr. C-180/98–C-184/98, [2000-09-18].
ECLI:EU:C:2000:428.

Vokietija / Europos Parlamentas ir Taryba [ESTT], Nr. C-376/98, [2000-10-05].
ECLI:EU:C:2000:544.

Konsumentombudsmannen [ESTT], Nr. C-405/98, [2001-03-08].
ECLI:EU:C:2001:135.

Geraets-Smits ir Peerbooms [ESTT], Nr. C-157/99, [2001-07-12].
ECLI:EU:C:2001:404.

Grilli [ESTT], Nr. C-12/02, [2001-10-02]. ECLI:EU:C:2003:538.

Ambulanz Glöckner [ESTT], Nr. C-475/99, [2001-10-25]. ECLI:EU:C:2001:577.

Komisija / Austrija [ESTT], Nr. C-424/99, [2001-11-27]. ECLI:EU:C:2001:642.

Canal Satélite Digital [ESTT], Nr. C-390/99, [2002-01-22]. ECLI:EU:C:2002:34.

Cisal [ESTT], Nr. C-218/00, [2002-01-22]. ECLI:EU:C:2002:36.

Wouters [ESTT], Nr. C-309/99, [2002-02-19]. ECLI:EU:C:2002:98.

Paranova Läkemedel AB [ESTT], Nr. C-15/01, [2003-05-08]. ECLI:EU:C:2003:256.

Paranova Oy [ESTT], Nr. C-113/01, [2003-05-08]. ECLI:EU:C:2003:258.

ATRAL [ESTT], Nr. C-14/02, [2003-05-08]. ECLI:EU:C:2003:265.

Komisija / Suomija [ESTT], Nr. C-229/00, [2003-06-12]. ECLI:EU:C:2003:334.

Altmark [ESTT], Nr. C-280/00, [2003-07-24]. ECLI:EU:C:2003:415.

Inizan [ESTT], Nr. C-56/01, [2003-10-23]. ECLI:EU:C:2003:578.

Morgenbesser [ESTT], Nr. C-313/01, [2003-11-13]. ECLI:EU:C:2003:612.

Deutscher Apothekerverband [ESTT], Nr. C-322/01, [2003-12-11]. ECLI:EU:C:2003:664.

AOK-Bundesverband ir kt. [ESTT], Nr. C-264/01, C-306/01, C-354/01 ir C-355/01, [2004-03-16]. ECLI:EU:C:2004:150.

Kohlpharma [ESTT], Nr. C-112/02, [2004-04-01]. ECLI:EU:C:2004:208.

Komisija / Prancūzija [ESTT], Nr. C-263/03, [2004-10-12]. ECLI:EU:C:2004:612.

Heiser [ESTT], Nr. C-172/03, [2005-03-03]. ECLI:EU:C:2005:130.

Komisija / Prancūzija [ESTT], Nr. C-212/03, [2005-05-26]. ECLI:EU:C:2005:313.

Komisija / Vokietija [ESTT], Nr. C-114/04, [2005-07-14]. ECLI:EU:C:2005:471.

Schwarz [ESTT], Nr. C-366/04, [2005-11-24]. ECLI:EU:C:2005:719.

Watts [ESTT], Nr. C-372/04, [2006-05-16]. ECLI:EU:C:2006:325.

FENIN [ESTT], Nr. C-205/03 P, [2006-07-11]. ECLI:EU:C:2006:453.

Pohl-Boskamp [ESTT], Nr. C-317/05, [2006-10-26]. ECLI:EU:C:2006:684.

Placanica [ESTT], Nr. C-338/04, C-359/04 ir C-360/04, [2007-03-06]. ECLI:EU:C:2007:133.

Boehringer Ingelheim ir kt. [ESTT], Nr. C-348/04, [2007-04-26]. ECLI:EU:C:2007:249.

Komisija / Belgija [ESTT], Nr. C-254/05, [2007-06-07].
ECLI:EU:C:2007:319.

Komisija / Belgija [ESTT], Nr. C-422/05, [2007-06-14].
ECLI:EU:C:2007:342.

Medipac-Kazantzidis [ESTT], Nr. C-6/05, [2007-06-14].
ECLI:EU:C:2007:337.

Gintec [ESTT], Nr. C-374/05, [2007-11-08]. ECLI:EU:C:2007:654.

Ludwigs-Apotheke [ESTT], Nr. C-143/06, [2007-11-08].
ECLI:EU:C:2007:656.

Komisija / Vokietija [ESTT], Nr. C-319/05, [2007-11-15].
ECLI:EU:C:2007:678.

Doulamis [ESTT], Nr. C-446/05, [2008-03-13]. ECLI:EU:C:2008:157.

Komisija / Liuksemburgas [ESTT], Nr. C-286/07, [2008-04-24].
ECLI:EU:C:2008:251.

MOTOE [ESTT], Nr. C-49/07, [2008-07-01]. ECLI:EU:C:2008:376.

Komisija / Austrija [ESTT], Nr. C-311/07, [2008-07-17].
ECLI:EU:C:2008:431.

Komisija / Vokietija [ESTT], Nr. C-141/07, [2008-09-11].
ECLI:EU:C:2008:492.

Kattner Stahlbau [ESTT], Nr. C-350/07, [2009-03-05].
ECLI:EU:C:2009:127.

Hartlauer [ESTT], Nr. C-169/07, [2009-03-10]. ECLI:EU:C:2009:141.

Komisija / Vokietija [ESTT], Nr. C-160/08, [2009-03-10].
ECLI:EU:C:2010:230.

Komisija / Graikija [ESTT], Nr. C-489/06, [2009-03-19].
ECLI:EU:C:2009:165.

Menarini ir kt., [ESTT], Nr. C-352/07-C-356/07, C-365/07-C-367/07 ir
C-400/07, [2009-04-02]. ECLI:EU:C:2009:217.

Apothekerkammer des Saarlandes [ESTT], Nr. C-171/07 ir C-172/07,
[2009-05-19]. ECLI:EU:C:2009:316.

Komisija / Italija [ESTT], Nr. C-531/06, [2009-05-19].
ECLI:EU:C:2009:315.

Grimme [ESTT], Nr. C-351/08, [2009-11-12]. ECLI:EU:C:2009:697.

Association of the British Pharmaceutical Industry [ESTT], Nr. C-62/09,
[2010-04-22]. ECLI:EU:C:2010:219.

Pérez ir Gómez [ESTT], Nr. C-570/07 ir C-571/07, [2010-06-01].
ECLI:EU:C:2010:300.

Federutility ir kt. [ESTT], Nr. C-265/08, [2010-04-20].
ECLI:EU:C:2010:205.

Kirin Amgen [ESTT], Nr. C-66/09, [2010-09-02]. ECLI:EU:C:2010:484.

Stoß ir kt. [ESTT], Nr. C-316/07, C-358/07, C-359/07, C-360/07, C-409/07 ir C-410/07, [2010-09-08]. ECLI:EU:C:2010:504.

Komisija / Prancūzija [ESTT], Nr. C-512/08, [2010-10-05]. ECLI:EU:C:2010:579.

Komisija / Lietuva [ESTT], Nr. C-350/08, [2010-10-28]. ECLI:EU:C:2010:642.

Ker-Optika [ESTT], Nr. C-108/09, [2010-12-02]. ECLI:EU:C:2010:725.

Komisija / Prancūzija [ESTT], Nr. C-89/09, [2010-12-16]. ECLI:EU:C:2010:772.

AG2R Prévoyance [ESTT], Nr. C-437/09, [2011-03-03]. ECLI:EU:C:2011:112.

MSD Sharp & Dohme [ESTT], Nr. C-316/09, [2011-05-05]. ECLI:EU:C:2011:275.

Dickinger [ESTT], Nr. C-347/09, [2011-09-15]. ECLI:EU:C:2011:582.

Ordine degli Ingegneri di Verona e Provincia ir kt. [ESTT], Nr. C-111/12, [2013-02-21]. ECLI:EU:C:2013:100.

Ordem dos Técnicos Oficiais de Contas [ESTT], Nr. C-1/12, [2013-02-28]. ECLI:EU:C:2013:127.

