

SVEIKATOS PRIEŽIŪRA PAGAL EUROPOS SĄJUNGOS VIDAUS RINKOS TEISĘ

Rūta Janeckaitė¹

Vilniaus universiteto Teisės fakulteto
Viešosios teisės katedros doktorantė
Saulėtekio al. 9, I rūmai, LT-10222 Vilnius, Lietuva
Tel. (+370 5) 236 61 75
El. paštas: rja@eftasurv.int

Straipsnyje tiriama Europos Sąjungos teisės laisvo paslaugų judėjimo ir įsisteigimo laisvės srityse taikymo sveikatos priežiūros veiklai apimtis, analizuojamas Europos Sąjungos kompetencijos sveikatos priežiūros srityje pagrindas ir jos ribos, taip pat siekiama įvertinti, ar dabartinėje Europos Sąjungos teisės išsivystymo stadijoje yra nusistovėjusi pusiausvyra (riba) tarp vidaus rinkos ir valstybių narių kompetencijos organizuoti savo socialinės (sveikatos) apsaugos sistemas ir kur reikėtų brėžti šią ribą. Straipsnyje pateikiama analizė ir išvados remiasi gausia Europos Sąjungos Teisingumo Teismo praktika sveikatos priežiūros srityje, pateikiamos įžvalgos apie galimas tolesnes tendencijas, lyginant Teismo praktiką sveikatos priežiūros srityje su kitomis sritimis.

The article examines the extent to which European Union law and, in particular, the freedom of services and the freedom of establishment, is applicable to healthcare, and analyses the basis for the Union competence in the healthcare area and its limits. It also aims to establish, where the current European Union law strikes a balance between the internal market and the power of the Member States to organise their social security (healthcare) systems. The analysis and the conclusions in the article are based on numerous cases in the healthcare area decided by the Court of Justice of the European Union. The insights about the possible future developments are supported by the comparison of this case law with the case law in other fields.

Įvadas

Pagal Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo (toliau – SESV ir Sutartis) 168 straipsnį kompetencija visuomenės sveikatos srityje iš esmės priklauso valstybėms narėms, o Europos Sąjungos (toliau – ir ES) kompetencija yra tik papildomoji. Būtent valstybės narės visų pirma yra atsakingos už sveikatos apsaugos organizavimą, todėl jos pačios turėtų turėti teisę pasirinkti, kokį apsaugos lygį garantuoti ir kaip organizuoti savo nacionalines sveikatos apsaugos sistemas. Vis dėlto svarbu tai, kad ES teisė daro vis didesnę poveikį valstybių narių reguliavimui ir politikai šioje, iš pirmo žvilgsnio valstybių narių kompetencijos srityje.

Šis poveikis, be kita ko, pasireiškia kaip ekonominės teisės, kuria visų pirma yra ES teisė, „išsiliejimo efektas“ (angl. *spillover effect*). Šio efekto klasikinę formulę galima rasti daugelyje Europos Sąjungos Teisingumo Teismo (toliau – Teisingumo Teismas ar Teismas) sprendimų sveikatos apsaugos srityje. Pavyzdžiui, sprendime *Smits ir Peerbooms*², kalbant apie valstybių narių kompetenciją nustatyti jų socialinio draudimo sistemą³, teigiama: „pirmiausia reikia priminti, kad pagal nusistovėjusią

¹ Rūta Janeckaitė yra ELPA priežiūros institucijos tarnautoja. Straipsnyje pateikta asmeninė autorės nuomonė.

² Sprendimas *Smits ir Peerbooms*, C-157/99, EU:C:2001:404.

³ Šiame straipsnyje, kaip ir Teisingumo Teismo praktikoje, sąvokos „socialinio draudimo sistema“ ir „socialinės apsaugos sistema“ vartojamos kaip sinonimai. Be to, socialinio draudimo ar socialinės apsaugos sistema apima sveikatos draudimo (apsaugos) sistemą. Toks sąvokų vartojimas nebūtų visiškai tikslus, jeigu būtų analizuojama Lietuvos teisės sistema, kur socialinės apsaugos ir sveikatos apsaugos sistemos yra suprantamos kaip dvi savarankiškos sistemos.

teismo praktiką Bendrijos teisė neriboja valstybių narių kompetencijos nustatyti jų socialinio draudimo sistemas. <...> Tačiau naudodamasi šia kompetencija valstybės narės turi laikytis Bendrijos teisės.⁴

Lietuvos Respublikos Konstituciniam Teismui 2013 m. gegužės 16 d. priėmus nutarimą „Dėl Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo, Lietuvos Respublikos ligos ir motinystės socialinio draudimo įstatymo ir jo pakeitimo įstatymo kai kurių nuostatų atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“⁵, taip pat 2014 m. vasario 26 d. sprendimą „Dėl Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo nuostatų išaiškinimo“⁶, kuriuose pirmąjį kartą buvo išaiškintas Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnis, iškilo būtinybė diskutuoti dėl galimos Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos pertvarkos pagal konstitucinius imperatyvus, kaip antai atskirti sveikatos priežiūros finansavimo modelį, grindžiamą privalomuoju sveikatos draudimu, nuo nemokamos medicinos pagalbos teikimo piliečiams valstybinėse įstaigose finansavimo iš biudžeto lėšų, aiškiai apibrėžti privalomojo sveikatos draudimo lėšomis finansuojamų sveikatos priežiūros paslaugų apimtį, sukurti tokią sistemą, kad asmuo būtų skatinamas rūpintis savo sveikata, ir kt.

Atsižvelgiant į tai reikia nepamiršti, kad gaires šiai pertvarkai ir jos ribas brėžia ne tik Konstitucija, bet ir ES teisė. Todėl šio straipsnio tikslas – iširti galimą ES teisės taikymo sveikatos priežiūros veiklai apimtį.

ES teisės taikymo apimties sveikatos priežiūros srityje klausimą būtina nagrinėti dviejose srityse, iš kurių susideda vidaus rinka, t. y. laisvo judėjimo pagal ES teisę ir ES konkurencijos teisės srityse, tačiau turint omenyje nedidelę šio straipsnio apimtį, jo objektas – tik laisvo judėjimo pagal ES teisę, t. y. laisvo paslaugų judėjimo (rinkos paklausos aspektas) ir įsisteigimo teisės (pasiūlos aspektas), taikymo apimtis sveikatos priežiūros veiklai. ES konkurencijos teisės taikymas šioms sistemoms bus nagrinėjamas kitame šio straipsnio autorės šiuo metu rengiamame straipsnyje.

Turbūt galima *a priori* teigti, kad ekonominė teisė gali daryti poveikį tiek, kiek atitinkama veikla yra laikytina ekonomine. O jeigu atitinkama veikla tenkinamas viešasis interesas, tai, kaip matyti ir iš SESV 168 straipsnio, kompetencija priklauso tik valstybėms narėms. Todėl pirmasis šio straipsnio uždavinys – nustatyti, kiek sveikatos priežiūra pagal ES teisę yra laikytina ekonomine veikla, o kiek tai yra viešojo intereso tenkinimas.

Jau vien toks klausimo apibūdinimas perša išvadą, kad sveikatos priežiūros srityje yra būtina kalbėti apie vidaus rinkos ir valstybių narių kompetencijos organizuoti savo socialinės (sveikatos) apsaugos sistemas pusiausvyrą. Taigi antrasis šio straipsnio uždavinys – nustatyti, kur dabartinėje ES teisės išsivystymo stadijoje reikėtų brėžti šią ribą.

Kaip minėta, straipsnyje iš esmės analizuojama Teisingumo Teismo praktika sveikatos priežiūros srityje ir daugiausia remiamasi šiais metodais: loginiu (naudojamas analizuojamos Teismo praktikos ir teisės normų turiniui nustatyti, jų ryšiams įvertinti), sisteminės analizės (bendros vidaus rinkos sąvokos pasitelkiamos, siekiant iširti sveikatos priežiūros sritį), istoriniu (Teismo praktikos turinys analizuojamas įvertinant istorines aplinkybes) ir lyginamuoju (Teisingumo Teismo praktika sveikatos priežiūros srityje lyginama su šio teismo praktika kitose srityse).

Esama nemažai literatūros, kurioje analizuojama Teismo praktika sveikatos priežiūros srityje, ypač kiek tai susiję su laisvu paslaugų judėjimu. Ypač paminėtini tokie autoriai, kaip antai Tamara K. Her-

⁴ Sprendimas *Smits ir Peerbooms*, *supra*, 44 ir 46 punktai. Čia ir toliau **išskirta** straipsnio autorės.

⁵ 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo, Lietuvos Respublikos ligos ir motinystės socialinio draudimo įstatymo ir jo pakeitimo įstatymo kai kurių nuostatų atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“, *Valstybės žinios*, 2013, nr. 52-2604.

⁶ 2014 m. vasario 26 d. sprendimas „Dėl Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo nuostatų išaiškinimo“, *Teisės aktų registras*, 2014, nr. 2014-02176.

vey, Erika Szyszcak, Gareth Davies, Elias Mossialos, Vassilis G. Hatzopoulos, Leigh Hancher, Wolf Sauter. Iš publikacijų lietuvių kalba paminėtini Agnės Veršelytės⁷ ir Tado Elzbergo⁸ straipsniai, analizuojantys pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas apimtį. Šio straipsnio autorei neteko susidurti su publikacijomis lietuvių kalba, skirtomis ES įsisteigimo laisvės ar konkurencijos teisės poveikiui sveikatos priežiūros srityje tirti.

Straipsnio naujumas, palyginti su kitomis publikacijomis, tai, kad analizuojant Teismo praktiką kartu tiriamas ES kompetencijos sveikatos priežiūros srityje pagrindas ir jos ribos.

Patogumo dėlei straipsnyje remiamasi SESV straipsnių numeracija.

1. Paslaugos sąvoka

1.1. Sveikatos priežiūros paslaugos

SESV 56 straipsnyje Sąjungoje garantuojama laisvė teikti paslaugas arba, kitaip tariant, draudžiami laisvės teikti paslaugas apribojimai, taikomi kitoje valstybėje narėje įsisteigusiems subjektams. Pagal SESV 57 straipsnį paslaugomis pagal Sutartį yra laikytinos tokios paslaugos, kurios paprastai yra teikiamos už užmokestį ir kurių nereglamentuoja prekių, kapitalo ir asmenų judėjimo laisvės nuostatos. Paslaugas sudaro pramoninė ar komercinė veikla, amatininkų veikla ir laisvųjų profesijų veikla.

Taigi, norint nustatyti Sutarties nuostatų dėl paslaugų teikimo laisvės taikymo apimtį sveikatos priežiūrai, reikia išsiaiškinti paslaugos sąvoką šiame kontekste.

