



ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO REGLAMENTAVIMO TENDENCIJOS EUROPOS SĄJUNGOJE IR LIETUVOJE

Kristina Astromskė¹

DOI: <http://dx.doi.org/10.7220/2029-4239.18.6>

SANTRAUKA

Straipsnyje analizuojama Europos Sąjungos teisė, LR įstatymai ir kiti teisės aktai, politiniai dokumentai, teismų praktika, taip pat mokslinė literatūra, susiję su pacientų judumo ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo teisinių sąvokų turiniu ir apibrėžtimi, taip pat su sveikatos sistemos reguliavimo, įtvirtinančio sąlygas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui didinti, raida.

Iš analizės matyti, jog, siekiant įgyvendinti Europos Sąjungos teisę asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo srityje, teisės aktuose reikalinga apibrėžti ir detalizuoti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo sąvoką, įtvirtinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo kriterijus. Sudėtinga vienareikšmiškai apibrėžti sveikatos priežiūros prieinamumo sąvoką, nes jai būdingas tarpdiscipliniškumas, tačiau Europos Sąjungos valstybės narės turėtų ne tik aiškiai sureguliuoti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarką, kokybę ir prieinamumo kriterijus, bet ir numatyti procedūras bei priemones, padedančias tiek valstybėje apdraustam, tiek atvykstančiam iš kitos Europos Sąjungos valstybės narės pacientui kiek įmanoma paprasčiau įgyvendinti savo teises ir jas apginti.

Analizuojant teisinio reguliavimo raidą Lietuvoje, pastebima tendencija, kad įstatymų leidėjas tikslina sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo sąvokų apibrėžimą, aktyviai rengiami ir įtvirtinami poįstatyminiai teisės aktai, nustatantys detalesnius valstybinio lygmens reikalavimus, įgalinančius didesnę sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kriterijų universalumą, koordinavimą ir kontrolės galimybes. Naujų teisės aktų priėmimo prielaidos negali būti tiesiogiai siejamos su tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo didinimu, tačiau neabejotina, kad jos yra veikiamos didėjančio Lietuvos sveikatos sistemos koordinavimo su Europos Sąjungos sveikatos politika ir siekiu užtikrinti tarptautiniu mastu pripažįstamus sveikatos priežiūros standartus.

¹ Vytauto Didžiojo universiteto Teisės fakulteto doktorantė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Visuomenės sveikatos fakulteto Sveikatos vadybos katedros asistentė.

REIKŠMINIAI ŽODŽIAI

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, pacientų judumas, pacientų teisės, tarpvalstybinė sveikatos priežiūra, Europos Sąjungos sveikatos politika.

TARPVALSTYBINIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO ĮTVIRTINIMAS ES TEISĖJE

Pirminėje ES teisėje sąlygos sveikatos priežiūros paslaugoms teikti įtvirtintos Sutarties dėl ES veikimo 56 str., kuriame numatoma, jog ES draudžiama riboti laisvę teikti paslaugas kitų valstybių narių subjektams, ir 168 str., kuriame įsipareigojama užtikrinti aukšto lygio žmonių sveikatos apsaugą įgyvendinant visas ES politikos ir veiklos kryptis, ir pripažįstama, kad valstybės narės yra atsakingos už sveikatos politikos apibrėžimą ir už sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą, teikimą bei valdymą paskirstant tam skirtus išteklius.² Būtinybė šias dvi nuostatas derinti tarpusavyje, taip pat valstybių narių sveikatos sistemose taikomos sveikatos draudimo sąlygos ir skirtingos apmokėjimo už sveikatos priežiūros paslaugas taisyklės įpareigoja tiek ES, tiek nacionaliniu reguliavimu nustatyti subalansuotą laisvosios rinkos veikimo ir solidarumo principų taikymą organizuojant pacientų judumą įgalinančias tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas.

Antrinėje ES teisėje galimybės pacientams gauti sveikatos priežiūros paslaugas kitoje ES valstybėje narėje pirmiausia buvo nustatytos Tarybos reglamente Nr. 1408/71 dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims, savarankiškai dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, judantiems Bendrijoje.³ Šis reglamentas numato, kad valstybė narė, kurioje asmuo su šeimos nariais yra apdrausti socialiniu (sveikatos) draudimu, privalo kompensuoti ligos išlaidas, kai asmuo yra už draudimo valstybės ribų, grįžta arba persikelia į kitą valstybę ligos metu, arba, esant būtinybei, vyksta į kitą valstybę narę gydytis. Pastaruoju atveju nustatoma, kad asmuo draudimo šalyje turi būti gavęs leidimą, atsižvelgiant į jo sveikatos būklę, išvykti gydytis kitos valstybės narės teritorijoje. Tokio leidimo negalima atsisakyti išduoti, kai asmuo negali gauti atitinkamo gydymo valstybės narės, kurioje jis gyvena, teritorijoje.⁴

Atnaujinus socialinės apsaugos sistemų koordinavimą, pacientų galimybes gauti sveikatos draudimo kompensuojamas, kitoje nei draudimo valstybėje patirtas sveikatos priežiūros išlaidas reglamentuoja nuo 2010 m. galiojantis Reglamentas (EB) Nr. 883/2004 dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo. Be sveikatos priežiūros paslaugų laikinojo buvimo metu, šis reglamentas taip pat nustato galimybę gauti planinių sveikatos priežiūros paslaugų užsienyje, gavus išankstinį leidimą draudimo valstybėje. Šis leidimas išduodamas, jei reikalingas gydymas

² Sutartis dėl Europos Sąjungos veikimo (suvestinė redakcija) OL C 202, 2016-06-07.

³ 1971 06 14 Tarybos reglamentas (EEB) Nr. 1408/71 dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims, savarankiškai dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, judantiems Bendrijoje, iš dalies pakeistas ir atnaujintas 1996 12 02 Tarybos reglamentu (EB) Nr. 118/97 OL L 28 1997-01-30.