Femarbel [ESTT], Nr. C-57/12, [2013-07-11]. ECLI:EU:C:2013:517.

SOA Nazionale Costruttori [ESTT], Nr. C-327/12, [2013-12-12]. ECLI:EU:C:2013:827.

Komisija / Belgija [ESTT], Nr. C-296/12, [2014-01-23]. ECLI:EU:C:2014:24.

Komisija / Lenkija [ESTT], Nr. C-639/11, [2009-03-10]. ECLI:EU:C:2014:173.

Komisija / Lietuva [ESTT], Nr. C-61/12, [2014-03-20]. ECLI:EU:C:2014:172.

The Scotch Whisky Association ir kt. [ESTT], Nr. C-333/14, [2015-12-23]. ECLI:EU:C:2015:845.

Falk Pharma GmbH [ESTT], Nr. C-410/14, [2016-06-02]. ECLI:EU:C:2016:399.

Deutsche Parkinson Vereinigung eV [ESTT], Nr. C-148/15, [2016-10-19]. ECLI:EU:C:2016:776.

Audace ir kt. [ESTT], Nr. C-114/15, [2016-10-27]. ECLI:EU:C:2016:813.

Vanderborght [ESTT], Nr. C-339/15, [2017-05-04]. ECLI:EU:C:2017:335.

Medisanus [ESTT], Nr. C-296/15, [2017-06-08]. ECLI:EU:C:2017:431.

Congregación de Escuelas Pías Provincia Betania [ESTT], Nr. C-74/16, [2017-06-27]. ECLI:EU:C:2017:496.

Malta Dental Technologists Association [ESTT], Nr. C-125/16, [2017-09-21]. ECLI:EU:C:2017:707.

Federspiel [ESTT], Nr. C-419/16, [2017-12-20]. ECLI:EU:C:2017:997.

X BV [ESTT], Nr. C-360/15 ir C-31/16, [2018-01-30]. ECLI:EU:C:2018:44.

Junek [ESTT], Nr. C-642/16, [2018-05-17]. ECLI:EU:C:2018:322.

Pfizer Ireland Pharmaceuticals [ESTT], Nr. C-681/16, [2018-06-21]. ECLI:EU:C:2018:484.

„*Roche Lietuva*“ *UAB* [ESTT], Nr. C-413/17, [2018-10-25]. ECLI:EU:C:2018:865.

Scuola Elementare Maria Montessori Srl / Komisija, Komisija / Scuola Elementare Maria Montessori Srl ir Komisija / Ferracci [ESTT], Nr. C-622/16 P–C-624/16 P, [2018-11-06]. ECLI:EU:C:2018:873.

Memoria Srl [ESTT], Nr. C-342/17, [2018-11-14]. ECLI:EU:C:2018:906.

Falck Rettungsdienste GmbH [ESTT], Nr. C-465/17, [2019-03-21]. ECLI:EU:C:2019:234.

Achema ir kt. [ESTT], Nr. C-706/17, [2019-05-15]. ECLI:EU:C:2019:407.

Delfarma [ESTT], Nr. C-387/18, [2019-07-03]. ECLI:EU:C:2019:556.

Kirschstein [ESTT], Nr. C-393/17, [2019-07-04]. ECLI:EU:C:2019:563.

VIPA Kereskedelmi és Szolgáltató Kft. [ESTT], Nr. C-222/18, [2019-09-18]. ECLI:EU:C:2019:751.

Komisija / Dóvera zdravotná poisťovňa [ESTT], Nr. C-262/18 P ir C-271/18 P, [2020-06-11]. ECLI:EU:C:2020:450

WO [ESTT], Nr. C-777/18, [2020-09-23]. ECLI:EU:C:2020:745.

A [ESTT], Nr. C-243/19, [2020-10-29]. ECLI:EU:C:2020:872.

BB [ESTT], Nr. C-166/20, [2021-07-08]. ECLI:EU:C:2021:554.

TS [ESTT], Nr. C-538/19, [2021-10-06]. ECLI:EU:C:2021:809.

Šiuo metu nagrinėjamos bylos

Casa Regina Apostolorum della Pia Società delle Figlie di San Paolo / Komisija, C-492/21 P, dar neišnaginėta.

Generalinių advokatų išvados

Generalinio advokato G. Tesauro išvada, *Decker*, Nr. C-120/95 ir *Kohll*, Nr. C-158/96, [1997-09-21]. ECLI:EU:C:1997:399.

Generalinio advokato G. Cosmas išvada, *Ferlini*, Nr. C-411/98, [1999-09-21]. ECLI:EU:C:1999:442.

Generalinio advokato F. Jacobs išvada, *Ambulanz Glöckner*, Nr. C-475/99, [2001-05-17]. ECLI:EU:C:2001:284.

Generalinio advokato F. Jacobs išvada, *AOK-Bundesverband ir kt.*, Nr. C-264/01, C-306/01, C-354/01 ir C-355/01, [2003-05-22]. ECLI:EU:C:2003:304.

Generalinio advokato F. Jacobs išvada, *Syfait ir kt.*, Nr. C-53/03, [2004-10-28]. ECLI:EU:C:2004:673.

Generalinio advokato P. Maduro išvada, *FENIN*, Nr. C-205/03 P, [2005-11-10]. ECLI:EU:C:2005:666.

Generalinės advokatės E. Sharpston išvada, *Brouillard*, Nr. C-298/14, [2015-06-18]. ECLI:EU:C:2015:408.

Generalinio advokato P. Mengozzi išvada, *Malta Dental Technologists Association*, Nr. C-125/16, [2017-06-01]. ECLI:EU:C:2017:421.

Generalinio advokato M. Bobek išvada, *Kirschstein*, Nr. C-393/17, [2018-11-15]. ECLI:EU:C:2018:918.

Generalinio advokato P. Pikamäe išvada, *Komisija / Dôvera zdravotná poisťovňa ir Slovakija / Dôvera zdravotná poisťovňa*, Nr. C-262/18 P ir C-271/18 P, [2019-12-19]. ECLI:EU:C:2019:1144.

Nacionalinių teismų prašymai priimti prejudicinį sprendimą

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2020 m. balandžio 8 d. prašymas priimti prejudicinį sprendimą (*BB*, C-166/20).

Bendrasis teismas

FENIN / Komisija [BT], Nr. T-319/99, [2003-03-04]. ECLI:EU:T:2003:50.

Asklepios Kliniken GmbH / Komisija [BT], Nr. T-167/04, [2007-07-11]. ECLI:EU:T:2007:215.

BUPA / Komisija [BT], Nr. T-289/03, [2008-02-12]. ECLI:EU:T:2008:29.

CBI / Komisija [BT], Nr. T-137/10, [2012-11-07]. ECLI:EU:T:2012:584.

Vokietija / Komisija [BT], Nr. T-295/12, [2014-07-16]. ECLI:EU:T:2014:675.

Ferracci / Komisija [BT], Nr. T-219/13, [2016-09-15]. ECLI:EU:T:2016:485.

Scuola Elementare Maria Montessori Srl / Komisija [BT], Nr. T-220/13, [2016-09-15]. ECLI:EU:T:2016:484.

Dôvera zdravotná poisťovňa / Komisija [BT], Nr. T-216/15, [2018-02-05]. ECLI:EU:T:2018:64.

Casa Regina Apostolorum della Pia Società delle Figlie di San Paolo / Komisija [BT], T-223/18, [2021-06-02]. ECLI:EU:T:2021:315.

Europos laisvosios prekybos asociacijos teismas

The Norwegian Government / Anniken Jenny Lindberg [ELPA Teismas], Nr. E-3/20, [2021-03-25]. Prieiga per internetą: <https://eftacourt.int/download/3-20-judgment/?wpdmdl=7155> [žiūrėta 2021 m. spalio 11 d.].

Tor-Arne Martinez Haugland and Others / The Norwegian Government [ELPA Teismas], Nr. E-4/20, [2021-03-25]. Prieiga per internetą: <https://eftacourt.int/download/4-20-judgment/?wpdmdl=7157> [žiūrėta 2021 m. spalio 11 d.].

Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas

Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2002 m. kovo 14 d. nutarimas. *Valstybės žinios*, 28-1003.

Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2004 m. sausio 26 d. nutarimas. *Valstybės žinios*, 15-465.

Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2005 m. rugsėjo 29 d. nutarimas. *Valstybės žinios*, 117-4239.

Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2006 m. gegužės 31 d. nutarimas. *Valstybės žinios*, 62-2283.

Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2009 m. rugsėjo 2 d. nutarimas. *Valstybės žinios*, 106-4434.

Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas. *Valstybės žinios*, 52-2604.

Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2014 m. vasario 26 d. sprendimas. TAR, 2176.

Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2015 m. kovo 5 d. nutarimas. TAR, 3412.

Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2015 m. rugsėjo 29 d. nutarimas. TAR, 2017-01-02, 1.

Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2020 m. vasario 6 d. nutarimas. TAR, 14609.

Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2020 m. birželio 5 d. nutarimas. TAR, 29221.

Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2021 m. spalio 15 d. nutarimas. *Dar nepaskelbtas*.

Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas

Teismo praktika

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo išplėstinės teisėjų kolegijos 2008 m. gegužės 6 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A²⁶¹-339/2008.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2008 m. lapkričio 4 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. A¹⁴³-1828/2008.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2010 m. gegužės 21 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A502-539/2010.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2010 m. spalio 14 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A⁵⁰²-1037/2010.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2010 m. lapkričio 29 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A858-1452/2010.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo išplėstinės teisėjų kolegijos 2011 m. birželio 6 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A⁷⁵⁶-34/2011.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2012 m. sausio 26 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A⁴⁹²-376/2012.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2012 m. balandžio 20 d. nutartis administracinėje byloje Nr. AS143-268/2012.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2012 m. gegužės 17 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A520-1301/2012.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo išplėstinės teisėjų kolegijos 2012 m. lapkričio 19 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. I⁸²²-29/2012.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2012 m. gruodžio 28 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. I552-23/2012.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2013 m. liepos 17 d. nutartis administracinėje byloje Nr. AS502-600/2013.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2013 m. rugpjūčio 26 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A¹⁴⁶-379/2013.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2014 m. gegužės 20 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A¹⁴³-867/2014.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2014 m. gegužės 23 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A⁸⁵⁸-1033/2014.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2014 m. rugpjūčio 21 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A502-308/2014.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2015 m. sausio 14 d. nutartis administracinėje byloje Nr. AS-167-261/2015.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2015 m. birželio 17 d. nutartis administracinėje byloje Nr. AS-857-662/2015.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo išplėstinės teisėjų kolegijos 2015 m. rugsėjo 30 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A-1924-502/2015.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo išplėstinės teisėjų kolegijos 2015 m. gruodžio 3 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A-1820-502/2015.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2015 m. gruodžio 17 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A-1891-756/2015.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2015 m. gruodžio 21 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. I-7-552/2015.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2016 m. gegužės 13 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A-1469-502/2016.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2016 m. birželio 1 d. nutartis administracinėje byloje Nr. eAS-579-261/2016.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2016 m. rugpjūčio 31 d. nutartis administracinėje byloje Nr. AS-533-602/2016.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2016 m. lapkričio 23 d. nutartis administracinėje byloje Nr. eAS-696/143/2016.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2017 m. balandžio 11 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. eI-6-502/2017.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo išplėstinės teisėjų kolegijos 2019 m. balandžio 25 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. eI-4-602/2019.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2019 m. spalio 9 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. A-622-822/2019.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2019 m. spalio 21 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. eI-10-756/2019.

Praktikos apibendrinimas

Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas (2017). Biuletenis. Administracinė jurisprudencija. Administracinių teismų praktika. Administracinė doktrina, Nr. 32, 2016 liepa–gruodis, Vilnius [interaktyvus]. Prieiga per internetą:

<https://www.lvat.lt/doclib/qhgw1stnndlsg6v19851ekje44tgd2wv> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Lietuvos Aukščiausiasis Teismas

Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2015 m. kovo 20 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-140-611/2015.

Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2017 m. vasario 14 d. nutartis administracinio teisės pažeidimo byloje Nr. e2AT-13-696/2017.

Vilniaus apygardos administracinis teismas

Vilniaus apygardos administracinio teismo 2006 m. spalio 9 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. I-3314-04/2006.

Vilniaus apygardos administracinio teismo 2011 m. rugsėjo 29 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. I-2092-580/2011.

Vilniaus apygardos administracinio teismo 2013 m. sausio 8 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. I-1306/95/2013.

Vilniaus apygardos administracinio teismo 2013 m. kovo 22 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. I-1298-562/2013.

Kiti Lietuvos Respublikos teismai

Pasvalio rajono apylinkės teismo 2016 m. kovo 21 d. sprendimas civilinėje byloje Nr. e2-59-1001/2016.

Panevėžio apygardos teismo 2016 m. rugsėjo 8 d. sprendimas civilinėje byloje Nr. E2A-668-252/2016.

d. Kiti šaltiniai

Lietuvos Respublikos teisės aktų projektai ir jų lydintieji dokumentai

Įstatymų projektai

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 2 ir 26 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymo projektas (2013a). TAIS, 2013-01-04, 13-37-01.

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 2 ir 26 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymo projektas (2013b). TAIS, 2013-01-07, 13-37-02.

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 15¹, 17, 39 ir 45 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymo projektas (2013a). TAIS, 2013-05-23, 13-1471-01.

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 12, 63, 64 ir 65 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymo projektas (2013). TAIS, 2013-05-23, 13-1472-01.

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 9, 17, 22, 23, 26, 27, 30 ir 33 straipsnių pakeitimo įstatymo projektas (2013c). TAIS, 2013-07-25, 13-2255-01.

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 1, 2, 6, 21 straipsnių pakeitimo ir papildymo ir įstatymo papildymo 12¹ straipsniu ir priedu įstatymo projektas (2013d). TAIS, 2013-08-27, XIIP-917.

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 15¹, 17, 39 ir 45 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymo projektas (2013b). TAIS, 2013-10-21, 13-1471-05.

Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 48 ir 50 straipsnių pakeitimo įstatymo projektas (2014a). TAIS, 2014-02-14, 14-1515.

Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 48 ir 50 straipsnių pakeitimo įstatymo projektas (2014b). TAIS, 2014-04-03, 14-1515(2).

Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 48 ir 50 straipsnių pakeitimo įstatymo projektas (2014c). TAIS, 2014-06-10, 14-1515(3).

Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 50 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas (2014d). TAIS, 2014-07-16, 14-1515(4).

Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 50 straipsnio pakeitimo ir papildymo 51(1) straipsniu įstatymo projektas (2014e). TAIS, 2014-10-02, 14-1515(5).

Lietuvos Respublikos odontologijos praktikos įstatymo Nr. IX-1930 pakeitimo įstatymo projektas (2015). TAIS, 2015-01-14, 15-158.

Lietuvos Respublikos odontologų rūmų įstatymo Nr. IX-1929 6 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas (2015a). TAIS, 2015-01-14, 15-159.

Lietuvos Respublikos odontologų rūmų įstatymo pakeitimo įstatymo projektas (2015b). TAIS, 2015-05-14, XIIP-3087.

Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo Nr. IX-886 VI skyriaus pavadinimo ir 43 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas (2015). TAIS, 2015-05-15, XIIP-3097.

Lietuvos Respublikos odontologų rūmų įstatymo Nr. IX-1929 pakeitimo įstatymo projektas (2015c). TAIS, 2015-06-02, XIIP-3087(2).

Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo Nr. IX-886 VI skyriaus pavadinimo pakeitimo ir 43 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas (2016a). TAIS, 2016-06-09, XIIP-3097(2).

Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo Nr. IX-886 VI skyriaus pavadinimo ir 43 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas (2016b). TAIS, 2016-09-22, XIIP-3097(3).

Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 38 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas (2016). TAIS, 2016-12-08, XIIP-193.

Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 2, 8, 19, 33, 35, 59¹, 68¹ straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo aštuntuoju¹ skirsniu įstatymo projektas (2017a). TAIS, 2017-05-05, 17-5735.

Lietuvos Respublikos psichologų praktinės veiklos įstatymo projektas (2017). TAIS, 2017-05-09, XIIP-685.

Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 38 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas (2017b). TAIS, 2017-06-28, XIIP-193(2).

Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 50 ir 51 straipsnių pakeitimo įstatymo projektas (2017c). TAIS, 2017-09-26, XIIP-1137.

Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 35 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas (2018a). TAIS, 2018-03-07, XIIP-1757.

Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 35 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas (2018b). TAIS, 2018-04-10, XIIP-1939.

Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 50 ir 51 straipsnių pakeitimo įstatymo projektas (2018c). TAIS, 2018-05-09, XIIP-1137(2).

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 2, 26 ir 27 straipsnių pakeitimo įstatymo projektas (2018a). TAIS, 2018-05-21, 18-6382.

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 2, 26 ir 27 straipsnių pakeitimo įstatymo projektas (2018b). TAIS, 2018-05-24, XIIP-2226.

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 2, 26 ir 27 straipsnių pakeitimo įstatymo projektas (2018c). TAIS, 2018-06-22, XIIP-2226(2).

Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 33 straipsnio pakeitimo ir įstatymo papildymo 32¹ straipsniu įstatymo projektas (2018d). TAIS, 2018-12-07, 18-14374.

Lietuvos Respublikos psichologų praktinės veiklos įstatymo projektas (2019). TAIS, 2019-02-14, XIIP-3234.

Lietuvos Respublikos papildomosios ir alternatyviosios sveikatos priežiūros įstatymo projektas (2019a). TAIS, 2019-06-14, XIIP-3570.

Lietuvos Respublikos asmens sveikatos priežiūros praktikos įstatymo projektas (2019). TAIS, 2019-07-22, 19-8891.

Lietuvos Respublikos papildomosios ir alternatyviosios sveikatos priežiūros įstatymo projektas (2019b). TAIS, 2019-11-29, XIIP-3570(2).

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 4, 7, 9¹, 12¹, 15, 17, 18, 20, 21, 23, 26, 26¹, 26², 27, 28, 29, 30, 31, 36 straipsnių ir V skyriaus pakeitimo ir 32, 33, 34, 35 straipsnių ir VI skyriaus pripažinimo netekusiais galios įstatymo projektas (2020a). TAIS, 2020-05-12, XIIP-4827.

Lietuvos Respublikos asmens sveikatos priežiūros praktikos, išskyrus medicinos praktiką, odontologijos praktiką, burnos priežiūros praktiką, slaugos praktiką ir akušerijos praktiką, įstatymo projektas (2020a). TAIS, 2020-06-02, Nr. XIIP-4918.

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 4, 7, 9(1), 12(1), 15, 17, 18, 20, 21, 23, 26, 26(1), 26(2), 27, 28, 29, 30, 31, 36 straipsnių, V skyriaus pakeitimo ir 32, 33, 34, 35 straipsnių ir VI skyriaus pripažinimo netekusiais galios įstatymo projektas (2020b). TAIS, 2020-06-11, XIIIIP-4827(2).

Lietuvos Respublikos asmens sveikatos priežiūros praktikos įstatymo projektas (2020b). TAIS, 2020-06-18, XIIIIP-4918(2).

Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimų projektai

Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo projektas „Dėl nuostatų, ribojančių galimybę užsiimti reglamentuojama profesija ar ja verstis, proporcingumo vertinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (2020a). TAIS, 2020-08-08, 20-10753.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo projektas „Dėl nuostatų, ribojančių galimybę užsiimti reglamentuojama profesija ar ja verstis, proporcingumo vertinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (2020b). TAIS, 2020-09-23, 20-10753(2).

Aiškinamieji raštai

Aiškinamasis raštas „Dėl Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo 2, 4, 9, 12, 14, 17, 20, 23, 27, 33, 39, 55, 57, 62 ir 64 straipsnių pakeitimo ir Įstatymo priedo papildymo įstatymo projekto“ (2010). TAIS, 2010-07-01, XIP-2307.

Aiškinamasis raštas „Dėl Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo 2, 4, 5, 7, 35, 39 ir 76 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymo projekto“ (2011). TAIS, 2011-11-03, XIP-3797.

Aiškinamasis raštas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 2 ir 26 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymo projekto“ (2013a). TAIS, 2013-01-04, 13-37-01.

Aiškinamasis raštas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 15¹, 17, 39 ir 45 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymo projekto“ (2013b). TAIS, 2013-05-23, 13-1471-01.

Aiškinamasis raštas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 12, 63, 64 ir 65 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymo projekto“ (2013c). TAIS, 2013-05-23, 13-1472-01.

Aiškinamasis raštas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 9, 17, 22, 23, 26, 27, 30 ir 33 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto“ (2013d). TAIS, 2013-07-25, 13-2255-01.

Aiškinamasis raštas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 1, 2, 6, 21 straipsnių pakeitimo ir papildymo ir įstatymo papildymo

12¹ straipsniu ir priedu įstatymo projekto (2013e). TAIS, 2013-08-27, XIIP-917.

Aiškinamasis raštas „Dėl Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 48 ir 50 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto“ (2014). TAIS, 2014-02-14, 14-1515.

Aiškinamasis raštas „Dėl Lietuvos Respublikos odontologijos praktikos įstatymo Nr. IX-1930 pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos odontologų rūmų įstatymo Nr. IX-1929 6 straipsnio pakeitimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos burnos priežiūros praktikos įstatymo projektų“ (2015a). TAIS, 2015-01-14, 15-158.

Aiškinamasis raštas „Dėl Lietuvos Respublikos odontologų rūmų įstatymo pakeitimo įstatymo projekto“ (2015b). TAIS, 2015-05-14, XIIP-3087.

Aiškinamasis raštas „Dėl Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo Nr. IX-886 VI skyriaus pavadinimo ir 43 straipsnio pakeitimo įstatymo projekto“ (2015c). TAIS, 2015-05-15, XIIP-3097.

Aiškinamasis raštas „Dėl Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 38 straipsnio pakeitimo įstatymo projekto“ (2016). TAIS, 2016-12-08, XIIP-193.

Aiškinamasis raštas „Dėl Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 50 ir 51 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto“ (2017a). TAIS, 2017-09-26, XIIP-1137.

Aiškinamasis raštas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 2, 9, 15, 21 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 9¹ straipsniu įstatymo projekto“ (2017b). TAIS, 2017-12-22, XIIP-1543.

Aiškinamasis raštas „Dėl Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 2, 8, 19, 33, 35, 35¹, 59¹, 68¹ straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo aštuntuoju¹ skirsniu įstatymo projekto“ (2018a). TAIS, 2018-03-01, XIIP-1744.

Aiškinamasis raštas „Dėl Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 35 straipsnio pakeitimo įstatymo projekto“ (2018b). TAIS, 2018-03-07, XIIP-1757.

Aiškinamasis raštas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 3, 11, 12, 42, 51, 53, 60, 61, 62, 63 ir 64 straipsnių pakeitimo, 73 ir 74 straipsnių pripažinimo netekusiais galios, įstatymo papildymo 62¹ straipsniu įstatymo, Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo Nr. IX-886 7 straipsnio pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatymo Nr. I-533 20 straipsnio pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymo Nr. I-1555 6 straipsnio pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos

viešųjų įstaigų įstatymo Nr. I-1428 1 straipsnio pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 2, 26 ir 27 straipsnių pakeitimo įstatymo projektų“ (2018c). TAIS, 2018-05-24, XIIP-2226.

Aiškinamasis raštas „Dėl Lietuvos Respublikos nesąžiningos komercinės veiklos vartotojams draudimo įstatymo Nr. X-1409 13 ir 16 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto, Lietuvos Respublikos reklamos įstatymo Nr. VIII-1871 24 straipsnio pakeitimo įstatymo projekto, Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo Nr. VIII-1099 33 ir 39 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto ir Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymo Nr. XI-2220 papildymo 16¹ straipsniu įstatymo projekto“ (2018d). TAIS, 2018-09-24, XIIP-2582.