Dar 1984 m. sprendime *Luisi ir Carbone*⁹ ir 1991 m. sprendime *The Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd*¹⁰ Teisingumo Teismas nusprendė, kad laisvė teikti paslaugas pagal dabartinį SESV 56 straipsnį apima *paslaugų gavėjų laisvę vykti į kitą valstybę narę, siekiant gauti joje medicininės paslaugas*, ir kad kitose valstybėse narėse teisėtai atliekamos nėštumo nutraukimo procedūros yra *medicininė veikla, kuri įprastai yra atliekama už užmokestį* ir yra vykdoma kaip profesinės veiklos dalis. Kitaip tariant, tokios paslaugos, pavyzdžiui, nėštumo nutraukimas, yra laikytinos paslaugomis pagal dabartinį SESV 56 straipsnį.

Kita vertus, nors pagal Teismo praktiką jau senokai buvo aišku, kad sveikatos priežiūros paslaugos patenka į laisvės teikti paslaugas taikymo sritį, kitas Teisingumo Teismo sprendimas šioje srityje buvo priimtas tik 1998 m., t. y. 1998 m. balandžio 28 d. sprendimas *Kohll*¹¹, kuriame buvo nagrinėjama, ar paslaugomis pagal SESV 56 straipsnį taip pat laikytinos sveikatos priežiūros paslaugos, finansuojamos socialinės apsaugos sistemos lėšomis.

1.2. Sveikatos priežiūros paslaugos, patenkančios į socialinės apsaugos sistemą

Sprendime *Kohll* pirmą kartą Sutarties nuostatos dėl laisvės teikti paslaugas buvo pritaikytos sveikatos priežiūros paslaugoms, patenkančioms į socialinės apsaugos sistemą. Jame Teisingumo Teismas priėjo prie išvados, kad Sutarties nuostatos dėl laisvės teikti paslaugas draudžia tokias nacionalines taisykles, pagal kurias apdraustajam asmeniui pagal jo valstybės narės draudimo lygį kompensuojama už kitoje

⁷ VERŠELYTĖ, A. Pacientų teisė į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas – iliuzija ar realybė? Iš *Nepriklausomos Lietuvos teisė: praeitis, dabartis ir ateitis*: recenzuotų mokslinių straipsnių rinkinys *Liber amicorum* profesoriumi Jonui Prapiesčiui. Vilnius: Vilniaus universiteto Teisės fakulteto Alumni draugija, 2012, p. 712–726.

⁸ ELZBERGAS, T. Paciento teisė į sveikatos priežiūros paslaugas kitose ES valstybėse narėse. *Socialinių mokslų studijos*, 2010, Nr. 1 (5), p. 337–364.

⁹ Sprendimas *Luisi ir Carbone*, 286/82 ir 26/83, EU:C:1984:35.

¹⁰ Sprendimas *The Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd*, C-159/90, EU:C:1991:378.

¹¹ Sprendimas *Kohll*, C-158/96, EU:C:1998:171.

valstybėje narėje gautas gydytojo odontologo paslaugas tik jeigu šioms paslaugoms yra išduotas atitinkamos apdraustojo asmens valstybės narės institucijos leidimas.

Reikia paaiškinti, kad nacionalinės taisyklės šioje byloje rėmėsi socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentu¹², pagal kurio nuostatas valstybės narės galėjo reikalauti leidimo, išskyrus atvejus, kai gydymas buvo skubus.

Taigi, kitaip tariant, Teisingumo Teismas šioje byloje iš esmės nagrinėjo, ar yra galimas *alternatyvus* būdas pacientams gauti išlaidų už sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse kompensavimą, t. y. ne tik remiantis socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentais.

Priminęs minėtą ekonominės teisės išsiliejimo efekto formulę, Teisingumo Teismas sprendime *Kohll* konstatavo, jog tai, kad konkrečios paslaugos pasižymi specifiniu pobūdžiu, nereiškia, kad joms netaikomi laisvo judėjimo principai. Toliau Teisingumo Teismas nagrinėjo Reglamento Nr. 1408/71 poveikį ir nustatė, kad šiuo reglamentu nesiekama uždrausti valstybėms narėms pagal kompetentingos valstybės narės tarifus kompensuoti gydymo išlaidas, patirtas kitoje valstybėje narėje, tuo atveju, kai leidimas tokiam gydymui nebuvo gautas. Atitinkamai valstybės narės teisės aktų nuostatos turėjo būti vertinamos jų atitikties Sutarties nuostatoms dėl laisvės teikti paslaugas požiūriu. Kitaip tariant, turėjo būti įvertinta, ar nagrinėjamos nuostatos sudaro laisvės teikti paslaugas apribojimą, ir, jei taip, ar jos gali būti pateisinamos.

Šiuo atveju Teismas nagrinėjo, ar dėl šių nuostatų paslaugų teikimas tarp valstybių narių yra sudėtingesnis, palyginti su paslaugų teikimu valstybės narės viduje¹³. Atsakymas į šį klausimą buvo teigiamas iš esmės todėl, kad sveikatos priežiūros paslaugoms valstybės viduje leidimo nėra reikalaujama.

Dėl byloje dalyvavusių valstybių narių vyriausybių pateiktų pateisinančių pagrindų Teismas, be kita ko, nurodė, kad, pirma, laisvės teikti paslaugas apribojimų nepateisina grynai ekonominiai tikslai, nors sutiko su tuo, kad tokius apribojimus galėtų pateisinti pavojus *rimtai* pakenkti socialinės apsaugos sistemos finansinei pusiausvyrai. Antra, pagal Sutarties nuostatas valstybės narės gali riboti laisvę teikti paslaugas dėl priešasčių, susijusių su visuomenės sveikata. Tačiau sąlygos, kuriomis galima verstis gydytojo ir gydytojo odontologo profesija, yra suderintos Sąjungos mastu profesinių kvalifikacijų direktyvose, todėl valstybių narių priemonės negali būti pateisintos siekiu užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Beje, tą pačią dieną, t. y. 1998 m. balandžio 28 d., priimtas sprendimas *Decker*¹⁴ buvo labai panašus į ką tik aptartą sprendimą *Kohll*, išskyrus tai, kad atitinkami apribojimai buvo vertinami pagal Sutarties nuostatas dėl laisvo prekių judėjimo, o formulė, kuria rėmėsi Teismas, siekdamas nustatyti, ar esama apribojimų, buvo ne nediskriminavimo, o vadinamoji *Dassonville* formulė¹⁵. Šiame sprendime buvo nagrinėjamas Liuksemburgo ligonių kasų atsisakymas kompensuoti Liuksemburgo piliečiui N. Decker išlaidas, kurias šis patyrė, išgydamas Belgijoje įsisteigusioje optikoje korekcinius akinius pagal Liuksemburge įsisteigusio oftalmologo receptą.

¹² 1971 m. birželio 14 d. Tarybos reglamentas Nr. 1408/71 dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, judantiems Bendrijoje, *Oficialusis leidinys*, 1971 m. liepos 5 d., L 149, p. 2; 2004 m. specialusis leidimas lietuvių k., 5 sk., 1 t., p. 35 (toliau – Reglamentas Nr. 1408/71), kurį panaikino ir pakeitė 2004 m. balandžio 29 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas (EB) Nr. 883/2004 dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo, *Oficialusis leidinys*, 2004 m. balandžio 30 d., L 166, p. 1; 2004 m. specialusis leidimas lietuvių k., 5 sk., 5 t., p. 72.

¹³ Tai yra rėmėsi nediskriminavimo formule, įtvirtinta, pavyzdžiui, sprendimo *Komisija / Prancūzija*, C-381/93, EU:C:1994:370, 17 punkte.

¹⁴ Sprendimas *Decker*, C-120/95, EU:C:1998:167.

¹⁵ Būtina išnagrinėti, ar valstybių narių teisės normos gali tiesiogiai ar netiesiogiai, iš tikrųjų ar potencialiai apsunkti Sąjungos vidaus prekybą (sprendimas *Dassonville*, 8/74, EU:C:1974:82, 5 punktas).

Taigi, remiantis sprendimu *Kohll*, sveikatos priežiūros paslaugos, įskaitant tas, kurios finansuojamos iš socialinės apsaugos sistemos lėšų, patenka į Sutarties nuostatų dėl laisvės teikti paslaugas taikymo apimtį, tačiau, kaip minėta, tuo tik buvo patvirtinta nusistovėjusi Teismo praktika.

Kita vertus, sprendimas *Kohll* paliko nemažai neatsakytų klausimų, įskaitant ir klausimą, kiek laisvė teikti paslaugas apima pagal valstybių narių socialinės apsaugos sistemas teikiamas ligoninių paslaugas¹⁶. Šis klausimas pirmą kartą buvo nagrinėjamas minėtame sprendime *Smits ir Peerbooms* byloje.

1.3. Ligoninių teikiamos paslaugos

Bylos *Smits ir Peerbooms* svarbą iliustruoja faktas, kad joje pastabas pateikė net 10 ES valstybių narių vyriausybės, taip pat Norvegija ir Islandija. Valstybės siekė apginti poziciją, kad ligoninių (arba stacionarios, toliau – ligoninių) paslaugos nepatenka į dabartinio SESV 56 straipsnio taikymo sritį, ir šiuo tikslu rėmėsi sprendimais *Humbel*¹⁷ ir *Wirth*¹⁸.

Reikia priminti, kad sprendime *Humbel* Teisingumo Teismas konstatavo, kad į paslaugų sąvoką pagal SESV 57 straipsnį nepatenka kursai, kurie yra dėstomi technikos institute ir priklauso valstybės narės viešojo mokymo sistemai (vidurinio mokslo programai). Teisingumo Teismo nuomone, pagrindinė užmokesčio pagal SESV 57 straipsnį ypatybė yra ta, kad jis yra ekonominis atlygis už suteiktą paslaugą, dėl kurio paprastai susitaria paslaugos teikėjas ir gavėjas. Tačiau pagal valstybės narės viešojo mokymo sistemą dėstomų kursų atveju užmokestis šiuo požiūriu nėra mokamas. Taip yra dėl dviejų priežasčių. Pirma, organizuodama savo viešojo mokymo sistemą valstybė užsiima ne už užmokesčių teikiama veikla, o vykdo savo pareigas socialinėje, švietimo ir kultūros srityje. Antra, ši sistema daugiausia yra finansuojama iš viešųjų lėšų, o ne moksleivių ar jų tėvų. Teismo nuomone, atitinkamos veiklos pobūdžio nekeičia ta aplinkybė, kad moksleiviai ar jų tėvai tam tikrais atvejais turi mokėti užmokesčių (už mokslą ar už priėmimą į mokymo įstaigą) ir taip prisidėti prie sistemos finansavimo.

Remdamasis sprendimu *Humbel* Teisingumo Teismas sprendime *Wirth* priėjo prie tokios pačios išvados dėl aukštojo mokslo.

Tačiau sprendime *Smits ir Peerbooms* Teismas pareiškė, kad argumentai, susiję su sprendimais *Humbel* ir *Wirth*, yra nepriimtini, nes pagal nusistovėjusią Teismo praktiką sveikatos priežiūrai taikomos Sutarties nuostatos dėl laisvės teikti paslaugas, ir *nesvarbu, ar atitinkamas gydymas vykdomas stacionare, ar ambulatoriškai*.