⁴ Ten pat, 22 str.

yra kompensuojamas valstybėje narėje, kurioje asmuo gyvena, bet yra neprieinamas per mediciniškai pagrįstą laikotarpį, kuris nustatomas pagal jo sveikatos būklę ir tikėtiną ligos eigą.⁵

ETT pacientų bylose įtvirtino detalesnes kitose valstybėse narėse patirtų išlaidų kompensavimo taisykles, nustatančias, kaip sveikatos priežiūros paslaugos turi būti teikiamos ir kompensuojamos bendroje ES paslaugų rinkoje. Pirmosiose bylose *Kohl and Decker*⁶ teismas pripažino pacientų teisę gauti jų sveikatai reikalingų paslaugų ir prekių kitoje ES narėje, nei jie yra apdrausti. Vėlesniuose sprendimuose ETT pripažino, kad kiekvienoje valstybėje finansiniai ištekliai, reikalingi gyventojų sveikatos priežiūrai, nėra beribiai. Dėl šios priežasties valstybės privalo efektyviai planuoti pacientų srautus ligoninėse ir numatyti tam būtiną finansavimą, kas būtų neįmanoma, jei visi pacientai galėtų visiškai laisvai, savo nuožiūra, kitoje valstybėje rinktis sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjus. Todėl užtikrinant bendrąjį interesą ir siekiant nepažeisti socialinės apsaugos sistemos finansinės pusiausvyros, valstybės narės gali pagrįstai, taikydamos skaidrias procedūras, riboti laisvą paslaugų teikimo principą.⁷ Taigi teismas pritaria išankstinio leidimo išvykti gydytis tiek ligoninėje, tiek gauti paslaugas, kurios gali būti suteiktos ne ligoninėje (jei paslaugoms reikalinga sudėtinga ir brangi įranga) reikalavimui valstybėse narėse, tačiau tik nustatant prieinamą, skaidrią ir individualių pacientų atvejų vertinimu pagrįstą tokių leidimų išdavimo procedūrą.

ETT praktikoje nustačius išvykimo gauti tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas ir jų kompensavimo sąlygas bei siekiant suderinti valstybių narių taisykles, taikomas pacientų judumui, 2011 m. priimta Direktyva⁸ – vienas reikšmingiausių ES teisės aktų. Direktyva, skirta sveikatos priežiūros sričiai, siekiama sudaryti didesnes galimybes valstybių narių pacientams gauti sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse, nei jie yra apdrausti sveikatos draudimu. Direktyvos įgyvendinimo nuostatos valstybėje narėje turi būti derinamos su veikiančiais ES reglamentais dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo ir įgyvendinti ETT praktikoje suformuluotas taisykles, numatančias sveikatos sistemų tvarumo bei pacientų interesų derinimo kriterijus nacionalinėje teisėje. Direktyvoje pabrėžiama, jog nors, viena vertus, gerbiant kiekvienos valstybės narės pasirinkimo laisvę spręsti, kokio pobūdžio sveikatos priežiūra laikoma tinkama, ES imasi iniciatyvos užtikrinti su teisėmis susijusį aiškumą ir teisinį tikrumą ES piliečiams, keliaujantiems iš vienos valstybės į kitą.

Apibendrinant galima teigti, jog ES valstybės narės yra įpareigosotos taikyti teisineis ir organizacinėmis priemonėmis, užtikrinančias pacientų teisę bet kurioje ES valstybėje narėje gauti jiems kompensuojamą tiek skubią, tiek planinę sveikatos priežiūros paslaugą. Šiomis priemonėmis siekiama didinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą tiek pacientui persikėlus į kitą šalį darbo ar kitais tikslais, tiek siekiant gauti reikiamą sveikatos priežiūros paslaugą, jei ji laiku neprieinama paciento draudimo šalyje. ETT praktikoje įtvirtinama, jog tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimui yra taikomas Sutarties dėl ES veikimo 56

⁵ Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas (EB) Nr. 883/2004 dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo OL L 166, 2004-04-30.

⁶ ETT byla C-120/95 *Nicolas Decker v Caisse de maladie des employés privés*; ETT byla C-158/96 *Raymond Kohll v Union des caisses de maladie*.

⁷ ETT byla C-385/99 *V.G. Müller-Fauré v Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA and E.E.M. van Riet v Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen*; ETT byla C-157/99 *B.S.M. Geraets-Smits v Stichting Ziekenfonds VGZ and H.T.M. Peerbooms v Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen*; ETT byla C-372/04 *The Queen, on the application of Yvonne Watts v Bedford Primary Care Trust and Secretary of State for Health*.

⁸ Žr. 10 nuorodą.

str., o ES valstybės narės turi atitinkamai organizuoti tokių sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir sveikatos draudimo sistemas nemanydamos, kad toks reikalavimas pažeidžia Sutarties dėl ES veikimo 168 straipsnio 5 dalį, suteikiančią kompetenciją valstybėms narėms valdyti ir organizuoti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Direktyvos įgyvendinimas, derinamas su socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentais, turi padidinti pacientų galimybes greičiau gauti jiems būtiną kokybiškesnę sveikatos priežiūros paslaugą neapsiribojant draudimo valstybės teritorija.

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO KRITERIJAI ES TEISĖJE

Sveikatos priežiūros kokybės klausimas yra nuolat aktualus valstybėse, kuriose net ir labiausiai išvystyta sveikatos sistema, nes nuolat kinta visuomenės sveikatos rodikliai, su jais susijusių poreikių ir sveikatos priežiūros organizavimo bei finansavimo užtikrinimo klausimai. Kadangi Pasaulio sveikatos organizacija siūlo sveikatos priežiūros kokybės sąvoką apibrėžti visos sveikatos sistemos ir jos veiklos rezultatų atžvilgiu, sveikatos priežiūros kokybė suskirstoma į keletą dimensijų: rezultatyvumo, efektyvumo, prieinamumo, priimtimumo / orientacijos į pacientą, teismo ir saugumo⁹. Įvairiuose moksliniuose tyrimuose detaliam analizuojami sveikatos priežiūros paslaugų kokybės, kartu ir prieinamumo, kaip vieno iš kokybės rodiklių, aspektai. Prieinamumo dimensija neabejotinai susijusi tiek su organizacijos lygmens veiklos vadyba, tiek su valstybės politika planuojant išteklius ir nustatant teisinio reguliavimo apimtį. Taigi sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, kaip viena iš sveikatos priežiūros paslaugų kokybės dimensijų, yra kompleksinė sąvoka, o prieinamumo kriterijai (sveikatos priežiūra prieinama laiku, prieinama geografiškai ir teikiama turint pakankamų gebėjimų bei išteklių)¹⁰ gali būti analizuojami politiniais, ekonominiais, vadybiniais, teisiniais ir kt. aspektais.