Aiškinamasis raštas „Dėl Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 33 straipsnio pakeitimo ir įstatymo papildymo 32¹ straipsniu įstatymo projekto“ (2018e). TAIS, 2018-12-07, 18-14374.

Aiškinamasis raštas „Dėl Lietuvos Respublikos papildomosios ir alternatyviosios sveikatos priežiūros įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 2, 3, 6, 11, 14, 15, 16, 50, 52 ir 86 straipsnių pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo Nr. IX-886 15 ir 21 straipsnių pakeitimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2 ir 3 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 51¹, 51², 51³ straipsniais įstatymo projektų“ (2019). TAIS, 2019-06-14, XIIP-3570.

Lietuvos Respublikos asmens sveikatos priežiūros praktikos, išskyrus medicinos praktiką, odontologijos praktiką, burnos priežiūros praktiką, slaugos praktiką ir akušerijos praktiką, įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 16 ir 50 straipsnių pakeitimo įstatymo ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 2, 3, 6, 11, 14, 15, 16, 50, 52 ir 86 straipsnių pakeitimo įstatymo 7 ir 8 straipsnių pakeitimo įstatymo projektų“ (2020). TAIS, 2020-06-02, Nr. XIIP-4918.

Derinimo pažymos, atitikties lentelės

Derinimo pažyma „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 15¹, 17, 39 ir 45 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymo projekto ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 12, 63, 64 ir 65 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymo projekto“ (2013). TAIS, 2013-07-24, 13-1470-02.

Atitikties lentelė „Dėl 2001 m. lapkričio 6 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos 2001/83/EB dėl Bendrijos kodekso, reglamentuojančio žmonėms skirtus vaistus, ir Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-

709 50 ir 51 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto“ (2017). TAIS, 2017-09-26, XIIP-1137.

Derinimo pažyma „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo „Dėl nekilnojamojo turto perdavimo pagal panaudos sutartį Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninei Kauno klinikoms““, 2019-01-15 [interaktyvus]. Prieiga per internetą:

[https://e-](https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAK/59ecef1018e811e9bd28d9a28a9e9ad9?jfwid=-1bn55ct9ef)

[seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAK/59ecef1018e811e9bd28d9a28a9e9ad9?jfwid=-1bn55ct9ef](https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAK/59ecef1018e811e9bd28d9a28a9e9ad9?jfwid=-1bn55ct9ef) [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Europos Komisija

Sprendimai valstybės pagalbos bylose

Commission Européenne. Aide d'État NN 54/2009 (ex- CP 244/2005) – Belgique Financement des hôpitaux publics du réseau IRIS de la Région Bruxelles-Capitale, C (2009) 8120 final, 28.10.2009 [interaktyvus]. Prieiga per internetą

http://ec.europa.eu/competition/state_aid/cases/233281/233281_1035945_31_2.pdf [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

European Commission. State aid SA.20829 (C 26/2010, ex NN 43/2010 (ex CP 71/2006)) – Scheme concerning the municipal real estate tax exemption granted to real estate used by non-commercial entities for specific purposes implemented by Italy, C (2012) 9461 final, 19.12.2012 [interaktyvus]. Prieiga per internetą:

http://ec.europa.eu/competition/state_aid/cases/237903/237903_1407359_38_8_2.pdf [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

European Commission. SA.37432 (2015/NN) – Czech Republic – Funding to public hospitals in the Hradec Králové Region, C (2015) 2796 final, 29.4.2015 [interaktyvus]. Prieiga per internetą:

http://ec.europa.eu/competition/state_aid/cases/257188/257188_1653409_55_2.pdf [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

European Commission. On State Aid SA.19864 - 2014/C (ex 2009/NN54) implemented by Belgium – Public financing of Brussels public IRIS hospitals, C (2016) 4051 final, 5.7.2016 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/competition/state_aid/cases/254584/254584_1779214_23_5_2.pdf [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

European Commission. Concerning SA.36798 (2016/NN) – Germany – Alleged unlawful State aid for Klinikum Osnabrück GmbH, C (2016) 6689 final, 21.10.2016 [interaktyvus]. Prieiga per internetą:

http://ec.europa.eu/competition/state_aid/cases/264881/264881_1878111_25_4_2.pdf [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

European Commission. State Aid SA.39913 (2017/NN) – Italy – Alleged compensation of public hospitals in Lazio, C (2017) 7973 final, 4.12.2017 [interaktyvus]. Prieiga per internetą:

http://ec.europa.eu/competition/state_aid/cases/271629/271629_1963634_74_4.pdf [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Kiti dokumentai ir šaltiniai

European Commission (1980). Proposal for a Council Directive amending Directives 65/65/EEC and 75/319/EEC on the approximation of provisions laid down by law, regulation or administrative action relating to proprietary medicinal products (Submitted by the Commission to the Council on 2 June 1980). OL C 143, p. 8.

European Commission (1982). Commission communication on parallel imports of proprietary medicinal products for which marketing authorizations have already been granted. OL C 115, p. 5.

European Commission (2001). The Internal Market and Health Services. Report of the High Level Committee on Health [interaktyvus]. Prieiga per internetą:

https://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/documents/key06_en.pdf [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

European Commission (2003). Commission Communication on parallel imports of proprietary medicinal products for which marketing authorizations have already been granted, COM (2003) 839 final.

Europos Komisija (2008). Pasiūlymas – Europos Parlamento ir Tarybos direktyva dėl pacientų teisių į sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse įgyvendinimo, COM(2008) 414 final.

Europos Komisija (2010). Laisvas prekių judėjimas. Laisvą prekių judėjimą reglamentuojančių Sutarties nuostatų taikymo vadovas. Liuksemburgas: Europos Sąjungos leidinių biuras.

Europos Komisija (2011). Komisijos komunikatas – Europos Sąjungos bendrosios nuostatos dėl valstybės pagalbos kompensacijos už viešąją paslaugą forma (2011 m.), 2012/C 8/03. OL C 8, 2012.1.11, p. 15.

Europos Komisija (2012a). Komisijos komunikatas dėl Europos Sąjungos valstybės pagalbos taisyklių taikymo kompensacijai už visuotinės ekonominės svarbos paslaugų teikimą, 2012/C 8/02. OL C 8, p. 4.

Europos Komisija (2012b). Pasiūlymas – Europos Parlamento ir Tarybos direktyva, susijusi su priemonių, reglamentuojančių žmonėms skirtų vaistų

kainas ir šių vaistų įtraukimą į valstybinių sveikatos draudimo sistemų taikymo sritį, skaidrumu, COM (2012) 84 final.

Europos Komisija (2015a). Komisijos ataskaita Europos Parlamentui ir Tarybai – Komisijos ataskaita dėl Direktyvos 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo taikymo, COM (2015) 421 final.

European Commission (2015b). Member State data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU. Year 2015 [interaktyvus]. Prieiga per internetą:

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2015_msdata_en.pdf [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Europos Komisija (2016a). Komisijos pranešimas dėl Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo 107 straipsnio 1 dalyje vartojamos valstybės pagalbos sąvokos. OL C 262, p. 1.

Europos Komisija (2016b). Komisijos pranešimas dėl konkurencijos institucijų tinklui priklausančių institucijų bendradarbiavimo. OL C 374, p. 10.

Europos Komisija (2016c). Pasiūlymas - Europos Parlamento ir Tarybos direktyva dėl proporcingumo patikros prieš priimant naujas profesijų reglamentavimo nuostatas, COM (2016) 822 final.

European Commission (2016d). Memo MEMO/16/1452 [interaktyvus], 28.4.2016. Prieiga per internetą:

https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/EN/MEMO_16_1452 [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

European Commission (2016e). Member State data on cross-border patient healthcare following Directive 2011/24/EU. Year 2016 [interaktyvus]. Prieiga per internetą:

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2016_msdata_en.pdf [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

European Commission (2017a). Commission staff working document – Impact assessment accompanying the document „Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on a proportionality test before adoption of new regulation of professions“, SWD(2016) 463 final.