Teismo nuomone, aplinkybė, kad stacionarus gydymas yra tiesiogiai finansuojamas ligonių kasų, remiantis sutartimis ir nustatytais tarifais, nepašalina tokio gydymo iš paslaugų srities Sutarties nuostatų dėl laisvės teikti paslaugas. Taip yra todėl, kad, pirma, pagal dabartinį SESV 57 straipsnį nereikalaujama, jog už paslaugas sumokėtų jų gavėjai. Antra, SESV 57 straipsnyje nurodoma, kad jis taikomas paslaugoms, paprastai teikiamoms už užmokesčių, ir sprendime *Humbel* buvo nuspręsta, jog pagal šią nuostatą esminė užmokesčio savybė yra aplinkybė, kad tai ekonominis atitinkamos paslaugos atlyginimas. Šiuo atveju ligonių kasų mokėjimai pagal sutarčių sistemą, net jeigu jie fiksuoto dydžio, yra ekonominis stacionarių paslaugų atlyginimas ir neabejotinai turi atlyginimo pobūdį ligoninės, kuriai jis mokamas ir kuri vykdo ekonominę veiklą, atžvilgiu.

Remdamasis lygiai tokia pačia argumentacija kaip sprendime *Kohll*, Teismas nustatė, kad (šiuo atveju) Nyderlandų teisės aktai, kurie kitoje valstybėje narėje esančioje ligoninėje suteiktam gydymui

¹⁶ ZAGLMAYER, B.; EINARSSON, O. Access to and Reimbursement of Health Care in the European Economic Area. *Tidsskrift for Erstatningsrett*, 2009, No. 3, p. 176.

¹⁷ Sprendimas *Humbel*, 263/86, EU:C:1988:451.

¹⁸ Sprendimas *Wirth*, C-109/92, EU:C:1993:916.

atlyginti pagal socialinio draudimo sistemą nustato reikalavimą gauti išankstinį leidimą, kuris suteikiamas tik esant dviem sąlygoms, t. y. jei numatomas gydymas yra „įprastas atitinkamai profesijai“, ir Nyderlanduose sutartį sudariusi sveikatos priežiūros įstaiga reikiamu metu neturi galimybės suteikti adekvataus gydymo, atgrasina ar net trukdo socialiniu draudimu apdraustiesiems kreiptis į medicinos paslaugų teikėjus, įsikūrusius kitose valstybėse narėse, ir apriboja tiek apdraustųjų, tiek paslaugų teikėjų laisvę teikti paslaugas.

Kiek tai susiję su galimu laisvės teikti paslaugas apribojimų stacionaraus gydymo srityje pateisinimu, Teismas nagrinėjo sprendime *Kohll* tinkamais šiuo atžvilgiu pripažintus pagrindus, t. y. rimto socialinės apsaugos sistemos finansinės pusiausvyros pažeidimo pavojų ir tikslą išsaugoti suderintas ir visiems prieinamas medicinos ir stacionarias paslaugas.

Šiuo aspektu sprendime buvo pripažinta, kad Sąjungos teisė iš principo nedraudžia išankstinio leidimo sistemos, su sąlyga, kad tokio leidimo išdavimo sąlygos būtų pateisinamos, atsižvelgiant į minėtus privalomuosius pagrindus ir atitiktų proporcingumo reikalavimą, nes tokia sistema siekiama užtikrinti stacionarių gydymo paslaugų planavimą. Be to, Teismas, remdamasis savo praktika, susijusia su vaistų kompensavimu pagal socialinio draudimo sistemą¹⁹, konstatavo, kad Sąjungos teisė iš principo nepareigoja valstybės narės išplėsti medicinos paslaugų, kurias atlygina jos socialinio draudimo sistema, sąrašą ir šiuo klausimu nėra svarbu, ar kitų valstybių narių sveikatos draudimo sistemos kompensuoja konkrečią medicinos paslaugą. Vis dėlto lygiai kaip ir nekompensuojamų vaistų sąrašas turi būti nustatomas laikantis dabartinio SESV 34 straipsnio, t. y. pagal objektyvius, nuo produktų kilmės nepriklausančius kriterijus, tiek ir nekompensuojamų paslaugų sąrašas turi būti pagrįstas objektyviais, nediskriminuojamais ir iš anksto žinomais kriterijais.

Sprendimas *Smits ir Peerbooms* buvo kritikuojamas ypač dėl nepakankamo pagrindimo, kodėl ligoninių paslaugų teikimo atveju ligonių kasų mokėjimai pagal sutarčių sistemą laikytini užmokesčiu pagal SESV 57 straipsnį²⁰, o viešojo mokymo sistemai taikomi visai kiti principai²¹. Iš esmės, kaip pažymi daugelis autorių, sprendime *Smits ir Peerbooms* Teisingumo Teismas tiesiog atmeta valstybių narių argumentus, kuriais, remiantis sprendimais *Humbel* ir *Wirth*, siekiama pagrįsti, kad sveikatos priežiūros paslaugos nepatenka į paslaugų teikimo laisvės apimtį, tačiau šiuo tikslu naudoja ne kontrargumentus, o tiesiog, kaip teigia Vassilis G. Hatzopoulos, stiprius žodžius: „Šiuo atveju ligonių kasų mokėjimai pagal <...> sutarčių sistemą, *net jeigu* jie fiksuoto dydžio, yra ekonominis stacionarių paslaugų atlyginimas ir *neabejotinai* turi atlyginimo pobūdį ligoninės, kuriai jis mokamas ir kuri vykdo ekonominę veiklą, atžvilgiu.“²² Iš tiesų, šis argumentavimas, kodėl sveikatos priežiūros paslaugos nepatenka į paslaugų teikimo laisvės taikymo apimtį, o viešojo mokymo paslaugos nepatenka, nors tam tikrais atvejais atitinkamų sistemų finansavimas gali būti labai panašus, trūkumas nebuvo ištaisytas ir vėlesniuose Teisingumo Teismo sprendimuose laisvo sveikatos priežiūros paslaugų teikimo srityje²³. Pagal galiojančią Teisingumo Teismo praktiką tam, kad viešojo mokymo paslauga patektų į paslaugų

¹⁹ Sprendimo *Duphar BV ir kt.*, 238/82, EU:C:1984:45, 17 punktu.

²⁰ CABRAL, P. The internal market and the right to cross-border medical care. *ELR*, 2004, p. 677 ir 678; HATZOPOULOS, V. G. Killing National Health and Insurance Systems but healing Patients? The European Market for Health Care Services After the Judgments of the ECJ in *Vanbraekel* and *Peerbooms*. *Common Market Law Review*, 2002, vol. 39, p. 693; NEWDICK, C. Citizenship, free movement and health care: Cementing individual rights by corroding social solidarity. *Common Market Law Review*, 2006, vol. 43, p. 1654–1656.

²¹ Taikyti vienodus principus šioms dviem sritims, kitaip tariant, pripažinti, kad socialinės apsaugos sistemos, kuriose sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos natūra, nepatenka į Sutarties taikymo sritį, savo išvadoje *Smits ir Peerbooms* siūlė ir generalinis advokatas D. Ruiz-Jarabo Colomer (Generalinio advokato D. Ruiz-Jarabo Colomer išvada *Smits ir Peerbooms*, C-157/99, EU:C:2000:274, 26–32 punktai).

²² Sprendimas *Smits ir Peerbooms*, *supra*, 58 punktas. HATZOPOULOS, V. G. Killing <...>, p. 693.

²³ ZAGLMAYER, B.; EINARSSON, O. Access <...>, p. 177.

teikimo laisvės apimtį, ji turi būti daugiausia finansuojama iš privačių lėšų²⁴, kurios iš esmės suprantamos kaip mokamos tiesiogiai paslaugų gavėjo paslaugų teikėjui. Turbūt reikėtų sutikti su Laura Nistor, kad Teisingumo Teismo praktikos skirtumai šioje dvejose srityse egzistuoja labiau ne dėl objektyvių priežasčių, pavyzdžiui, susijusių su finansavimo skirtumais, o dėl politinių motyvų²⁵. Taip pat reikėtų pažymėti, kad sveikatos priežiūros ir viešojo mokymo paslaugų palyginimas akivaizdžiai parodo vidaus rinkos reguliavimo potencialą, t. y. teisinio argumentavimo požiūriu nėra jokių kliūčių tuos pačius principus ir mechanizmus, kuriais remiantis sveikatos priežiūros paslaugos patenka į SESV 57 straipsnio taikymo sritį, pritaikyti ir viešojo mokymo paslaugoms. Vis dėlto bent jau šiuo metu Teisingumo Teismas laikosi kitokio požiūrio ir viešojo mokymo paslaugų atveju pirmenybę teikia nuostatoms dėl laisvo darbuotojų judėjimo arba dėl pilietybės²⁶, todėl atitinkamai skiriasi ir galutinis rezultatas, t. y. konkrečių judėjimo laisvių apimtis²⁷.

1.4. Nacionalinės sveikatos apsaugos sistemos organizavimo būdas

Dar vienas paminėtinas sprendimas, kalbant apie paslaugos sąvoką sveikatos priežiūros srityje, būtų sprendimas *Watts*²⁸. Šis sprendimas buvo susijęs su išimtinai ligoninėse teikiamomis paslaugomis. Jame buvo nagrinėjama paciento, apdrausto *National Health Service* (toliau – NHS), teisė gydytis kitoje valstybėje narėje ir gauti išlaidų kompensavimą pagal dabartinį SESV 56 straipsnį, atsižvelgiant į specifines NHS savybes²⁹.

Beje, po sprendimo *Smits ir Peerbooms* priėmimo kai kurie autoriai abejojo, ar jame įtvirtinti principai galėtų būti taikomi išmokomis natūra pagrįstoms sveikatos apsaugos sistemoms, pavyzdžiui, NHS³⁰.

Teisingumo Teismas atmetė šias abejones ir, pakartojęs savo ankstesnę praktiką, nusprendė, kad dabartinis SESV 56 straipsnis taikomas paciento, kuriam kitos nei gyvenamosios valstybės narės ligoninėje už užmokestį suteikta medicinos paslaugų, situacijai, *nesvarbu, koks nacionalinės sistemos, pagal kurią šis asmuo yra apdraustas ir pagal kurią vėliau yra prašoma sumokėti už šį gydymą, veikimo būdas*.

Šiuo aspektu, be kita ko, buvo pripažinta, kad išankstinio leidimo sistema yra laisvės teikti paslaugas ribojimas, ir tokio įvertinimo nekeičia aplinkybė, kad NHS neprivalo išduoti leidimo ir priimti išlaidų už pacientų gydymą NHS nepriklausančiose *privačiose* ligoninėse Anglijoje ir Velse.