Teisėje prieinamumo sąvoka nėra vienareikšmiškai apibrėžta ar detalizuota, nes jai būdingas tarpdiscipliniškumas, autoriai siekia ją atskleisti per kokybės kriterijus ir su jais susijusių reikalavimų, įtvirtintų teisės aktuose bei teismų praktikoje, analizę. Tokią situaciją lemia tai, jog veiksniai, darantys įtaką sveikatos priežiūros prieinamumui, yra glaudžiai susiję, todėl prieinamumas negali būti pagerintas be sisteminės sveikatos priežiūros reformos, taip pat reikia įtraukti ir kitus sektorius.¹¹ Atitinkamai sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo sąvokos kompleksiskumas atsispindi mokslinėje literatūroje, teisės aktuose ir teismų praktikoje.

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą laikant vienu iš kokybiškos sveikatos priežiūros kriterijų ir siekiant įvertinti šio kriterijaus teisinį įtvirtinimą ES teisėje, verta pažymėti, kad ES 1992 m. Maastrichto sutarties 129 straipsnyje buvo teisiškai įtvirtinta Europos Bendrijos kompetencija siekiant sveikatos apsaugos kokybės ir šio klausimo sisteminius pobūdį numatant, kad Bendrija prisideda prie žmonių sveikatos aukšto lygio apsaugos užtikrinimo skatindama valstybių narių bendradarbiavimą ir prirėmus remdama jų veiksmus. „[...] Sveikatos apsaugos

⁹ World Health Organisation, red. *Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems*. Geneva: WHO, 2006.

¹⁰ Ten pat.

¹¹ Ten pat.

reikalavimai yra kitų Bendrijos politikos sričių sudedamoji dalis¹². Amsterdamo sutartimi¹³ 1999 m. papildomai nustatyta, kad Europos Bendrijos valstybės narės yra atsakingos už sveikatos paslaugų ir sveikatos priežiūros organizavimą bei teikimą, Lisabonos sutartimi¹⁴ įteisinti ES pagrindinių teisių chartijos 35 str. numatyti reikalavimai, jog kiekvienas asmuo turi teisę į profilaktiką ir gydymą, o apibrėžiant ir vykdant visą Sąjungos politiką bei veiklą, užtikrinamas aukštas žmonių sveikatos apsaugos lygis.¹⁵

Taigi, ES valstybių narių sveikatos sistemų organizavimas, finansavimas ir reguliavimas iš esmės paremtas subsidiarumo principu, tai įtvirtinta ES sutartyse. Tačiau ES teisės viršenybės ir tiesioginio poveikio principai taip pat veikia sveikatos santykių teisinį reguliavimą, nes sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, nors ir išskirtinė sritis, iš esmės pagrįsta solidarumo principo įgyvendinimu, yra neišvengiamai susijusi su bendros paslaugų ir produktų rinkos ES veikimu. Autoriai, analizuojantys konkurencijos teisės ES įtaką sveikatos sistemų veikimui, teigia, kad kadangi ES teisės normos, reguliuojančios laisvosios rinkos principus, skirtingai nei socialinės politikos tikslus įtvirtinantys teisės aktai, yra aiškiai apibrėžtos ir įgyvendinamos, valstybių narių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemos nėra saugios nuo laisvosios rinkos principų taikymo ir konkurencijos taisyklių taikymo jų atžvilgiu.¹⁶ Todėl manytina, kad detalesnis ir aiškesnis sveikatos priežiūros paslaugų teikimo principų bei sąlygų įtvirtinimas teisės aktuose apsaugotų sveikatos sistemas nuo joms ne visada palankaus bendrųjų ES rinkos principų taikymo, nes, esant neaiškiam, nepakankamam ar nepagrįstai paciento teises varžančiam teisiniam reguliavimui ES valstybėse narėse, ETT sprendimams pacientų keliamose bylose dėl sveikatos priežiūros prekių ar paslaugų, gautų ne savo draudimo valstybėje, kompensavimo pirmiausia taiko laisvosios rinkos principus.

Kaip jau buvo minėta, ES reglamentai, įtvirtinantys socialinės apsaugos sistemų koordinavimą, nustatė draudimo kompensuojamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo kriterijų, kurį vertinant gali būti išduodamas arba neišduodamas leidimas išvykti gydytis į kitos valstybės narės teritoriją: sveikatos būklės nulemtą mediciniškai pagrįstą laikotarpį, per kurį pacientui reikia gauti sveikatos priežiūros paslaugą. Tad siekiant, kad leidimai būtų išduodami pagrįstai, valstybėje narėje turi taikomos aiškiai nustatytos diagnostikos ir gydymo metodikos, leidžiančios ne tik įvertinti paciento išvykimo gydytis į kitą valstybę narę būtinybę, bet ir teisės aktais įpareigojus jų laikytis teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas valstybėje narėje užtikrinti tam tikro sveikatos priežiūros paslaugų kokybės standarto laikymąsi.

Sprendamas draudimo apmokamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ES klausimus, ETT taip pat suformulavo sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo ir valstybių narių atsakomybės sąlygas, susijusias su sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu – medicininį būtinumą, tokį pat arba vienodai veiksmingą gydymą ir nepagrįstą delsimą.¹⁷ Nors šie ETT sprendimai turėjo įtakos Direktyvos priėmimui ir perkėlimui į valstybių narių nacionalinę teisę, bet minėtos sąvokos Direktyvoje nebuvo apibrėžtos, tai palikta valstybių narių

¹² Europos Bendrijos steigimo sutartis (Suvestinė redakcija 1992) OL 224, 1992-08-31.

¹³ Žr. 6 nuorodą.

¹⁴ Lisabonos sutartis, iš dalies keičianti Europos Sąjungos sutartį ir Europos Bendrijos steigimo sutartį OL C306 2007-12-17.

¹⁵ Europos Sąjungos Pagrindinių teisių chartija OL C 202 2016-06-06.

¹⁶ E. Mossialos and J. Lear. “Balancing Economic Freedom against Social Policy Principles: EC Competition Law and National Health Systems”, *Health Policy*, 106 (2) 2, 2012, p. 127–137.