European Commission (2017b). Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on reform recommendations for regulation in professional services, COM (2016) 820 final.

European Commission (2017c). 2016 Annual Report on intra-EU Labour Mobility. Second edition, May 2017 [interaktyvus]. Prieiga per internetą:

<http://www.ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=17165&langId=en>
[žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

European Commission (2017d). Member State data on cross-border patient healthcare following Directive 2011/24/EU. Year 2017 [interaktyvus]. Prieiga per internetą:

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2017_msdata_en.pdf [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

European Commission (2018a). Press release IP/18/3459, 17.5.2018 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: https://europa.eu/rapid/press-release_IP-18-3459_en.htm [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

European Commission. (2018b). 2017 Annual Report on Intra-EU Labour Mobility. Final Report. Second edition, September 2018 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/cd298a3c-c06d-11e8-9893-01aa75ed71a1/language-en> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Europos Komisija (2018c). Komisijos ataskaita Europos Parlamentui ir Tarybai dėl Direktyvos 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo taikymo, COM (2018) 651 final.

European Commission (2018d). Member State data on cross-border patient healthcare following Directive 2011/24/EU. Year 2018 [interaktyvus]. Prieiga per internetą:

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2018_msdata_en.pdf [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Europos Komisija (2019a). Komisijos ataskaita Tarybai ir Europos Parlamentui. Konkurencijos teisės aktų vykdymo užtikrinimas farmacijos sektoriuje (2009–2017 m.). Europos konkurencijos institucijų bendradarbiavimas siekiant įperkamų ir naujoviškų vaistų, COM (2019) 17 final.

European Commission (2019b). Memo MEMO/19/462, 24.1.2019 [interaktyvus]. Prieiga per internetą:

https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/MEMO_19_462
[žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

European Commission (2019c). Memo MEMO/19/1472, 7.3.2019 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: https://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-19-1472_en.htm [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

European Commission (2019d). Cross-border healthcare in the EU under social security coordination. Reference year 2018, October 2019 [interaktyvus]. Prieiga per internetą:

<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=22295&langId=en> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Europos Komisija (2019e). State of Health in the EU. Lietuva. 2019 m. sveikatos būklės šalyse apžvalga [interaktyvus]. Prieiga per internetą: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_lt_lithuania_n.pdf [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

European Commission. Regulated professions database [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Europos Komisija (2020). Europos sveikatos sąjunga [interaktyvus]. Prieiga per internetą: https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-of-life/european-health-union_lt [žiūrėta 2020 m. lapkričio 11 d.].

Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba

Nutarimai

Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos 2006 m. kovo 30 d. nutarimas Nr. 2S-6 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. sausio 6 d. įsakymu Nr. V-1 patvirtinto Gyventojų aprūpinimo ortopedijos techninėmis priemonėmis kompensavimo laikinosios tvarkos aprašo ir dėl Valstybinės ligonių kasos prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos sprendimų, paskirstant Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas įmonėms, aprūpinančioms gyventojus ortopedijos technikos priemonėmis, atitikties Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimams“.

Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos 2009 m. gruodžio 10 d. nutarimas Nr. 1S-192 „Dėl atsisakymo pradėti tyrimą dėl COFACE AUSTRIA KREDITVERSICHERUNG AG Lietuvos filialo veiksmų atitikties Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo 9 straipsnio reikalavimams bei COFACE AUSTRIA KREDITVERSICHERUNG AG Lietuvos filialo galimų susitarimų su vaistinių tinklus valdančiais ūkio subjektais ar vaistų tiekėjais atitikties Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo 5 straipsnio reikalavimams“.

Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos 2011 m. sausio 20 d. nutarimas Nr. 2S-2 „Dėl ūkio subjektų, užsiimančių ortopedinių techninių priemonių gamyba ir prekyba, ir jų asociacijų veiksmų atitikties Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo 5 straipsnio ir Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo 101 straipsnio reikalavimams ir dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos veiksmų atitikties Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimams“.

Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos 2011 m. liepos 21 d. nutarimas Nr. 1S-137 „Dėl ūkio subjektų, užsiimančių didmenine prekyba vaistais, medicinos prekėmis ir medicinos prietaisais, bei šių ūkio subjektų asociacijos veiksmų atitikties Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo 5 straipsnio ir Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo 101 straipsnio reikalavimams tyrimo nutraukimo“.

Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos 2012 m. spalio 16 d. nutarimas Nr. 2S-14 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymų, reglamentuojančių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, atitikties Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimams“.

Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos 2013 m. spalio 1 d. nutarimas Nr. 1S-142 „Dėl atsisakymo pradėti tyrimą dėl Klaipėdos teritorinės ligonių kasos sprendimų, atsisakant sudaryti sutartį su viešąja įstaiga Klaipėdos universitetine ligonine dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo, atitikties Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimams“.

Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos 2014 m. spalio 14 d. nutarimas Nr. 1S-162/2014 „Dėl Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos 2012 m. spalio 16 d. nutarimu Nr. 2S-14 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymų, reglamentuojančių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, atitikties Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo 4 straipsnio reikalavimams“ nustatytų įpareigojimų nevykdymo tyrimo nutraukimo“.

Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos 2018 m. balandžio 26 d. nutarimas Nr. 2S-2 (2018) „Dėl Lietuvos notarų rūmų ir notarų veiksmų atitikties Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo 5 straipsnio ir Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo 101 straipsnio reikalavimams“.

Kiti dokumentai

Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba (2012a). Sprendimų poveikio konkurencijai vertinimo gairės [interaktyvus]. Prieiga per internetą: [https://kt.gov.lt/uploads/documents/files/Naujienos/news_2012-06-11_gaires\(1\).pdf](https://kt.gov.lt/uploads/documents/files/Naujienos/news_2012-06-11_gaires(1).pdf) [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba (2012b). Raštas Nr. (9.4-25) 6V-1494 „Dėl 2005 m. lapkričio 25 d. Komisijos sprendimo Nr. 2005/842/EB įgyvendinimo ataskaitos už 2009-2011 metus“, 2012-07-16 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: https://ec.europa.eu/competition/state_aid/public_services/2009_2011/lithuania_lt.pdf [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba (2013a). Išvada Nr. (2.30-25) 6V-1380 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 9, 17, 22, 23, 26, 27, 30 ir 33 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto“. TAIS, 2013-08-08, 13-2255-01.

Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba (2013b). Pranešimas Nr. 6S-31 apie atliktą vaistų lygiagretaus importo rinkos tyrimą [interaktyvus]. Prieiga per internetą: https://kt.gov.lt/uploads/documents/files/veiklos-sritys/rinku_tyrimai/ivi.pdf [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.]

Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba (2014). Išvada Nr. (2.30-25) 6V-411 „Dėl Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 48 ir 50 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto“. TAIS, 2014-03-04, 14-1515.

Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba (2016). Kompensuojamųjų vaistinių preparatų rinkos tyrimo išvados (patvirtintos 2016 m. gruodžio 6 d. protokoliniu nutarimu Nr. 3S-92 (2016) [interaktyvus]. Prieiga per internetą: https://kt.gov.lt/uploads/documents/files/Vaistu_tyrimo_isvados_2016-12-06.pdf [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba (2017). Išvada Nr. (2.30-35) 6V-1443 „Dėl Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 2, 8, 19, 33, 35, 59¹, 68¹ straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo aštuntuoju¹ skirsniu įstatymo projektas ir Lietuvos Respublikos administracinių nusižengimų kodekso 66 straipsnio pakeitimo įstatymo projekto derinimo“. TAIS, 2017-06-20, 17-5735.

Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba (2018a). Raštas Nr. (2.11E-35)6V-131 „Dėl valstybei nuosavybės teise priklausančio turto perdavimo ūkio subjektams“ [interaktyvus]. Prieiga per internetą: [http://www.kt.gov.lt/uploads/documents/files/Rastas_KI4_\(del_v-es_turto_panaudos\)_LRS_ir_kiti_18_01_15.pdf](http://www.kt.gov.lt/uploads/documents/files/Rastas_KI4_(del_v-es_turto_panaudos)_LRS_ir_kiti_18_01_15.pdf) [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba (2018b). Raštas Nr. (2.30E-35)6V-1347 „Dėl Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 35 straipsnio pakeitimo įstatymo projekto“. TAIS, 2018-05-24, XIIP-1939.

Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba (2018c). Raštas Nr. (2.30E-35)6V-1493 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 26 ir 27 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto“. TAIS, 2018-06-13, XIIP-2226(2).

Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba (2018d). Raštas Nr. (9.8-35)6V-2641 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymo projekto derinimo“ [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAK/5e8ae101e7ef11e894a78279b4c56611?fwid=-1bn55ct9ef> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba (2019). Pranešimas spaudai „Institucijos privalės vertinti, kaip siūlomi teisės aktai paveiks konkurenciją“ [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://kt.gov.lt/lt/naujienos/institucijos-privales-vertinti-kaip-siulomi-teises-aktai-paveiks-konkurencija> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Valstybės kontrolė

Valstybės kontrolė (2017). Valstybinio audito ataskaita „Viešosioms sveikatos priežiūros įstaigoms perduoto valstybės turto valdymas“, 2017 m. balandžio 20 d. Nr. VA-2017-P-10-2-8.

Valstybės kontrolė (2018a). Valstybinio audito ataskaita „Teisėkūros procesas“, 2018 m. kovo 16 d. Nr. VA-2018-P-40-6-2.

Valstybės kontrolė (2018b). Valstybinio audito ataskaita „Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2017 metų konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių teisingumo bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo vertinimas“, 2018 m. spalio 1 d. Nr. FA-2018-P-6-3-7-1.

Valstybės kontrolė (2019). Sveikatos priežiūros sistemos vertinimas, 2019 m. balandžio 15 d. Nr. YD-4.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (2016). 2015 metų veiklos ataskaita. Nr. (1.1.20-281) 10-2150, 2016-03-07 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Administracine_informacija/Veiklos%20ataskaitos/SAM%20ataskaita%202015.pdf [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (2017). 2016 metų veiklos ataskaita. Nr. (1.1.20-28) 10-2152, 2017-03-13 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Administracine_informacija/Veiklos%20ataskaitos/SAM_ataskaita_2016.pdf [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Lietuvos Respublikos ūkio ministerija

Lietuvos Respublikos ūkio ministerija (2014). Išvada Nr. (28.2-83)-3-1058 „Dėl Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 48 ir 50 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto“. TAIS, 2014-02-28, 14-1515.

Lietuvos Respublikos ūkio ministerija (2015). Projekto „Sprendimų ir jų projektų poveikio vertinimo diegimas“ (projekto Nr. VP1-4.3-VRM-03-V-01-008) veiklos „1.2.2. Probleminių prioritetinių sričių analizė, poveikio verslui vertinimo prioritetinėse srityse atlikimas ir / ar poveikio verslui vertinimo priežiūros atlikimas“ ataskaita. Vilnius, 2015-08-28 [interaktyvus]. Prieiga per internetą:

http://eimin.lrv.lt/uploads/eimin/documents/files/Geresnis%20reglamentavimas/Projekto%20ataskaita_20150828.pdf [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Ministry of Economy of the Republic of Lithuania (2016). Coordinator for the Recognition of Professional Qualifications – Final National Action Plan of the Republic of Lithuania – Professional Qualifications Directive, January 2016 [interaktyvus]. Prieiga per internetą:

<https://ec.europa.eu/docsroom/documents/31943> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.]

Lietuvos Respublikos ūkio ministerija (2018). Išvada Nr. 3-5165 „Dėl Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 33 straipsnio pakeitimo ir įstatymo papildymo 32¹ straipsniu įstatymo projekto derinimo“. TAIS, 2018-12-19, 18-14374.

Europos teisės departamentas prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos

Europos teisės departamentas prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos (2013a). Išvada „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 2 ir 26 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymo projekto atitikties Europos Sąjungos teisei“. TAIS, 2013-01-09, 13-37-02.

Europos teisės departamentas prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos (2013b). Išvada „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 15¹, 17, 39 ir 45 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymo projekto ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 12, 63, 64 ir 65 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymo projekto derinimo“. TAIS, 2013-06-14, 13-1470-01.

Europos teisės departamentas prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos (2013c). Išvada „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 9, 17, 22, 23, 26, 27, 30 ir 33 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto“. TAIS, 2013-08-12, 13-2255-01.

Europos teisės departamentas prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos (2017). Išvada „Dėl Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 50 ir 55 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto Nr. XIIIIP-1137“. TAIS, 2017-10-13, XIIIIP-1137.

Europos teisės departamentas prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos (2018a). Išvada „Dėl Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 35 straipsnio pakeitimo įstatymo projekto Nr. XIIIIP-1757“. TAIS, 2018-03-28, XIIIIP-1757.

Europos teisės departamentas prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos (2018b). Išvada Nr. NR-1006 „Dėl Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 33 straipsnio pakeitimo ir įstatymo papildymo 32¹ straipsniu įstatymo projekto derinimo“. TAIS, 2018-12-21, 18-14374.

Lietuvos Respublikos specialiųjų tyrimų tarnyba

Lietuvos Respublikos specialiųjų tyrimų tarnyba (2019a). Antikorupcinio vertinimo išvada Nr. 4-01-398 „Dėl Farmacijos įstatymo 33 straipsnio pakeitimo ir įstatymo papildymo 32¹ straipsniu įstatymo projekto Nr. 18-14374“. TAIS, 2019-01-16, 18-14374.

Lietuvos Respublikos specialiųjų tyrimų tarnyba (2019b). Antikorupcinio vertinimo išvada Nr. 4-01-2567 dėl vaistinių preparatų kainodaros, 2019-03-18 [interaktyvus]. Prieiga per internetą <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAK/2d983542497211e98bc2ba0c0453c004> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (2015-2019). 2015-2019 m. tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo rezultatai [interaktyvus]. Prieiga per internetą <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/tarpvalstybine-sveikatos-prieziura> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (2018). PSDF skaičiai – Statistinė informacija apie 2018 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymą [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/veikla/biudzeto-vykdomo-ataskaitu-rinkiniai/Documents/PSDF%20skai%C4%8Diiai.pdf> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos

Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (2018). VVKT 2018 metų veiklos ataskaita [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://www.vvkt.lt/Ataskaitos> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (2020a). 2019 metų veiklos ataskaita, Vilnius [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://www.vvkt.lt/Ataskaitos> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (2020b). Pilnas vaistinių preparatų sąrašas pakuočių lygyje [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://vapris.vvkt.lt/vvkt-web/public/medications> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (2020c). Nuotolinio platinimo vaistinės [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://www.vvkt.lt/Nuotolinio-platinimo-vaistines> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (2020d). Elektroninis laiškas, 2020-10-16, *neskelbtas*.

Viešųjų pirkimų tarnyba

Viešųjų pirkimų tarnyba (2012). Raštas Nr. 4S-2277 „Dėl viešųjų pirkimų įstatymo taikymo asmens sveikatos priežiūros paslaugoms ir ortopedijos techninėms priemonėms“, 2012-05-14, *neskelbtas*.