Beje, įdomu tai, kad sprendime *Watts* Teismas konstatavo, kad SESV 56 straipsnio taikymui konstatuoti nėra reikalo nustatinėti, ar tokios kaip NHS nacionalinės sveikatos priežiūros tarnybos suteiktos

²⁴ Sprendimas *Schwarz ir Gootjes-Schwarz*, C-76/05, EU:C:2007:492, 39 ir 40 punktai, sprendimas *Komisija / Vokietija*, C-318/05, EU:C:2007:495, 68 ir 69 punktai, sprendimas *Jundt*, C-281/06, EU:C:2007:816, 30 punktas, sprendimas *Zanotti*, C-56/09, EU:C:2010:288, 31 ir 32 punktai.

²⁵ NISTOR, L. *Public Services and the European Union. Healthcare, Health Insurance and Education Services*. The Hague: Asser Press, 2011, p. 52.

²⁶ Žr., pvz., sprendimą *Morgan ir Bucher*, C-11/06 ir C-12/06, EU:C:2007:626, sprendimą *Bressol ir kt.*, C-73/08, EU:C:2010:181, sprendimą *Komisija / Nyderlandai*, C-542/09, EU:C:2012:346, sprendimą *Giersch*, C-20/12, EU:C:2013:411, sprendimą *Prinz ir Seeberger*, C-523/11 ir C-585/11, EU:C:2013:524, sprendimą *Thiele Meneses*, C-220/12, EU:C:2013:683.

²⁷ Žr. dėl viešojo mokymo paslaugų finansavimo DE WITTE, F. Who funds the mobile student? Shedding some light on the normative assumptions underlying EU free movement law: *Commission v. Netherlands. Common Market Law Review*, 2013, vol. 50, p. 203–216, taip pat O'LEARY, S. The curious case of frontier workers and study finance: *Giersch. Common Market Law Review*, 2014, vol. 51, p. 601-622.

²⁸ Sprendimas *Watts*, C-372/04, EU:C:2006:325.

²⁹ Žr. dėl NHS palyginimo su kitomis sveikatos priežiūros sistemomis Sprendimo *Watts* analizę DAVIES, G. The effect of Mrs Watts' trip to France on the National Health Service. *King's Law Journal*, 2007, p. 158–167.

³⁰ HATZOPOULOS, V. G. Killing <...>, p. 693.

gydymo ligoninėje paslaugos savaime yra paslaugos pagal Sutarties dėl laisvės teikti paslaugas nuostatas. Panašu, kad toks vertinimas galėjo Teismui sukelti tam tikrų keblumų, atsižvelgiant į jo praktiką, susijusią su viešojo mokymo sistemomis. O generalinis advokatas L. A. Geelhoed savo išvadoje *Watts* tiesiogiai iškėlė abejonę, ar pagal dabartinę Sąjungos teisę sprendimas *Humbel* vis dar yra laikytinas svarbiu³¹, tačiau Teisingumo Teismas šio klausimo nenagrinėjo ir, kaip matėme anksčiau, Teisingumo Teismo praktikos skirtumai sveikatos priežiūros ir viešojo mokymo paslaugų srityse išlieka.

1.5. Paslaugos sąvokos pagal ES teisę taikymo sveikatos priežiūros srityje apimtis

Taigi Teisingumo Teismo praktikos laisvo sveikatos priežiūros paslaugų teikimo srityje analizė rodo, kad, norint nustatyti, ar sveikatos priežiūra yra paslauga pagal laisvą paslaugų judėjimą ir ar jai atitinkamai taikomos Sutarties nuostatos, svarbu yra tai, ar atitinkama paslauga yra teikiama už užmokestį, sąvoką „užmokestis“ šiuo atveju aiškinant plačiai. O, kaip matyti iš minėtos Teismo praktikos, nėra atsižvelgiama į tokius aspektus, ar paslaugą teikia privatus, ar viešas paslaugos teikėjas; ar už paslaugą sumoka pacientas, draudimo bendrovė ar ligonių kasos; ar teikiamos ligoninių, ar ambulatorinės paslaugos. Pagaliau, nėra svarbus ir nacionalinės sveikatos apsaugos sistemos organizavimo būdas, t. y. Beveridžo išmokų natūra sistemai taip pat yra taikomos Sutarties nuostatos dėl laisvo judėjimo. Vadinasi, į šių nuostatų taikymo sritį nepatektų turbūt tik tokios paslaugos, kurios teikiamos, pavyzdžiui, labdaros pagrindais.

Kitaip tariant, nepaisant SESV 168 straipsnio, sveikatos priežiūra pagal ES teisę yra laikytina ekonomine veikla, kuriai visa apimtimi taikomos Sutarties nuostatos dėl laisvo paslaugų judėjimo. Svarbu suvokti, kad iš ES teisės tokiu taikymu yra siekiama vidaus rinkos tikslų, visų pirma išvengti rinkos susiskaldymo ir užtikrinti veiksmingą tarpvalstybinę sveikatos priežiūrą. Iš esmės ES teisė reikalauja, kad pacientas turėtų teisę vykti į kitą valstybę narę ir gauti ten *bet kokias sveikatos priežiūros paslaugas*, įskaitant teisę į tai, kad už šias paslaugas tam tikromis sąlygomis būtų sumokėta iš jo ligonių kasų.

Pagal nusistovėjusią Teismo praktiką laisvo judėjimo apribojimai gali būti pateisinti viešojo intereso priežastimis, kai atitinkami apribojimai yra būtini, siekiant šio tikslo, ir taikomi ypač laikantis proporcingumo principo. Šis reikalavimas Teisingumo Teismo praktikoje akivaizdžiai leidžia *atskirti* ambulatoriškai teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas ir ligoninių paslaugas. Pirmu atveju Teismo praktikoje valstybių narių apribojimai, susiję su išankstinio leidimo gavimu, yra pripažįstami nepateisinamais pagal Sutartį. Antru atveju valstybės narės gali taikyti išankstinio leidimo sistemą, laikydamosi atitinkamų sąlygų.

Iš esmės tokių apribojimų pateisinimu Teismas pripažįsta būtinybę *planuoti* atitinkamas paslaugas, be kita ko, siekiant užtikrinti, kad atitinkamos valstybės narės teritorijoje būtų pakankamos ir nuolat prieinamos įvairios ir suderintos aukštos kokybės paslaugos arba kad būtų kontroliuojamos išlaidos ir kiek įmanoma išvengta bet kokio finansinių, techninių ir žmogiškųjų išteklių švaistymo. Dėl tų pačių priežasčių prie ligoninių paslaugų iš esmės Teismo praktikoje priskiriamos ir paslaugos, susijusios su labai specializuotos ir išlaidų požiūriu brangios medicinos infrastruktūros arba medicinos įrangos naudojimu³².

Reikia pasakyti, kad vidaus rinkos ir valstybių narių teisės organizuoti savo socialinės apsaugos sistemas pusiausvyra užtikrinama leidžiant valstybėms narėms reikalauti leidimų pagrįstais atvejais.

³¹ Generalinio advokato L. A. Geelhoed išvada *Watts*, C-372/04, EU:C:2005:784, 60 punktas.

³² VAN DER MEI, A. P. Case C-512/08, *Commission v. France*, Judgment of the European Court of Justice (Grand Chamber) of 5 October 2010; Case C-173/09, *Georgi Ivanov Elchinov v. Natsionalna zdravnoosiguritelna kasa*, Judgment of the Court of Justice (Grand Chamber) of 5 October 2010. *Common Market Law Review*, 2011, vol. 48, p. 1302 ir 1303.

Šiuo metu tokie atvejai yra kodifikuoti Direktyvoje 2011/24³³ (pvz., ligoninių paslaugos ar paslaugos, kurioms reikia labai specializuotos ir išlaidų požiūriu brangios medicinos infrastruktūros arba medicinos įrangos), iš esmės fiksuojant dabartinę ES teisės išsivystymo stadiją, kaip ji suprantama Teisingumo Teismo praktikoje³⁴.

Šiuo požiūriu reikia priminti, kad kai klausimo reglamentavimas išsamiai suderintas Sąjungos lygiu, visos su juo susijusios nacionalinės priemonės turi būti vertinamos atsižvelgiant į tokios suderinimo priemonės, o ne į pirminės teisės nuostatas³⁵. Atitinkamai darytina išvada, kad riba tarp vidaus rinkos ir valstybių narių kompetencijos laisvo sveikatos priežiūros paslaugų teikimo srityje šiuo metu yra nubrėžta minėtoje direktyvoje.

Kur kas labiau komplikauta situacija yra susijusi su sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų įsisteigimo laisve, t. y. su sveikatos priežiūros paslaugų rinkos pasiūlos aspektu, nes visų pirma Teisingumo Teismo praktika čia nėra tokia vienareikšmė ir išvystyta kaip sveikatos priežiūros paslaugų teikimo srityje, be to (o galbūt būtent todėl), nėra priimta antrinės teisės aktų.

2. Įsisteigimo teisė

2.1. Subjektai, kuriems taikoma įsisteigimo teisė

Pagal SESV 49 straipsnį draudžiami visi vienos valstybės narės subjektų įsisteigimo kitoje valstybėje narėje apribojimai. Remiantis SESV 54 straipsniu įsisteigimo laisvė 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.

Pažymėtina, kad Teisingumo Teismas bendrovių ar firmų sąvoką aiškina plačiai. Jeigu ligoninė ar kitas sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas nori įsisteigti kitoje valstybėje narėje, tai, šio Teismo nuomone, kažin, ar tai daroma kitais nei pelno sumetimais³⁶.

Todėl tiek, kiek tai yra susiję su subjektais, kiekvienas sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas (optika, vaistinė, ligoninė ir kt.), neatsižvelgiant į jo teisinę formą, naudojami įsisteigimo laisve pagal ES teisę ir jo veikla yra pripažįstama ekonomine. Todėl kitas klausimas, į kurį reikia atsakyti, yra susijęs su šios laisvės turiniu sveikatos priežiūros paslaugų teikimo srityje arba, kitaip tariant, su tuo, kas pagal įsisteigimo teisę laikytina draudžiamais apribojimais.

2.2. Įsisteigimo apribojimai sveikatos priežiūros paslaugų teikimo srityje

Turbūt svarbiausias sprendimas, kuriuo remiantis reikėtų kalbėti apie galiojančią Teisingumo Teismo praktiką įsisteigimo teisės, norint teikti sveikatos priežiūros paslaugas, srityje, būtų sprendimas *Hartlauer*³⁷. Teismas šioje byloje sprendė, ar SESV 49 ir 54 straipsniai draudžia nacionalinės teisės nuostatas, pagal kurias privačiai gydymo (odontologijos) įstaigai reikalingas leidimas steigti ir pagal kurias šis leidimas neišduodamas, jei atsižvelgiant į sutartis su socialinio draudimo institucijomis sudariusių gydytojų jau teikiamas paslaugas nėra poreikio steigti planuojamą įstaigą.

³³ 2011 m. kovo 9 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2011/24/ES dėl pacientų teisių ir tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo, *Oficialusis leidinys*, 2011 m. balandžio 4 d., L 88, p. 45. Pagal šios direktyvos 21 straipsnį jos perkėlimo terminas baigėsi 2013 m. spalio 25 d.