¹⁷ Žr. 20 nuorodą C-157/99 *Geraets - Smits and Peerbooms* ir C-372/04 *Watts*.

kompetencijai. Todėl manytina, kad reikalingas kuo didesnis teisinis apibrėžtumas reguliuojant asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą nacionaliniu lygmeniu, nes paliekant galimybę kokybės ir prieinamumo kriterijus interpretuoti teisiniuose ginčiuose, didėja tikimybė, jog, ginčui pasiekus ETT, sprendimuose ir toliau bus įtvirtinama daugiau privalomų, tačiau ne visoms valstybėms narėms pasiekiamų ir priimtinių sveikatos priežiūros prieinamumo turinio reikalavimų. Tą įrodo ir po Direktyvos perkėlimo ETT sprendžiami pacientų judumo užtikrinimo klausimai, kai, valstybei delsiant išduoti išankstinį leidimą išvykti planinės operacijos, teismas *Petru* byloje¹⁸ pripažino, kad leidimas privalo būti išduotas, jei valstybėje teikiama sveikatos priežiūra yra neprieinama laiku, atsižvelgiant į infrastruktūros bei medicininių išteklių trūkumo ir individualius pacientės susirgimo eigos aspektus. Toks sprendimas ypač reikšmingas valstybėms narėms, susiduriančioms su sveikatos sistemos finansavimo sunkumais. Kadangi pacientai siekia pasinaudoti tarpvalstybinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis norėdami laiku gauti geresnės kokybės paslaugas, tad tikėtina, jog ETT toliau detalizuos sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo sąvokas ir taip nustatys naujas pacientų judumo taisykles.¹⁹

Direktyvoje, kuria siekiama suvienodinti ES teisės ir ETT suformuluotų taisyklių laikymąsi valstybėse narėse teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, nustatyta, jog vienas iš principų, kurių turi būti laikomasi teikiant tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugas, yra prieigos prie kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų principas, be to, privaloma laikytis gydymo valstybės narės nustatytų kokybės bei saugos standartų.²⁰ Taip pat nurodoma, jog ES valstybės narės turėtų užtikrinti, kad pacientams, planuojantiems atvykti, kad gautų planinių sveikatos priežiūros paslaugų, būtų teikiama informacija apie valstybėje narėje įtvirtintus kokybės standartus, ir įpareigoti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus, esant pacientų prašymui, teikti informaciją apie konkrečioje įstaigoje teikiamas paslaugas. Valstybės narės turėtų šiuos standartus sistemingai ir nuolat tobulinti, atsižvelgdamos į medicinos mokslų pažangą, pažangiąją medicinos praktiką ir naujas sveikatos priežiūros technologijas.²¹

Vadinasi, tinkamai įgyvendinant Direktyvą ir siekiant padėti pacientams pagrįstai pasirinkti jiems palankiausią gydymosi valstybę, nacionalinėje teisėje turi būti įtvirtinti ir nuolat tobulinami sveikatos priežiūros paslaugų kokybės standartai, kurie būtų vienodai taikomi tarpvalstybinių ir valstybės narės draudimu apdraustų pacientų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui nacionalinėje sveikatos sistemoje užtikrinti bei vertinti. Tuo tikslu, taip pat siekdamas efektyvaus ir subalansuoto pacientų judumo, valstybės narės turi dalytis gerąja praktika ir siekti efektyviai koordinuoti sveikatos priežiūros paslaugas, ypač bendradarbiauti užtikrindamos interesus pacientų, labiausiai suinteresuotų pasinaudoti tarpvalstybinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis: sergančių retomis ligomis, gyvenančių pasienio zonose.

Todėl, siekiant įgyvendinti ES teisę ir ETT praktiką atitinkančias sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo sąlygas, tikslinga valstybėse narėse įtvirtinti aiškias ir detalias taisykles, nustatančias, kaip ir kokias paslaugas pacientas gali gauti valstybėje narėje, kiek jos bus kompensuojamos iš valstybės ar privalomojo sveikatos draudimo, kokia tvarka pacientas gali išvykti į kitą valstybę, kad gautų jam reikiamų kompensuojamų paslaugų ar prekių. Valstybės

¹⁸ ETT byla C-268/13 *Elena Petru v Casa Jude Neană de Asigurări de Sănătate Sibiu and Casa Națională de Asigurări de Sănătate*.

¹⁹ M. Frischhut and R. Levaggi, “Patient Mobility in the Context of Austerity and an Enlarged EU: The European Court of Justice’s Ruling in the Petru Case”, *Health Policy*, 119 (10), 2015, p. 1293–1297.

²⁰ Žr. 10 nuorodą, 4 str.

²¹ Žr. 10 nuorodą, 29, 20 ir 22 punktai.

turėtų ne tik aiškiai sureguliuoti paslaugų teikimo tvarką, kokybės standartus, bet ir numatyti procedūras bei priemones, padedančias tiek valstybėje apdraustam, tiek atvykstančiam iš kitos valstybės narės pacientui kiek įmanoma paprasčiau įgyvendinti savo teises ir jas apginti. Tai ne tik gali sumažinti skundų ir brangių teisminių ginčų nagrinėjimo procesų, bet ir ETT precedentų, plėtojančių ne visoms valstybėms narėms priimtinius, tačiau visoms vienodai taikomus sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybės ir prieinamumo standartus, skaičių.²²

Organizuojant, finansuojant bei reguliuojant sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, Europos Komisija skatina tolimesnes ES valstybių narių diskusijas ir bendradarbiavimą tobulinant sveikatos sistemas, ragina siekti efektyvių, prieinamų ir lanksčių sveikatos priežiūros sistemų. Europos Komisijos komunikate vertinant sveikatos sistemų veikimą po ekonominės krizės, sveikatos priežiūros prieinamumą siūloma vertinti pagal sveikatos draudimo aprėptį, aprėpties turinį (paslaugų krepšelį) ir galimybes paslaugomis naudotis atstumo ir laiko požiūriu. Europos sveikatos vadybos asociacijos projekte *Health ACCESS* (2004–2006) būtent šie aspektai buvo tiriami kaip galimai sudarantys didžiausių kliūčių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui. Kad ES valstybėse narėse būtų kuo didesnis sveikatos priežiūros prieinamumas, atitinkamai viena iš sričių, kuriai Europos Komisija ragina valstybes nars skirti daugiau dėmesio, yra pacientų judumas ir su tuo susijusios reguliavimo bei organizacinės priemonės, suteikiančios galimybę greičiau gauti reikiamą sveikatos priežiūros paslaugą.