Viešųjų pirkimų tarnyba (2015). Viešųjų pirkimo vertinimo išvada Nr. 4S-4156, 2015-12-15, 191351679 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://vpt.lrv.lt/lt/ukio-subjektu-prieziura/issvados-ataskaitos/archyvas-5/viesieji-pirkimai-atliekami-pagal-lr-viesuju-pirkimu-istatyma-1/vertinimo-issvados/2015-m> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations

European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (2012). The Pharmaceutical Industry in Figures – Key Data 2012 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: https://www.sfee.gr/wp-content/uploads/2015/05/EFPIA_Figures_2012_Final.pdf [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (2016). The Pharmaceutical Industry in Figures – Key Data 2016 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://www.efpia.eu/media/25055/the-pharmaceutical-industry-in-figures-june-2016.pdf> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (2018). The Pharmaceutical Industry in Figures – Key Data 2018 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: https://efpia.eu/media/361960/efpia-pharmafigures2018_v07-hq.pdf [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Kiti

Andriukaitis, V. P. (2013). LR Sveikatos apsaugos ministro V. P. Andriukaičio pranešimas Valstybinės ligonių kasos 2013 m. metinėje konferencijoje „Privalomojo sveikatos draudimo vaidmuo atstovaujant viešajam interesui: tarp valstybinio reguliavimo ir konkurencijos“, Lietuvos Respublikos Seimas, 2013-04-05 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/Vaizdo%20med%C5%BEiaga/Vaizdo%20med%C5%BEiagos%20archyvas%202009%E2%80%932013/2013%20m.%20VLK%20metin%C4%97%20konferencija/Puslapiai/LR-Sveikatos-apsaugos-ministro-V.-P.-Andriukai%C4%8Dio-prane%C5%A1imas.aspx> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

CesUE. A European answer to the coronavirus threat to prove that the EU is a true community with a shared future [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://www.cesue.eu/en/appeal> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

EudraLex [interaktyvus]. Prieiga per internetą: https://ec.europa.eu/health/documents/eudralex_lt [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Europos farmacijos teisyne (politikos) poveikio vaistų prieinamumui Lietuvos gyventojams vertinimas (2011) – Galutinė ataskaita, Vilnius (2011) [interaktyvus]. Prieiga per internetą: http://www.esparama.lt/produktai/-/asset_publisher/ih2bjXCc4Xay/content/europos-farmacijos-teisyne-politikos-poveikio-vaistu-prieinamumui-lietuvos-gyventojams-vertinimas [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

European Medicines Agency. Register of Parallel Distribution Notices [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://fmapps.emea.europa.eu/paradist/search.php> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

European Parliament (2015). Medicinal products in the European Union – The legal framework for medicines for human use [interaktyvus]. Prieiga per

internetą:

[http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2015/554174/EPRS_IDA\(2015\)554174_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2015/554174/EPRS_IDA(2015)554174_EN.pdf) [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Higienos institutas (2019). Pagrindiniai Lietuvos sveikatos statistikos rodikliai lentelėse ir diagramose. Sveikatos priežiūros įstaigų tinklas 2019 m. [interaktyvus]. Prieiga per internetą:

http://hi.lt/php/spr1.php?dat_file=spr1.txt [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Joint statement of the Members of the European Council, Brussels, 26.3.2020 [interaktyvus]. Prieiga per internetą:

<https://www.consilium.europa.eu/media/43076/26-vc-euco-statement-en.pdf> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Lietuvos Bankas. Tiesioginės užsienio investicijos Lietuvoje pagal ekonominės veiklos rūšį [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://www.lb.lt/lt/tiesiogines-uzsienio-investicijos-lietuvoje-pagal-ekonominės-veiklos-rusi-1> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Lietuvos laisvosios rinkos institutas (2019). Raštas Nr. 1.16-79 „Dėl Farmacijos įstatymo Nr. X-709 35 straipsnio pakeitimo įstatymo projekto Nr. XIIP-1939 nepriklausomo ekspertinio vertinimo“. TAIS, 2019-12-12, XIIP-1939.

Lietuvos Respublikos 2018 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo metinių ataskaitų rinkinio aiškinamasis raštas (2018) [interaktyvus]. Prieiga per internetą:

https://lrv.lt/uploads/main/meetings/docs/1330972_imp_51ec46fbfb8913f85b3f9f14d1c6fea6.pdf [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Lietuvos Respublikos ataskaita (2012-2013). Komisijos 2011 m. gruodžio 20 d. sprendimo (2012/21/ES) taikymas 2014-2015 metais [interaktyvus]. Prieiga per internetą:

https://ec.europa.eu/competition/state_aid/public_services/reports_2012_2014_en.html

Lietuvos Respublikos ataskaita (2014-2015). Komisijos 2011 m. gruodžio 20 d. sprendimo (2012/21/ES) taikymas 2014-2015 metais [interaktyvus]. Prieiga per internetą:

https://ec.europa.eu/competition/state_aid/public_services/reports_2015_2016_en.html [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Lietuvos Respublikos ataskaita (2016-2017). Komisijos 2011 m. gruodžio 20 d. sprendimo (2012/21/ES) taikymas 2016-2017 metais [interaktyvus]. Prieiga per internetą:

https://ec.europa.eu/competition/state_aid/public_services/reports_2016_2017_en.html [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Lietuvos Respublikos teisingumo ministerija (2014). Išvada „Dėl Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo 48 ir 50 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto“. TAIS, 2014-03-03, 14-1515(2).

Lietuvos Respublikos Seimo kanceliarijos Teisės departamentas (2018). Išvada „Dėl Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 35 straipsnio pakeitimo įstatymo projekto“. TAIS, 2018-03-12, XIIP-1757.

Lietuvos Respublikos Seimo Teisės ir teisėtvarkos komitetas (2018). Išvada Nr. 102-P-06 „Dėl preliminaraus įvertinimo ar Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 35 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas Nr. XIIP-1757 neprieštarauja Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. TAIS, 2018-03-14, XIIP-1757.

OECD (2015). Regulatory Policy in Lithuania: Focusing on the Delivery Side. *OECD Reviews of Regulatory Reform*, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264239340-en>

OECD Data. Doctors [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm> [Žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

OECD Data. Nurses [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm> [Žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Oficialiosios statistikos portalas. Rodiklių duomenų bazė [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize#/> [Žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos (2020). Elektroninis laiškas, 2020-09-17, *neskelbtas*.

verslilietuva.lt. Reglamentuojamų profesijų sąrašas [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://www.verslilietuva.lt/verslauk/reglamentuojamos-profesijos/reglamentuojamu-profesiju-sarasas/> [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Viešoji įstaiga Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos. 2018 m. gruodžio 31 d. finansinės atskaitomybės aiškinamasis raštas [interaktyvus]. Prieiga per internetą: https://www.santa.lt/uploads/ECB/content_1597148575/2018-m-finansiniu-ataskaitu-rinkinys_8785.pdf [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

Von der Leyen, U. (2020). Building the world we want to live in: A Union of vitality in a world of fragility, 16.9.2020 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: https://ec.europa.eu/info/strategy/strategic-planning/state-union-addresses/state-union-2020_en [žiūrėta 2020 m. spalio 8 d.].

PADĖKA

Dėkoju dr. Skirgailei Žalimienei už paskatinimą studijuoti doktorantūroje, dr. Irmantui Jarukaičiui – už vertingas diskusijas ir patarimus, savo buvusiems vadovams ir bendradarbiams Europos teisės departamente prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos ir ELPA Priežiūros institucijoje – iš jūsų tiek daug išmokau apie ES teisę. Taip pat dėkoju Jūratei Sabalienei, kuri padėjo susigaudyti painioje Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje.

Esu be galo dėkinga savo šeimai ir draugams, kurie visada tikėjo ir palaikė. Ypatingai ačiū mano vaikams Jonui Pauliui ir Monikai, o taip pat Bernhard, su kuriais nuėjome šį kelią kartu.

PUBLIKACIJŲ SĄRAŠAS

1. Janeckaitė, R. (2015). Sveikatos priežiūra pagal Europos Sąjungos vidaus rinkos teisę. *Teisė*, 97, 135-152.
2. Janeckaitė, R. (2016). Europos Sąjungos konkurencijos teisės taikymo viešosios sveikatos priežiūros paslaugoms apimtis. *Teisė*, 101, 91-108.
3. Janeckaitė, R. (2020). Upcoming legal challenges for cross-border eHealth services in the EU. *International Network of Doctoral Studies in Law. 8th International Conference of PhD Students and Young Researchers. The Future Decade of the EU Law. Conference Papers*, p. 86-97, <https://doi.org/10.15388/OS.LAW.2020>

UŽRAŠAMS

Vilniaus universiteto leidykla
Saulėtekio al. 9, III rūmai, LT-10222 Vilnius
El. p. info@leidykla.vu.lt, www.leidykla.vu.lt
Tiražas 20 egz.