³⁴ Žr. dėl Teismo praktikos ir Direktyvos 2011/24 santykio analizės DE LA ROSA, S. The Directive on cross-border healthcare or the art of codifying complex case law. *Common Market Law Review*, 2012, vol. 49, p. 15–46.

³⁵ Žr., be kita ko, sprendimo *Ålands vindkraft AB*, C-573/12, EU:C:2014:2037, 57 punktą ir jame nurodytą Teismo praktiką.

³⁶ NISTOR, L. *Public Services* <...>, p. 60.

³⁷ Sprendimas *Hartlauer*, C-169/07, EU:C:2009:141.

Visų pirma, pakartojęs jau minėtą ekonominės teisės išsiliejimo efekto klasikinę formulę ir pasirėmęs, be kita ko, pirmiau aptarta Teismo praktika laisvės teikti sveikatos priežiūros paslaugas srityje³⁸, Teismas konstatavo, kad SESV nuostatos, susijusios su judėjimo laisve, įskaitant įsisteigimo laisvę, valstybėms narėms nustato draudimą įvesti arba palikti galioti nepagrįstus naudojimosi šiomis laisvėmis apribojimus *sveikatos priežiūros srityje*.

Dėl įsisteigimo laisvės apribojimo Teismas priminė, kad pagal nusistovėjusią Teismo praktiką SESV 49 straipsnis neleidžia imtis tokių nacionalinių priemonių, kurios, nors ir taikomos nediskriminuojant dėl pilietybės, gali Sąjungos piliečiams sudaryti kliūčių pasinaudoti Sutarties garantuojama įsisteigimo laisve arba naudojimąsi ja padaryti mažiau patrauklų.

Nacionalinės teisės aktai, pagal kuriuos kitos valstybės narės įmonė gali įsisteigti tik gavusi išankstinį leidimą, yra apribojimas pagal SESV 49 straipsnį, nes jie gali sudaryti šiai įmonei kliūčių pasinaudoti įsisteigimo laisve, neleiddami įsteigiant nuolatinę buveinę laisvai vykdyti veiklos. Be to, nacionalinės teisės aktai, nustatantys su veiklos ekonominiu ar socialiniu poreikiu susijusią sąlygą vykdyti tokią veiklą, yra apribojimas tiek, kiek jais siekiama riboti paslaugų teikėjų skaičių.

Todėl tiek gydymo įstaigai steigti nustatytas reikalavimas gauti išankstinį administracijos leidimą, tiek sąlyga, kad šis leidimas suteikiamas tik jei atsižvelgiant į sutartis su socialinio draudimo institucijomis sudariusių gydytojų jau teikiamas paslaugas „yra poreikis ją įsteigti“, yra įsisteigimo laisvės apribojimai pagal SESV 49 straipsnį, nesvarbu, kad atitinkami specialistai nėra diskriminuojami dėl pilietybės³⁹.

Sprendimas *Hartlauer* svarbus tuo, kad jame Teisingumo Teismas nukrypo nuo savo ankstesnės praktikos sprendime *Sodemare*⁴⁰, kuriame buvo konstatuota, kad ES teisė nedraudžia tokių nacionalinių nuostatų, pagal kurias dalyvauti socialinės apsaugos sistemoje ir sudaryti su valdžios institucijomis sutartis dėl kompensavimo už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas leidžiama tik ne pelno įstaigoms (senelių namams). Teismas šiame sprendime paprasčiausiai rėmėsi diskriminacijos nebuvimu, t. y. ne pelno siekimo reikalavimas buvo taikomas tiek Italijos, tiek kitų valstybių narių subjektams.

Kitai variantai, iki sprendimo *Hartlauer* apribojimais sveikatos priežiūros srityje buvo iš esmės pripažįstamos tik kitų valstybių narių subjektus diskriminuojančios nuostatos. O sprendime *Hartlauer* Teisingumo Teismas savo praktiką įsisteigimo laisvės srityje visa apimtimi perkėlė į sveikatos priežiūros sritį ir valstybėse narėse nustatytiems apribojimams jau visiškai, nors, kaip matysime toliau, kartais ir gana formaliai, taiko sprendime *Gebhard*⁴¹ suformuluotą testą, t. y. vertina, ar įsisteigimo laisvės apribojimai, taikomi nediskriminuojant dėl pilietybės, gali būti pateisinami privalomais bendrojo intereso pagrindais su sąlyga, kad jie gali užtikrinti tikslo, kurio jais siekiama, įgyvendinimą ir neviršija to, kas būtina šiam tikslui pasiekti⁴².

Po sprendimo *Hartlauer* įsisteigimo laisvės apribojimais buvo pripažintos tokios valstybių narių nuostatos, pavyzdžiui, Italijos ir Vokietijos nuostatos, teisę valdyti vaistinę suteikiančios tik farmacininkams⁴³; Ispanijos nacionalinės teisės nuostatos, pagal kurias, pirma, norint steigti naują vaistinę, reikia gauti išankstinį leidimą, kuris išduodamas tik konkursą laimėjusiems asmenims, antra, kiekvienoje vaistinių zonoje leidžiama steigti tik vieną vaistinę 2 800 gyventojų, o papildomą vaistinę galima steigti tik jei ši riba viršijama ir tai gyventojų daliai, kuri didesnė nei 2 000 gyventojų, ir trečia,

³⁸ Tai yra sprendimo *Watts, supra*, 92 ir 146 punktais.

³⁹ Sprendimas *Hartlauer, supra*, 37–39 punktai.

⁴⁰ Sprendimas *Sodemare*, C-70/95, EU:C:1997:301.

⁴¹ Sprendimas *Gebhard*, C-55/94, EU:C:1995:411.

⁴² Žr. pavyzdžiui, sprendimo *Hartlauer, supra*, 44 punktą ir sprendimo *Pérez ir Gómez*, C-570/07 ir C-571/07, EU:C:2010:300, 61 punktą.

⁴³ Sprendimai *Komisija / Italija*, C-531/06, EU:C:2009:315 ir *Apothekerkammer des Saarlandes*, C-171/07 ir C-172/07, EU:C:2009:316.

vaistinėms draudžiama užsiimti savarankiška ekonomine veikla laisvai jų pasirinktose vietose, nes paprastai jie turi laikytis mažiausio 250 metrų atstumo nuo jau esamų vaistinių⁴⁴; Prancūzijos nacionalinės teisės nuostatos, pagal kurias asmeniui, kuris nėra biologas, draudžiama turėti daugiau kaip 25 proc. biomedicininų tyrimų laboratorijas eksploatuojančios ribotos atsakomybės bendrovės kapitalo, taigi ir balsavimo teisių, taip pat pagal kurias biologams draudžiama turėti daugiau nei dviejų bendrovių, įsteigtų siekiant bendrai eksploatuoti vieną ar kelias biomedicininų tyrimų laboratorijas, kapitalo⁴⁵; Suomijos nacionalinės teisės nuostatos, pagal kurias numatyta speciali vaistinių filialų veiklos licencijų išdavimo tvarka, taikoma Helsinkio universiteto vaistinei, kuri yra palankesnė už privačioms vaistinėms taikomą tvarką⁴⁶; Italijos nacionalinės teisės nuostatos, pagal kurias, pirma, siekiant įsteigti naują optikos parduotuvę iš pradžių reikia gauti administracinį leidimą, antra, leidimas išduodamas atsižvelgiant į gyventojų bei optikos parduotuvių skaičiaus santykį, kad būtų užtikrintas racionalus pasiūlos paskirstymas atitinkamoje teritorijoje, ir trečia, asmenys, norintys įsteigti optikos parduotuvę, privalo išlaikyti minimalų 300 metrų atstumą nuo jau esamų parduotuvių⁴⁷; Italijos nacionalinės teisės aktai, pagal kuriuos parafarmacinių produktų parduotuvėse draudžiama prekiauti receptiniais vaistais, kurių kainą dengia pacientas⁴⁸, ir kt.

Reikia pabrėžti, kad toli gražu ne visi įsisteigimo laisvės apribojimai, išvardyti pirmiau, buvo pripažinti prieštaraujančiais ES teisei. Todėl kitas klausimas, į kurį reikia atsakyti, – kada įsisteigimo apribojimai sveikatos priežiūros srityje yra pripažįstami pateisinamais.

2.3. Įsisteigimo apribojimų pateisinimas

Kaip minėta pirmiau, valstybėse narėse nustatyti įsisteigimo laisvės apribojimai sveikatos priežiūros srityje yra vertinami tuo aspektu, ar jie nediskriminuoja kitų valstybių narių subjektų ir ar įsisteigimo laisvės apribojimai, taikomi nediskriminuojant dėl pilietybės, gali būti pateisinami privalomais bendrojo intereso pagrindais su sąlyga, kad jie gali užtikrinti tikslo, kurio jais siekiama, įgyvendinimą ir neviršija to, kas būtina šiam tikslui pasiekti.

Kiek tai susiję su sveikatos priežiūra, turbūt nenuostabu, kad daugelį laisvo judėjimo ribojimų ES valstybės narės siekia pateisinti visuomenės sveikatos apsauga, kuri yra viena iš pačioje SESV numatytų leidžiančių nukrypti nuostatų, įsisteigimo laisvės atveju įtvirtintų SESV 52 straipsnio 1 dalyje.

Kaip žinoma, SESV numatytais leidžiančiomis nukrypti nuostatomis valstybės narės iš esmės gali remtis siekdamos pateisinti tiesiogiai kitų valstybių narių subjektų laisvą judėjimą ribojančias nacionalines nuostatas, tačiau dėl šios priežasties leidžiančios nukrypti nuostatos yra aiškinamos siaurai. O privalomus bendrojo intereso pagrindus Teisingumo Teismo praktikoje leidžiama pasitelkti, siekiant pateisinti netiesiogiai kitų valstybių subjektus diskriminuojančias ar vienodai nacionaliniams ir kitų valstybių narių subjektams taikomas nuostatas. Baigtinio privalomų bendrojo intereso pagrindų sąrašo nėra.

Taigi dėl to, kad visuomenės sveikatos apsauga yra viena iš leidžiančių nukrypti nuostatų, kyla klausimas, ar sveikatos priežiūros srityje esama skirtumo tarp tiesiogiai diskriminuojančių apribojimų ir netiesiogiai diskriminuojančių ar apskritai vienodai nacionaliniams ir kitų valstybių narių subjektams taikomų įsisteigimo teisės apribojimų vertinimo, t. y. ar skiriasi Teisingumo Teismo taikomas vertinimas, siekiant visuomenės sveikatos apsauga pateisinti, pavyzdžiui, viena vertus, tiesiogiai dis-

⁴⁴ Sprendimas *Pérez ir Gómez*, *supra*. Žr. taip pat dėl labai panašių Italijos nuostatų, ribojančių vaistinių steigimą, nutartis *Polissen*, C-217/09, EU:C:2010:796 ir *Grisoli*, C-315/08, EU:C:2011:618.