Taigi ES politika ir teisė, ETT praktika įtvirtina nuostatas, jog ES valstybės narės privalo bendradarbiauti ir siekti visiems gyventojams užtikrinti visuomenės poreikius atitinkantį aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Sveikatos sistemos veikimo ir daugumos teikiamų paslaugų išskirtinumas iš esmės grindžiamas tokių paslaugų gavėjų – pacientų pažeidžiamumu, todėl labai svarbu aiškiai ne tik nustatyti jų teises, bet ir įtvirtinti prieinamus pacientų teisių gynimo būdus.²³ Taip pat svarbu, kad sveikatos sistemos veikimo principai būtų pakankamai aiškūs ir skaidrūs, kad neliktų tik deklaratyviais siekais politiniuose dokumentuose; jų įgyvendinimą užtikrinantys įsipareigojimai bei kontrolės mechanizmai privalo būti įtvirtinti teisės aktuose.

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO REGULIAVIMAS LIETUVOJE

Lietuvoje sveikatos priežiūros prieinamumo pagrindus įtvirtina LR Konstitucija. Jos 53 straipsnyje įtvirtinta, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus.²⁴ Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas sprendime dėl Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo nuostatų išaiškinimo pabrėžia, jog, interpretuojant konstitucinių vertybių tarpusavio ryšį, Konstitucija garantuoja gyvybiškai būtiną valstybės biudžeto lėšomis finansuojamą medicinos pagalbą, o didesnė tokios pagalbos apimtis gali būti nustatyta, tik jei „tai atitinka valstybės finansines

²² S. L. Greer, “Avoiding Another Directive: The Unstable Politics of European Union Cross-Border Health Care Law”, *Health Economics, Policy and Law*, 8 (4), 2013, p. 415–421.

²³ European Union, red. *Inequalities and Multiple Discrimination in Access to and Quality of Healthcare. Equality*. Luxembourg: Publ. Off. of the European Union, 2013.

²⁴ 1992-10-25 Lietuvos Respublikos Konstitucija, Žin. (1992-11-30, Nr. 33-1014).

galimybes, t. y. jeigu valstybės biudžetui neužkraunama šių galimybių neatitinkanti našta, dėl kurios valstybė negalėtų įgyvendinti kitų savo funkcijų arba jai taptų daug sunkiau jas vykdyti.“²⁵

Sveikatos priežiūros prieinamumo sąvoką apibrėžia LR sveikatos sistemos įstatymas. Pirmojoje šio įstatymo redakcijoje 1994 m. buvo apibrėžta ir dabar galiojanti sveikatos priežiūros prieinamumo sąvoka, nurodanti, kad „sveikatos priežiūros prieinamumas – tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei.“²⁶ 1998 m. patvirtintoje naujoje šio įstatymo redakcijoje sąvoka nepakito, bet šioje redakcijoje panaikintas įpareigojimas LR Vyriausybei nustatyti asmens sveikatos priežiūros prieinamumo rodiklius, analogiškas reikalavimas perkeltas į asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų teikimą reguliuojančius teisės aktus.

1996 m. LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme numatyta pacientų teisė į prieinamą sveikatos priežiūrą. Ji apibrėžiama kaip nemokama sveikatos priežiūra ir neatidėliojamai suteikiama būtinoji pagalba²⁷. 2004 m. Pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymo redakcijoje apibrėžiama kokybiškos sveikatos priežiūros sąvoka, tačiau tiek kokybės, tiek prieinamumo kriterijai joje nenustatyti, o pateiktos nuorodos į kitus LR įstatymus ir teisės aktus.²⁸ Vėliausia, 2009 m., redakcija įtvirtina pacientų teisę į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, jų rodikliai ir turinio reikalavimai turėtų būti nustatyti sveikatos apsaugos ministro, o praplečiant kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų sąvokos apibrėžimą, įstatyme numatyta, jog kokybiškos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, visų pirma yra prieinamos, taip pat suteikiamos tinkamo specialisto ar jų komandos tinkamu laiku ir tinkamoje vietoje.²⁹ Taigi įstatymų leidėjas tikslina sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo sąvokų apibrėžimą, šiuos sveikatos sistemos veikimo aspektus įtvirtina ne tik kaip valstybės įsipareigojimą organizuojant sveikatos priežiūrą, bet ir kaip pacientų teisę.

Iš jau aptartų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės bei prieinamumo sąvokų matyti, kad jos apibrėžiamos skirtingai. Nors mokslinėje literatūroje prieinamumas vertinamas kokybės dimensija, teisės aktuose ir teismų praktikoje nustatytose sveikatos priežiūros prieinamumo sąvokose aptinkame kitų kokybės dimensijų aspektų, tokių kaip tinkamumas, efektyvumas. Atsižvelgiant į apibrėžimų skirtumus, skiriasi ir vertinimo kriterijai, kuriais siūloma vertinti sveikatos priežiūros prieinamumą ir įtvirtinti atsakomybę dėl tokių kriterijų užtikrinimo. Kaip minėta, ES lygmeniu galima išskirti prieinamumo kriterijų, nustatytą teisės aktuose ir ETT praktikoje – sveikatos būklės nulemtą mediciniškai pagrįstą laikotarpį, per kurį pacientui reikia gauti sveikatos priežiūros paslaugą. LR įstatymuose randama daugiau interpretacijos reikalaujančių kriterijų: ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą arba specialistų, vietos ir laiko tinkamumą.

Direktyvos įgyvendinimas ir tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų užtikrinimas suformuluoja būtinybę patvirtinti aiškius sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybės

²⁵ 2014-02-26 Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo sprendimas dėl Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo nuostatų išaiškinimo, TAR (2014-02-27, Nr. 2176).

²⁶ 1994-07-19 LR sveikatos sistemos įstatymas Nr. 63-1231, Žin. (1994-08-17), 144 str.

²⁷ 1996-10-03 LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas Nr. I-1562, Žin. (1996-10-23, Nr. 102-2317).

²⁸ 2004-07-13 LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas Nr. IX-2361, Žin. (2004-07-24, Nr. 115-4284).