⁴⁵ Sprendimas *Komisija / Prancūzija*, C-89/09, EU:C:2010:772.

⁴⁶ Sprendimas *Susisalo*, C-84/11, EU:C:2012:374.

⁴⁷ Sprendimas *Ottica New Line di Accardi Vincenzo*, C-539/11, EU:C:2013:591.

⁴⁸ Sprendimas *Venturini*, C-159/12 iki C-161/12, EU:C:2013:791.

kriminuojančią nuostatą, ir, kita vertus, vienodai nacionaliniams ir kitų valstybių narių subjektams taikomą nuostatą.

Nors šio straipsnio autorei neteko susidurti su Teisingumo Teismo praktika, susijusia su tiesiogiai kitų valstybių narių subjektus diskriminuojančiomis nuostatomis įsisteigimo laisvės srityje, kurias mėginta pateisinti visuomenės sveikatos apsauga, vis dėlto manytina, kad sąvoka „visuomenės sveikatos apsauga“, kaip viena iš pačioje SESV numatytų nukrypti leidžiančių nuostatų, turėtų būti aiškinama itin siaurai, kai kalbama apie tiesioginę diskriminaciją. Pagal analogiją su kitomis SESV numatytomis nukrypti leidžiančiomis nuostatomis, pavyzdžiui, viešąja tvarka, reikia pažymėti, kad Teisingumo Teismo praktikoje pripažįstama, jog „nors valstybės narės iš esmės ir toliau gali pagal savo nacionalinius poreikius laisvai nustatyti viešosios tvarkos reikalavimus, [Sajungos] kontekste, <...> viešąja tvarka galima remtis tik realios ir pakankamai didelės visuomenės pagrindiniam interesui kylančios grėsmės atveju“⁴⁹. Kaip suformulavo prof. C. Barnard, kalbėdama apie apribojimų darbo teisės srityje pateisinimą viešąja tvarka, išskyrus įstatymus, kuriais draudžiama vergovė, sunku įsivaizduoti, kokiais dar atvejais valstybės galėtų įrodyti, kad jų įstatymai darbo teisės srityje, kad ir kokie jie būtų svarbūs darbuotojų apsaugos sistemai, tenkina šį ypač aukštą standartą⁵⁰.

O „visuomenės sveikatos apsauga“ kaip privalomas bendrojo intereso pagrindas „Gebhard“ testo tikslais ar siekiant pateisinti netiesiogiai diskriminuojančią nuostatą galėtų būti vertinamas kur kas plačiau.

Šią išvadą, t. y. kad „visuomenės sveikatos apsauga“ yra suprantama gana plačiai, kai vertinami nediskriminuojantys įsisteigimo laisvės apribojimai, patvirtina ir atitinkama Teisingumo Teismo praktika. Joje pripažįstama, kad iš šio privalomo bendrojo intereso pagrindo gali būti kildinami tokie tikslai, pavyzdžiui, išlaikyti kokybiškas, suderintas ir visiems prieinamas medicinos ar stacionarias paslaugas ar užkirsti kelią socialinio draudimo sistemos finansinės pusiausvyros pažeidimui⁵¹; užtikrinti tinkamą ir kokybišką gyventojų aprūpinimą vaistais⁵²; išlaikyti medicinos paslaugų kokybę, jeigu tai padeda pasiekti aukštą sveikatos apsaugos lygį⁵³; užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų tolygų paskirstymą nacionalinėje teritorijoje ir, siekiant šio tikslo, imtis priemonių, susijusių su paslaugų teikėjų įsteigimo planavimu⁵⁴; užpildyti galimybės pasinaudoti ambulatorine priežiūra spragas ir išvengti dvigubą darbą atliekančių struktūrų sukūrimo, siekiant užtikrinti, kad medicinos sąnaudos būtų dengiamos pagal gyventojų poreikius visoje teritorijoje, atsižvelgiant į geografiškai izoliuotus ar kitu požiūriu esamus blogesnės padėties regionus⁵⁵.

Vis dėlto pagal nusistovėjusią Teisingumo Teismo praktiką turi būti patikrinta, pirma, ar valstybės narės numatytos priemonės yra *tinkamos* atitinkamam tikslui užtikrinti, antra, ar atitinkamo tikslo numatytomis priemonėmis yra siekiama *nuosekliai*, ir, trečia, ar įsisteigimo laisvės apribojimas *neviršija* to, kas būtina nurodytam tikslui pasiekti, t. y. ar nėra mažiau ribojančių priemonių jam pasiekti⁵⁶.

Analizuojant Teismo praktiką matyti, kad Teisingumo Teismas praktiškai netrunka bet kokius ribojimus sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų laisvo įsisteigimo srityje pripažinti apribojimais pagal SESV 49 straipsnį, o valstybių narių pateikiamus pateisinimus kaip iš principo tinkamus, siekiant

⁴⁹ Sprendimas *Komisija / Liuksemburgas*, C-319/06, EU:C:2008:350, 50 punktas.

⁵⁰ BARNARD, C. Posting matters. *Arbeitsrett*, 2014, vol. II, no. I, p. 7.

⁵¹ Sprendimas *Hartlauer*, *supra*, 47 punktas.

⁵² Sprendimai *Komisija / Italija*, *supra*, 52 punktas ir *Apothekerkammer des Saarlandes*, *supra*, 28 punktas. Žr. taip pat sprendimų *Pérez ir Gómez*, *supra*, 64 punktą ir *Susisalo*, *supra*, 37 punktą.

⁵³ Sprendimas *Komisija / Prancūzija*, *supra*, 53 punktas.

⁵⁴ Sprendimai *Pérez ir Gómez*, *supra*, 64, 70 ir 78 punktai ir *Ottica New Line di Accardi Vincenzo*, *supra*, 35 ir 36 punktai.

⁵⁵ Sprendimai *Hartlauer*, *supra*, 52 punktas; *Pérez ir Gómez*, *supra*, 70 ir 71 punktai; *Sokoll-Seebacher*, C-367/12, EU:C:2014:68, 24 punktas.

⁵⁶ Žr., pavyzdžiui, sprendimo *Pérez ir Gómez*, *supra*, 67, 94 ir 104 punktus.

visuomenės sveikatos apsaugos⁵⁷, ypač jeigu apribojimai yra taikomi nediskriminuojant dėl pilietybės⁵⁸. Todėl esminis nagrinėtinas klausimas yra valstybių narių pasirinktų *priemonių* tinkamumas, nuoseklumas ir proporcingumas.

Valstybių narių nacionalinės nuostatos šioje srityje yra pripažįstamos prieštaraujančiomis ES teisei visų pirma tuo pagrindu, kad atitinkama valstybė nesugebėjo pagrįsti savo priemonių minėtais aspektais⁵⁹.

Šiuo atveju Teisingumo Teismas, remdamasis, be kita ko, savo praktika laisvo sveikatos priežiūros paslaugų teikimo srityse, reikalauja dviejų dalykų. Pirmą, valstybių narių pasirinktos priemonės yra tinkamos įgyvendinti nurodytą tikslą tik jeigu jomis iš tikrųjų *nuosekliai* ir *sistemiškai* siekiama šio tikslo⁶⁰. Antra, valstybių narių pasirinktos ribojamosios priemonės turi pakankamai apriboti nacionalinių valdžios institucijų diskreciją. Pavyzdžiui, tam, kad išankstinio administracinio leidimo suteikimo tvarka būtų pateisinama, ji turi būti pagrįsta *objektyviais, nediskriminuojančiais* ir *iš anksto žinomais* kriterijais⁶¹.

Todėl, pavyzdžiui, sprendime *Hartlauer* buvo pripažinta, kad atitinkamos nacionalinės nuostatos pažeidžia ES teisę, nes nacionalinis reguliavimas buvo nenuoseklus – buvo reikalaujama išankstinio leidimo naujoms nepriklausomoms odontologijos ambulatorijoms steigti ir joms veikti, o naujiems bet kokio dydžio bendriesiems kabinetams steigti netaikoma jokia leidimų tvarka, nors šios dvi paslaugų teikėjų kategorijos gali būti panašios savo įtaka medicinos paslaugų rinkai. Be to, išankstinio leidimo išdavimo tvarka nepakankamai apribojo nacionalinių valdžios institucijų diskreciją.

Sprendimuose *Pérez ir Gómez* ir *Ottica New Line di Accardi Vincenzo* Teisingumo Teismas nurodė nacionaliniams teismams patikrinti, ar, nors atitinkami išankstinio leidimo išdavimo tvarkos kriterijai iš pirmo žvilgsnio ir atitinka nustatytus reikalavimus, šie kriterijai, kaip antai aptarnaujamų gyventojų skaičius ir atstumas tarp sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų įstaigų, užtikrina tinkamą sveikatos priežiūros paslaugų teikimą⁶². O sprendime *Sokoll-Seebacher* buvo tiesiogiai konstatuota, kad tokie kriterijai yra neleidžiami, jeigu nacionalinės valdžios institucijos negali nuo jų nukrypti, siekdamos atsižvelgti į vietos geografines sąlygas.

Kitaip tariant, panašu, kad Teisingumo Teismas vadovojasi tokia logika: jeigu atitinkamai apribojimais siekiama tikslų, susijusių su visuomenės sveikatos apsauga (pavyzdžiui, užkirsti kelią socialinio draudimo sistemos finansinės pusiausvyros pažeidimui), atitinkamos nacionalinės priemonės (pavyzdžiui, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų skaičiaus ribojimas) gali būti laikomos nuosekliai siekiančios šių tikslų tik jeigu jas taikant, be kita ko, yra faktiškai užtikrinamas pakankamas sveikatos apsaugos lygis (pavyzdžiui, galimybė tinkamai ir vienodomis sąlygomis teikti sveikatos priežiūros paslaugas tam tikriems asmenims⁶³).

Kita vertus, Teisingumo Teismas pripažįsta, kad tas lygis valstybėse narėse gali skirtis, nes klausimas, kokio lygio visuomenės sveikatos apsaugą yra siekiama suteikti, priklauso valstybių narių kom-

⁵⁷ Tačiau byloje *Komisija / Prancūzija* Prancūzija nepateikė jokie pateisinimo dėl vienos nuostatos, atitinkamai nuostata buvo pripažinta prieštaraujančia ES teisei.

⁵⁸ Pavyzdžiui, sprendime *Pérez ir Gómez*, *supra*, buvo pripažinta, kad išankstinio leidimo išdavimo tvarkos nuostatos, pagal kurias pirmenybė yra teikiama vaistininkams, profesinę veiklą vykdydusiems Astūrijos Kunigaikštystėje, yra netiesiogiai diskriminuojančios dėl pilietybės. Teisingumo Teismas nepripažino Ispanijos pateikto pateisinamojo pagrindo tinkamo.

⁵⁹ Žr. dėl įrodymų naštos, valstybėms narėms siekiant pagrįsti savo priemonės, SHUIBHNE, N. N.; MACI, M. Proving public interest: the growing impact of evidence in free movement case law. *Common Market Law Review*, 2013, vol. 50, p. 965–1006.

⁶⁰ Sprendimas *Hartlauer*, *supra*, 55 punktas.

⁶¹ Sprendimas *Hartlauer*, *supra*, 64 punktas.

⁶² Sprendimai *Pérez ir Gómez*, *supra*, 114 punktas, *Ottica New Line di Accardi Vincenzo*, *supra*, 56 punktas.

⁶³ Sprendimas *Sokoll-Seebacher*, *supra*, 50 punktas.

petencijai⁶⁴. Todėl vien dėl to, kad valstybė narė nustato griežtesnes visuomenės sveikatos apsaugos taisykles nei nustatytosios kitoje valstybėje narėje, negalima teigti, kad šios taisyklės neatitinka Sutarties nuostatų dėl pagrindinių laisvių⁶⁵.

O trečiasis proporcingumo testo elementas (ar įsisteigimo laisvės apribojimas neviršija to, kas būtina nurodytam tikslui pasiekti, t. y. ar nėra mažiau ribojančių priemonių) sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų įsisteigimo laisvės srityje praktiškai nėra taikomas. Šiuo požiūriu būtų galima palyginti su Teisingumo Teismo praktika kitose srityse, kur valstybių narių taikomos priemonės pripažįstamos prieštaraujančiomis laisvo judėjimo principams, nepaisant to, kad jomis siekiama tinkamo tikslo ir kad jos yra tinkamos, siekiant šio tikslo, vien tuo pagrindu, kad esama mažiau ribojančių priemonių, dažnai netgi konkrečiai nurodant, kokios priemonės būtų mažiau ribojančios⁶⁶.

2.4. Įsisteigimo teisės taikymo apimtis sveikatos priežiūros srityje

Taigi Teisingumo Teismo praktikos laisvo sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų įsisteigimo srityje analizė rodo, kad įsisteigimo laisve naudojasi praktiškai kiekvienas sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas, o įsisteigimo laisvės apribojimais pripažįstami įvairūs leidimai, galimybė steigti naujam paslaugų teikėjui tik jeigu yra poreikis, pirmenybės teikimas tam tikriems paslaugų teikėjams, specialios taisyklės valstybiniam paslaugų teikėjams ir kt.

Įsisteigimo laisvė apima ne tik laisvę įsisteigti, siekiant teikti mokamas sveikatos priežiūros paslaugas, bet ir laisvę įsisteigti, siekiant teikti sveikatos priežiūros paslaugas, kurių teikimo išlaidos apmokamos iš ligonių kasų, žinoma, su sąlyga, kad tokia galimybė toje valstybėje narėje yra apskritai numatyta privatiems paslaugų teikėjams.

Kitaip tariant, Teisingumo Teismo praktika įsisteigimo srityje, lygiai kaip ir laisvo paslaugų judėjimo srityje, nedaro jokio skirtumo tarp to, kaip yra mokama už sveikatos priežiūros paslaugas. Iš ligonių kasų mokamų paslaugų sektorius neturi jokio „imuniteto“ nuo laisvo judėjimo principų. Tai patvirtina, kad sveikatos priežiūra ES teisės požiūriu yra ekonominė veikla tiek kalbant apie laisvą paslaugų judėjimą, tiek apie paslaugų teikėjų įsisteigimo laisvę, ir kad kiekvienas sveikatos priežiūros paslaugų reguliavimo aspektas gali būti užginčytas, remiantis nuostatomis dėl laisvo judėjimo⁶⁷.

O vidaus rinkos ir valstybių narių kompetencijos riba nustatoma valstybių narių taikomų apribojimų pateisinimo vertinimo etape.

Šiuo aspektu būtų galima pateikti du pastebėjimus. Visų pirma, kiek tai susiję su pateisinančiais pagrindais, Teisingumo Teismas praktiškai netrunka valstybių narių pateikiamus pateisinimus pripažinti kaip iš principo tinkamus, siekiant visuomenės sveikatos apsaugos. Tiesa, kur kas griežtesnis vertinimas, manytina, turėtų būti atliekamas, jeigu vertinama nacionalinė priemonė tiesiogiai diskriminuotų kitų valstybių narių subjektus.

Antra, galima teigti, kad įsisteigimo apribojimų sveikatos priežiūros srityje vertinimas Teisingumo Teismo praktikoje šiuo metu yra gana formalus. Panašu, kad Teismas dabartinėje ES teisės išsivys-

⁶⁴ Sprendimai *Komisija / Vokietija*, C-141/07, EU:C:2008:492, 51 punktas, *Apothekerkammer des Saarlandes*, *supra*, 19 punktas, *Pérez ir Gómez*, *supra*, 44 punktas.

⁶⁵ Sprendimai *Pérez ir Gómez*, *supra*, 68 punktas ir *Komisija / Italija*, C-110/05, EU:C:2009:66, 65 punktas ir jame nurodyta Teismo praktika.

⁶⁶ Žr., pavyzdžiui, laisvo darbuotojų judėjimo srityje sprendimo *Giersch*, *supra*, 79 ir 82 punktus, laisvo įsisteigimo srityje (mokesčių teisės aktai) sprendimo *Nordea Bank Danmark A/S*, C-48/13, EU:C:2014:2087, 36 ir 39 punktus.

⁶⁷ ZAHN, R. The regulation of healthcare in the European Union: Member States' discretion or a widening of EU law? *Femarbel and Ottica New Line. Common Market Law Review*, 2014, vol. 51, p. 1529; DAVIES, G. The Process and Side-Effects of Harmonisation of European Welfare States. *Jean Monnet working papers*, No 2/06, p. 21 [žiūrėta 2015 m. vasario 5 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.jeanmonnetprogram.org/papers/06/060201.pdf>>.

tymo stadijoje yra linkęs pateisinti visas valstybių narių priemones, jeigu jos nediskriminuojančios, pagrįstos, nuoseklios ir pakankamai apriboja valdžios institucijų diskreciją.

Kita vertus, neatmestina, kad artimiausioje ateityje Teisingumo Teismas gali susidurti su vis didėjančiu spaudimu atidžiau vertinti valstybėse narėse taikomų įsisteigimo apribojimų tinkamumą ir proporcingumą, galbūt netgi, kaip siūlo kai kurie autoriai⁶⁸, taikyti tam tikrą ekonominę atitinkamų priemonių vertinimą taip, kaip tai yra daroma kitose srityse.

Galiausiai, kalbant apie įsisteigimo teisės taikymo apimtį sveikatos priežiūros srityje būtina pridurti, kad pagal nusistovėjusią Teisingumo Teismo 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 veiklą⁶⁹. Vadinasi, valstybėms narėms tenka pareiga laikytis pirmiau išvardytų ES teisės reikalavimų netgi tais atvejais, kai nacionalinėmis nuostatomis tiesiogiai siekiama reguliuoti nacionalinių subjektų veiklą. Kitaip tariant, rengdamos nacionalines taisykles valstybės institucijos turi laikytis vidaus rinkai „draugiško“ požiūrio visais atvejais vien dėl to, kad atitinkama nuostata potencialiai galėtų būti taikoma kitos valstybės narės subjektui.

Išvados

1. Vidaus rinkos laisvo judėjimo principai nebuvo sumanyti sveikatos priežiūros sektoriui ar sveikatos draudimui. Tai principai, kuriuos visų pirma įkvėpė ekonominė logika ir ekonominiai sumetimai. Tačiau ES teisė, kaip ekonominė teisė, pasižymi išsiliejimo efektu ir slenkamuju poveikiu. Todėl, nepaisant SESV 168 straipsnio ir tiek Teisingumo Teismo praktikoje, tiek ES teisės aktuose pabrėžiamos valstybių narių kompetencijos organizuoti savo socialinės apsaugos sistemas, laisvo judėjimo principai tokių sąvokų „paslauga“, „bendrovės ar firmos“ ar įsisteigimo apribojimai aiškinimu visa apimtimi yra taikomi valstybių narių sveikatos priežiūros sektoriams. Šių sektorių vykdoma veikla iš ES teisės pozicijų yra laikytina ekonomine veikla, neatsižvelgiant į tai, kas ją vykdo.
2. Minėto požiūrio rezultatas laisvo paslaugų teikimo srityje yra tas, kad, be kita ko, asmenims, apdraustiems pagal valstybės narės socialinės apsaugos sistemą, yra garantuojama teisė vykti į kitą valstybę narę ir pasinaudoti joje sveikatos priežiūros paslaugomis iš esmės savo valstybės socialinės apsaugos sistemos „krepšelio“ sąskaita ir jo neviršijant, o galimų šios teisės apribojimų sąrašas yra kodifikuotas Direktyvoje 2011/24.
3. Kiek tai susiję su laisvu įsisteigimu, viena vertus, valstybės narės privalo įsileisti kitų valstybių narių subjektus į savo sveikatos priežiūros sektorių tiek, kiek jame apskritai leidžiama dalyvauti privatiems subjektams. O šiems subjektams skirtos taisyklės turi būti „draugiškos“ vidaus rinkos principams. Kita vertus, dabartinėje ES teisės išsivystymo stadijoje šiuo aspektu fiksuotinas tam tikras Teisingumo Teismo santūrumas, nes iš esmės yra reikalaujama tik tiek, kad nacionalinės taisyklės būtų nediskriminuojančios, pagrįstos, nuoseklios ir pakankamai apribotų valdžios institucijų diskreciją. Taigi Teisingumo Teismas dar nėra linkęs išsamiai vertinti valstybių narių sveikatos apsaugos sistemų veiksmingumo. Vis dėlto, atsižvelgiant į Teisingumo Teismo praktiką kitose srityse, kur proporcingumo principas suprantamas kur kas plačiau, kyla klausimas, ar dar ilgai ši Teisingumo Teismo pozicija liks nepakitusi.

⁶⁸ HANCHER, L.; SAUTER, W. One step beyond? From *Sodemare* to *DocMorris*: the EU's freedom of establishment case law concerning healthcare. *Common Market Law Review*, 2010, vol. 47, p. 146.

⁶⁹ Sprendimas *Ordine degli Ingegneri di Verona e Provincia ir kt.*, C-111/12, EU:C:2013:100, 35 punktą ir jame nurodyta Teismo praktika.

4. Nors iš principo pagal nusistovėjusią Teisingumo Teismo praktiką laisvo judėjimo principo apribojimų nepateisina grynai ekonominiai tikslai, tačiau socialinės apsaugos sistemų atveju vis dėlto yra leidžiami pateisinantys pagrindai, susiję su ekonominiais aspektais, tokie kaip antai sistemos finansinės pusiausvyros užtikrinimas ar visiems prieinamų suderintų sveikatos priežiūros paslaugų išlaikymas. Galima teigti, kad Teisingumo Teismas savo praktikoje atsižvelgia į dvių modelių, t. y. vidaus rinkos, arba laisvo judėjimo modelio, ir valstybių narių socialinės apsaugos sistemų finansavimo modelio, konkurenciją.