²⁹ 2009-11-19 LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas Nr. XI-499, Žin. (2009-12-08, Nr. 145-6425).

standartus. Direktyvos perkėlimas ir ETT praktika, įtvirtinanti teisinio reglamentavimo principus, suteikiančius teisę gauti savalaikes sveikatos priežiūros paslaugas užsienio ES valstybėje narėje, paskatino nacionalinių teisės aktų priėmimą, kuriais nacionalinės sveikatos sistemos viduje nustatomos priemonės siekiant trumpiausio įmanomo laiko, per kurį pacientas turi teisę gauti jam būtiną sveikatos priežiūros paslaugą. Siekiant sutrumpinti sveikatos priežiūros paslaugų laukimo laiką, Lietuvoje įstatymų leidėjas pirmiausia pasirinko atsakomybės taikymo pacientams priemones. 2009 m. LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo redakcijoje įtvirtintos pacientų pareigos, jos 2015 m. buvo papildytos įtvirtinant nuostatą, jog užsiregistravęs, bet nustatytu laiku negalintis atvykti pacientas privalo iš anksto informuoti sveikatos priežiūros įstaigą. Taigi laikoma, jog neatvykęs ir apie tai iš anksto nepranešęs pacientas trukdo kitiems pacientams laiku gauti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, ir paslaugų teikimas jam gali būti nutrauktas, išskyrus būtinąsias pagalbos atvejus.³⁰ Manytina, kad tokios atsakomybės taikymas pacientui privalo būti užtikrintas naudojantis bendra ir sklandžia registracijos bei informacijos apsikeitimo tarp sveikatos priežiūros įstaigų ir kontroliuojančių institucijų sistema, kitaip ši įstatymo nuostata negali būti efektyviai įgyvendinta. Nepaisant galimų praktinio teisės normos taikymo nesklaidumų, galima teigti, jog ši pacientų atsakomybę įtvirtinanti nuostata yra aiškus įstatymo leidėjo žingsnis link atsakingo pacientų įsitraukimo į sveikatos priežiūros paslaugos teikimo procesą skatinimo ir atsakomybės tiek už savo pačių sveikatą, tiek už sklandžią sveikatos sistemos veikimą didinimo, ko iki šiol buvo pasigendama Lietuvoje solidarumo principu grindžiamuose sveikatinimo santykiuose.³¹ Tačiau ši nuostata, kuria siekiama sutrumpinti eiles laukiant sveikatos priežiūros paslaugų suteikimo, neįtvirtina aiškių ribų, per kokį mediciniškai pagrįstą laikotarpį pacientams turi būti suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos.

Kita teisinė priemonė, kuria siekiama sumažinti ir įtvirtinti maksimalų sveikatos priežiūros paslaugų laukimo laiką – 2016 m. priimtas ir nuo 2018 m. sausio 1 d. įsigaliojęs LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo pakeitimas, įtvirtinantis sveikatos priežiūros įstaigų finansinių rezultatų ir veiklos rezultatų vertinimo rodiklius³². Veiklos rezultatų vertinimo rodiklių sąrašas įstatyme nėra baigtinis; numatyta, kad papildomus veiklos vertinimo rodiklius nustato sveikatos apsaugos ministras. Įstatyme kartu su rezultatų rodikliais, už kurių pasiekimą nustatyti finansinio paskatinimo mechanizmai, taip pat numatomi terminai, per kuriuos pacientams turės būti suteikiamos visų lygių sveikatos priežiūros paslaugos, atlikti tyrimai ir procedūros tiek ūmių būklių, tiek ir planinės pagalbos atveju. Nors šiame įstatyme „planinė pagalba“ apibrėžiama kaip asmens sveikatos priežiūros paslauga, teikiama per mediciniškai pagrįstą laikotarpį, įstatymų leidėjas numato bendrus, pagal sveikatos priežiūros paslaugų lygius, o ne medicininį pagrįstumą suskirstytus maksimalius paslaugos suteikimo terminus, kuriuos viršijus, už per vėlai suteiktą paslaugą sveikatos priežiūros įstaigai mažinamas apmokėjimas iš Privalomojo sveikatos

³⁰ Ten pat, 12 str.

³¹ I. Špokienė, „Solidarumo principo turinys ir vaidmuo sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo srityje“, *Jurisprudencija*, 3 (121), 2010, p. 328–348; I. Špokienė, „Lietuvos teisės aktuose asmeniui ir valstybei adresuotų pareigų „rūpintis sveikata“ teisinis vertinimas“, *Sveikatos politika ir valdymas*, 1 (4), 2012, p. 7–23; L. Murauskienė et al., „Lithuania: health system review“, *Health Systems in Transition*, 15 (2), 2013, p. 1–150; J. Januševičienė, „Paciento pareiga rūpintis savo sveikata kaip teisės į sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo sąlyga“, *Teisė*, 104, 2017, p. 184–197.

³² 2016-06-19 LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2, 45 straipsnių pakeitimo ir Įstatymo papildymo 15-2, 15-3 straipsniais įstatymas Nr. XII-2538, TAR (2016-07-14, Nr. 20556).

draudimo fondo.³³ Šią sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo didinimo priemonę sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai vertino labai nepalankiai. Jų manymu, tokių reikalavimų įgyvendinti praktiškai neįmanoma dėl per mažo specialistų skaičiaus ir jų netenkinančio darbo užmokesčio, todėl įstatymų leidėjas, prieš įsigaliojant minėtai nuostatai, metams atidėjo šios įstatymo nuostatos taikymą³⁴, kol bus sprendžiami sveikatos priežiūros sektoriaus finansavimo didinimo ir kiti su įgyvendinimu susiję klausimai.

Medicininio pagrįstumo reikalavimas Lietuvos teisės aktuose nustatant ir vertinant laikotarpio, per kurį gaunamos sveikatos priežiūros paslaugos, ribas atitinka ES teisės normų ir ETT praktikoje nustatytus principus, įtvirtintus Direktyvoje. Direktyvos įgyvendinimas Lietuvoje formaliai įvykdytas įstatyme nustačius³⁵ ir ministro įsakymu pavirtinus tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo tvarką³⁶, pavedus tarpvalstybinės sveikatos priežiūros nacionalinio kontaktnio centro funkcijas vykdyti Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai ir Valstybinei ligonių kasai prie LR sveikatos apsaugos ministerijos³⁷. Nacionaliniai kontaktniai centrai privalo skelbti ir teikti informaciją pacientams tarpvalstybinės sveikatos priežiūros klausimais, taip pat ir apie LR nustatytus sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir saugos standartus, ES teisės aktus dėl kokybės ir saugos standartų.³⁸

Pateikti tokią informaciją kol kas gana sudėtinga, nes teisės normomis nustatyta tik nedidelė dalis diagnostikos ir gydymo metodikų, kurios gali būti patvirtintos bendro pobūdžio arba atskiroms sveikatos būklėms skirtuose LR Vyriausybės nutarimuose ir sveikatos apsaugos ministro įsakymuose³⁹. Tokią teisinio netikrumo situaciją iš dalies išsprendžia, bet kartu ir nulemia sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka, jog kiekviena sveikatos priežiūros įstaiga privalo užtikrinti tinkamą asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymą ir gerinimą, tarp kitų užtikrinimo priemonių, nesant šalies mastu parengtų ir patvirtintų atitinkamos srities diagnostikos ir gydymo metodikų ar slaugos protokolų, pasirengti rizikingiausių pacientų saugai toje įstaigoje taikomus diagnostikos ir gydymo ar slaugos protokolus, skirtus įstaigoje teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei užtikrinti.⁴⁰

Tačiau, esant tokiai sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo teisinio reguliavimo situacijai, pastebima ir aktyvesnio poįstatyminių teisės aktų rengimo bei įtvirtinimo

³³ Ten pat.