LITERATŪRA

Teisės aktai

1. Lietuvos Respublikos Konstitucija. *Valstybės žinios*, 1992, nr. 33-1014; 1996, nr. 64-1501; 1996, nr. 122-2863; 2002, nr. 65-2629; 2003, nr. 32-1316; 2004, nr. 111-4123; 2004, nr. 111-4124; 2006, nr. 48-1701.
2. Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo suvestinė redakcija, *Oficialusis leidinys*, 2012 m. spalio 26 d., C 326, p. 47.
3. 1971 m. birželio 14 d. Tarybos reglamentas Nr. 1408/71 dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, judantiems Bendrijoje, *Oficialusis leidinys*, 1971 m. liepos 5 d., L 149, p. 2; 2004 m. specialusis leidimas lietuvių k., 5 sk., 1 t., p. 35.
4. 2004 m. balandžio 29 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas (EB) Nr. 883/2004 dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo, *Oficialusis leidinys*, 2004 m. balandžio 30 d., L 166, p. 1; 2004 m. specialusis leidimas lietuvių k., 5 sk., 5 t., p. 72.
5. 2011 m. kovo 9 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo, *Oficialusis leidinys*, 2011 m. balandžio 4 d., L 88, p. 45.

Specialioji literatūra

6. BARNARD, C. Posting matters. *Arbeitsrett*, 2014, vol. II, no. I, p. 1–28.
7. CABRAL, P. The internal market and the right to cross-border medical care. *ELR*, 2004, p. 673–685.
8. DAVIES, G. The effect of Mrs Watts' trip to France on the National Health Service. *King's Law Journal*, 2007, p. 158–167.
9. DAVIES, G. The Process and Side-Effects of Harmonisation of European Welfare States. *Jean Monnet working papers*, No 2/06 [žiūrėta 2015 m. vasario 5 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.jeanmonnetprogram.org/papers/06/060201.pdf>>.
10. DE LA ROSA, S. The Directive on cross-border healthcare or the art of codifying complex case law. *Common Market Law Review*, 2012, vol. 49, p. 15–46.
11. DE WITTE, F. Who funds the mobile student? Shedding some light on the normative assumptions underlying EU free movement law: *Commission v. Netherlands*. *Common Market Law Review*, 2013, vol. 50, p. 203–216.
12. ELZBERGAS, T. Paciento teisė į sveikatos priežiūros paslaugas kitose ES valstybėse narėse. *Socialinių mokslų studijos*, 2010, Nr. 1 (5), p. 337–364.
13. HANCHER, L.; SAUTER, W. One step beyond? From *Sodemare* to *DocMorris*: the EU's freedom of establishment case law concerning healthcare. *Common Market Law Review*, 2010, vol. 47, p. 117–146.
14. HATZOPOULOS, V. G. Killing National Health and Insurance Systems but healing Patients? The European Market for Health Care Services After the Judgments of the ECJ in *Vanbraekel* and *Peerbooms*. *Common Market Law Review*, 2002, vol. 39, p. 683–729.
15. NEWDICK, C. Citizenship, free movement and health care: Cementing individual rights by corroding social solidarity. *Common Market Law Review*, 2006, vol. 43, p. 1645–1668.
16. NISTOR, L. *Public Services and the European Union. Healthcare, Health Insurance and Education Services*. The Hague: Asser Press, 2011.
17. O'LEARY, S. The curious case of frontier workers and study finance: *Giersch*. *Common Market Law Review*, 2014, vol. 51, p. 601–622.
18. SHUIBHNE, N. N.; MACI, M. Proving public interest: the growing impact of evidence in free movement case law. *Common Market Law Review*, 2013, vol. 50, p. 965–1006.

19. VAN DER MEI, A. P. Case C-512/08, *Commission v. France*, Judgment of the European Court of Justice (Grand Chamber) of 5 October 2010; Case C-173/09, *Georgi Ivanov Elchinov v. Natsionalna zdravnoosiguritelna kasa*, Judgment of the Court of Justice (Grand Chamber) of 5 October 2010. *Common Market Law Review*, 2011, vol. 48, p. 1297–1311.

20. VERŠELYTĖ, A. Pacientų teisė į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas – iliuzija ar realybė? Iš *Nepriklausomos Lietuvos teisė: praeitis, dabartis ir ateitis: recenzuotų mokslinių straipsnių rinkinys Liber Amicorum* profesoriui Jonui Prapiesčiui. Vilnius: Vilniaus universiteto Teisės fakulteto Alumni draugija, 2012, p. 712–726.

21. ZAGLMAYER, B.; EINARSSON, O. Access to and Reimbursement of Health Care in the European Economic Area. *Tidsskrift for Erstatningsrett*, 2009, no. 3.

22. ZAHN, R. The regulation of healthcare in the European Union: Member States' discretion or a widening of EU law? *Femarbel and Ottica New Line. Common Market Law Review*, 2014, vol. 51, p. 1521–1538.

Praktinė medžiaga

Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas

23. 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo, Lietuvos Respublikos ligos ir motinystės socialinio draudimo įstatymo ir jo pakeitimo įstatymo kai kurių nuostatų atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“, *Valstybės žinios*, 2013, nr. 52-2604.

24. 2014 m. vasario 26 d. sprendimas „Dėl Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo nuostatų išaiškinimo“, *Teisės aktų registras*, 2014, nr. 2014-02176.

Europos Sąjungos Teisingumo Teismas

25. Sprendimas *Dassonville*, 8/74, EU:C:1974:82.
26. Sprendimas *Luisi ir Carbone*, 286/82 ir 26/83, EU:C:1984:35.
27. Sprendimas *Duphar BV ir kt.*, 238/82, EU:C:1984:45.
28. Sprendimas *Humbel*, 263/86, EU:C:1988:451.
29. Sprendimas *The Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd*, C-159/90, EU:C:1991:378.
30. Sprendimas *Wirth*, C-109/92, EU:C:1993:916.
31. Sprendimas *Komisija / Prancūzija*, C-381/93, EU:C:1994:370.
32. Sprendimas *Gebhard*, C-55/94, EU:C:1995:411.
33. Sprendimas *Sodemare*, C-70/95, EU:C:1997:301.
34. Sprendimas *Decker*, C-120/95, EU:C:1998:167.
35. Sprendimas *Kohll*, C-158/96, EU:C:1998:171.
36. Generalinio advokato D. Ruiz Jarabo Colomer išvada *Smits ir Peerbooms*, C-157/99, EU:C:2000:274.
37. Sprendimas *Smits ir Peerbooms*, C-157/99, EU:C:2001:404.
38. Generalinio advokato L. A. Geelhoed išvada *Watts*, C-372/04, EU:C:2005:784.
39. Sprendimas *Watts*, C-372/04, EU:C:2006:325.
40. Sprendimas *Schwarz ir Gootjes Schwarz*, C-76/05, EU:C:2007:492.
41. Sprendimas *Komisija / Vokietija*, C-318/05, EU:C:2007:495.
42. Sprendimas *Morgan ir Bucher*, C-11/06 ir C-12/06, EU:C:2007:626.
43. Sprendimas *Jundt*, C-281/06, EU:C:2007:816.
44. Sprendimas *Komisija / Liuksemburgas*, C-319/06, EU:C:2008:350.
45. Sprendimas *Komisija / Vokietija*, C-141/07, EU:C:2008:492.
46. Sprendimas *Komisija / Italija*, C-110/05, EU:C:2009:66.
47. Sprendimas *Hartlauer*, C-169/07, EU:C:2009:141.
48. Sprendimas *Apothekerkammer des Saarlandes*, C-171/07 ir C-172/07, EU:C:2009:316.
49. Sprendimas *Komisija / Italija*, C-531/06, EU:C:2009:315.
50. Sprendimas *Bressol ir kt.*, C-73/08, EU:C:2010:181.
51. Sprendimas *Zanotti*, C-56/09, EU:C:2010:288.
52. Sprendimas *Pérez ir Gómez*, C-570/07 ir C-571/07, EU:C:2010:300.
53. Sprendimas *Komisija / Prancūzija*, C-89/09, EU:C:2010:772.
54. Nutartis *Polisseni*, C-217/09 EU:C:2010:796.
55. Nutartis *Grisoli*, C-315/08, EU:C:2011:618.
56. Sprendimas *Komisija / Nyderlandai*, C-542/09, EU:C:2012:346.

57. Sprendimas *Susisalo*, C-84/11, EU:C:2012:374.
58. Sprendimas *Ordine degli Ingegneri di Verona e Provincia ir kt.*, C-111/12, EU:C:2013:100.
59. Sprendimas *Giersch*, C-20/12, EU:C:2013:411.
60. Sprendimas *Prinz ir Seeberger*, C-523/11 ir C-585/11, EU:C:2013:524.
61. Sprendimas *Ottica New Line di Accardi Vincenzo*, C-539/11, EU:C:2013:591.
62. Sprendimas *Thiele Meneses*, C-220/12, EU:C:2013:683.
63. Sprendimas *Venturini*, C-159/12 iki C-161/12, EU:C:2013:791.
64. Sprendimas *Sokoll-Seebacher*, C-367/12, EU:C:2014:68.
65. Sprendimas *Ålands vindkraft AB*, C-573/12, EU:C:2014:2037.
66. Sprendimas *Nordea Bank Danmark A/S*, C-48/13, EU:C:2014:2087.

HEALTHCARE UNDER EUROPEAN UNION INTERNAL MARKET LAW

Rūta Janeckaitė

S u m m a r y

In the context of ongoing and future discussions regarding possible reorganization of the Lithuanian healthcare system in accordance with the constitutional requirements, this article strives to contribute to the discussions by showing the potential of the application of the freedoms of the internal market to healthcare. In particular, it examines the extent to which the freedom of services and the freedom of establishment are applicable to healthcare, and analyses the basis for the Union competence in the healthcare area and its limits. It also aims to establish, where the current European Union (EU) law strikes a balance between the internal market and the power of the Member States to organise their social security (healthcare) systems.

The principles of free movement within internal market were designed, in essence, with economical considerations in mind, whereas healthcare is often perceived from the national point of view as a service of public interest exclusively falling under the national competence. However, through the broad interpretation by the Court of Justice of the EU of the notions of the internal market, such as “services”, “companies or firms” and „restrictions“, the principles of free movement were brought to apply to full extent to healthcare. Almost any activity within the healthcare sector is therefore an economical activity from the point of view of the internal market freedoms and falls under the scope and scrutiny of EU law.

Nevertheless, the article shows that the development of EU law in the area is not monolithic. The practical consequences in the field of the application to healthcare of the freedom of services are far more reaching than in the field of the freedom of establishment, where a certain reservation on the part of the Court of Justice of the EU might be currently observed.

Įteikta 2015 m. birželio 3 d.

Priimta publikuoti 2015 m. lapkričio 26 d.