³⁴ 2017-12-19 LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2, 45 straipsnių pakeitimo ir Įstatymo papildymo 15-2, 15-3 straipsniais įstatymo Nr. XII-2538 2, 3 ir 5 straipsnių pakeitimo įstatymas, TAR (2017-12-27, Nr. 21326).

³⁵ Žr. 39 nuorodą, 12 (1) str.

³⁶ 2013-10-15 LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-957 Dėl tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo tvarkos aprašo patvirtinimo, Žin. (2013-10-19, Nr. 110-5471).

³⁷ 2013-06-27 LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-648 Dėl tarpvalstybinės sveikatos priežiūros nacionalinio kontaktnio centro funkcijų vykdymo, Žin. (2013-07-01, Nr. 70-3542).

³⁸ Ten pat, 1.1.5.4 punktas.

³⁹ 2009-07-01 LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-536 Dėl sezoninio gripo bei gripo, sukkelto naujo viruso potipio (pandeminio gripo), diagnostikos, gydymo ir profilaktikos antivirusiniais vaistais metodikų patvirtinimo, Žin. (2009-07-14, Nr. 83-3455). 2008-04-29 LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo Nr. V-338, Žin. (2008-05-10, Nr. 53-1992); 2014-04-23 LR Vyriausybės nutarimas Dėl apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto asmens sveikatos priežiūros paslaugų kriterijų sąrašo patvirtinimo, TAR (2014-04-28, Nr. 4811).

⁴⁰ Ten pat, 2008-04-29 LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas.

tendencija. Naujų teisės aktų priėmimo prielaidos nėra tiesiogiai siejamos su tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo didinimu, bet neabejotina, kad joms daro įtaką didėjantis Lietuvos sveikatos sistemos koordinavimas su ES sveikatos priežiūros politika ir siekis užtikrinti tarptautiniu mastu pripažįstamus standartus. Viena iš detalesnio sveikatos priežiūros paslaugų kokybės standartų reglamentavimo valstybės lygmeniu priežastimi taip pat gali būti laikoma didėjanti valstybės kontrolė. Pavyzdžiui, valstybės kontrolei įvertinus onkologinių ligonių sveikatos priežiūrą Lietuvoje, ataskaitos pagrindu buvo parengtas LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas, nustatantis onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo paslaugų prieinamumo ir kokybės rodiklių bei jų stebėsenos tvarkos aprašą.⁴¹ Atkreiptinas dėmesys, kad paslaugos prieinamumo rodikliai šiame apraše atskirti nuo kitų kokybės rodiklių ir matuojami dienomis, o rezultato priimtinumą siejamas tik su laukimo gauti paslaugas ir gulėjimo stacionare iki chirurginės operacijos dienų skaičiaus mažinimu.⁴² Taip pat universalių rodiklių valstybės mastu patvirtinimą skatina siekis pagrįstai įvertinti ES lėšų, skirtų sveikatos sistemai finansuoti, panaudojimo efektyvumą.⁴³

Bet kol kas didžiausią impulsą patvirtinti daugiau visuotinai valstybės mastu taikytinų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo standartų paskatino 2015 m. kvietimas Lietuvai pradėti stojimo į Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizaciją (toliau – EBPO) procesą. EBPO nuo 2001 m. skiria daug dėmesio sveikatos priežiūros kokybės vertinimui, projekte „Sveikatos priežiūros kokybės rodikliai“ suformulavo ir tobulina kokybės rodiklius, pagal kuriuos būtų galima tarptautiniu mastu lyginti sveikatos priežiūros paslaugų sistemų veikimą. Šie rodikliai atskleidžia daugiau sistemos veiklos aspektų nei vien kiekybiškai skaičiuojami ir su sveikatos sistemos veikimo efektyvumu siejami sveikatos rodikliai, todėl yra patikimas įrankis vienesniam tarpvalstybiniam kokybės reguliavimui ir kontrolei.⁴⁴ Pripažįstant, kad Lietuvoje iki šiol patvirtinta tik maža dalis EBPO nustatytų rodiklių, ir suprantant būtinybę plėsti sveikatos priežiūros kokybei įvertinti naudojamų rodiklių sąrašą, 2017 m. sveikatos apsaugos ministras patvirtino asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programą ir 2018–2020 m. įgyvendinimo priemonių planą.⁴⁵ Programoje, remiantis Direktyvos įgyvendinimo tikslais, nurodoma, jog „visuomenei reikalinga informacija apie tai, kokios paslaugų kokybės galima tikėtis, kokie galimi tolesni sveikatos priežiūros rezultatai, nes tai lemia teisingą pasirinkimą, kam patikėti savo sveikatą ir gyvybę susirgus“. Programos įgyvendinimo priemonių plane įsipareigojama 2018 m. parengti sveikatos apsaugos ministro įsakymą, numatantį rizikingiausių asmens sveikatos priežiūros įstaigose atliekamų procedūrų sąrašą, įpareigojant įstaigas pasirengti ir patvirtinti diagnostikos ir gydymo protokolus šioms procedūroms vykdyti. Taip pat

⁴¹ 2017-02-17 LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl Onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo paslaugų prieinamumo ir kokybės rodikliai ir jų stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo Nr. V-156, TAR (2017-02-20, Nr. 2787).

⁴² Ten pat, 3 punktas.

⁴³ L. Murauskienė and M. Karanikolas. “The Role of the European Structural and Investment Funds in Financing Health System in Lithuania: Experience from 2007 to 2013 Funding Period and Implications for the Future”, *Health Policy*, 121 (7), 2017, p. 727–730.

⁴⁴ F. Carinci et al., “Towards Actionable International Comparisons of Health System Performance: Expert Revision of the OECD Framework and Quality Indicators”, *International Journal for Quality in Health Care*, 27 (2), 2015, p. 137–146.

⁴⁵ 2017-11-15 LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-1292 patvirtinta asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programa ir 2018–2020 m. įgyvendinimo priemonių planas., TAR (2017-11-16, Nr. 18130).

įsipareigojama 2020 m. įgyvendinti ES finansuojamą projektą „Gerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, reglamentuojant chirurgijos, endokrinologijos, onkologijos, radiologijos, psichiatrijos ir priklausomybių ligų diagnostikos, gydymo ir slaugos metodikas (protokolus)“, kurio metu bus sukurtos pavyzdinės diagnostikos, gydymo ir slaugos metodikos (protokolai). Atkreiptinas dėmesys, kad ir toliau numatomas įpareigojimas sveikatos priežiūros įstaigoms pritaikyti arba parengti metodikas bei protokolus pagal įstaigoje teikiamų paslaugų ypatumus ir kokybės vadybos sistemas, tačiau vietoj dabar galiojančių minimalių reikalavimų siekiama sukurti ir patvirtinti detalesnius valstybinio lygmens reikalavimus, įgalinančius didesnę standartų universalumą, koordinavimą ir kontrolės galimybes.

Tokia ES teisinio reguliavimo apimtis ir nacionalinių teisės aktų raida rodo, kad Lietuvoje įstatymų leidėjas siekia detalizuoti kokybės ir prieinamumo rodiklius, įtvirtinti sąlygas tiek sveikatos priežiūros įstaigų, tiek ir pacientų atsakomybės taikymui už efektyvų pacientų srautų administravimą. Iš analizės taip pat matyti tendencija, kad įpareigojimais sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimo tikslams įgyvendinti iš esmės numatomi sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams, todėl pasigendama sistemiškumo, valstybės lygmens koordinavimo ir kontrolės efektyvumo. O valstybės lygmeniu nustatomų teisės normų įtvirtinimo ir taikymo atveju susiduriama su tokių reikalavimų įgyvendinimo sudėtingumu ir juos įgyvendinančių subjektų pasipriešinimu, kai šių klausimų reguliavimas sprendžiamas atskirai nuo sveikatos priežiūros sistemos finansavimo didinimo ir kitų kompleksinių priemonių, įgalinančių išspręsti pacientų informuotumo, sveikatos informacijos valdymo, pakankamo sveikatos priežiūros specialistų skaičiaus ir jų darbo užmokesčio problemas.

IŠVADOS

1. ES valstybėse narėse ES teisės sveikatos priežiūros paslaugų srityje įgyvendinimo ypatumai ir ETT praktika rodo, kad nacionalinio reguliavimo neapibrėžtumas ar nepakankamumas skatina precedentų kūrimą, jie skatina naujus iššūkius organizuojant sveikatos sistemą ir teikiant sveikatos priežiūros paslaugas. Tai ypač aktualu naujoms ES valstybėms narėms, kuriuose sveikatos sistemos finansavimas nėra pakankamas, kad būtų teikiamos visai visuomenei prieinamos aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugos. Todėl, laikantis ES teisėje ir ETT praktikoje nustatytų kriterijų ir įgyvendinant juos įtvirtinančią Direktyvą, būtina užtikrinti pacientų teisę rinktis sveikatos priežiūros paslaugų teikėją be nepagrįstų suvaržymų ir sudarant galimybę pacientui pasirinkti paslaugų teikėją, t. y. aiškiai reglamentuoti bei teikti informaciją apie valstybėse taikomus sveikatos priežiūros paslaugų teikimo standartus.
2. ES teisėje nėra galimybių įtvirtinti universalių tarptautinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo standartų dėl skirtingo ES valstybių narių sveikatos sistemų organizavimo, finansavimo ir sutartimis apribotos ES kompetencijos. Tad ES valstybės narės tokiais standartus privalo nustatyti nacionalinėje teisėje, nes to nepadarius didėja teisminių ginčų galimybė. Šiuose ginčiuose nustatomi privalomi sveikatos priežiūros paslaugų teikimo aspektai, labiau orientuojantis į bendrosios ES rinkos veikimo principus nei į skirtingus visuomeninę reikšmę turinčių

sveikatos priežiūros paslaugų užtikrinimo ypatumus kiekvienoje ES valstybėje narėje.

3. Lietuvoje daugėja valstybės mastu nustatomų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybės vertinimą ir kontrolės galimybes įtvirtinančių teisės normų. Siekiama didinti tokių teisės normų visuotinumą ir taikyti atsakomybę už jų nesilaikymą. Tačiau įgyvendinimo problemos ir nepalankus atitinkamas teisės normas įgyvendinančių subjektų požiūris taip pat rodo, kad teisinio reguliavimo priemonių pasirinkimas turi būti sprendžiamas kartu su finansavimo ir efektyvių vadybos sistemų diegimo klausimais, taip pat užtikrinant pakankamą informacijos sklaidą.

ŠALTINIŲ SĄRAŠAS

Teisės aktai

1. Amsterdamo sutartis OL C 340, 1997-11-10.
2. 1991-10-30 LR Aukščiausios Tarybos nutarimas dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo Nr. I-1939, Žin. (1991-11-30, Nr. 33-893).
3. Europos Bendrijos steigimo sutartis (Suvestinė redakcija 1992) OL 224, 1992-08-31.
4. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo OL L 88, 2011-04-04.
5. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas (EB) Nr. 883/2004 dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo OL L 166, 2004-04-30.
6. Europos Sąjungos Pagrindinių teisių chartija OL C 202 2016-06-06.
7. Lisabonos sutartis, iš dalies keičianti Europos Sąjungos sutartį ir Europos Bendrijos steigimo sutartį OL C306 2007-12-17.
8. 1996-10-03 LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas Nr. I-1562, Žin. (1996-10-23, Nr. 102-2317).
9. 2004-07-13 LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas Nr. IX-2361, Žin. (2004-07-24, Nr. 115-4284).
10. 2009-11-19 LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas Nr. XI-499, Žin. (2009-12-08, Nr. 145-6425).
11. 1992-10-25 Lietuvos Respublikos Konstitucija, Žin. (1992-11-30, Nr. 33-1014).
12. 1998-07-02 LR Seimo nutarimas dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo Nr. VIII-833, Žin. (1998-07-17, Nr. 64-1842).
13. 2002-11-12 LR Seimo nutarimas Dėl valstybės ilgalaikės raidos strategijos Nr. IX-1187, Žin. (2002-11-27, Nr. 113-5029).
14. 2008-04-29 LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo Nr. V-338, Žin. (2008-05-10, Nr. 53-1992).
15. 2009-07-01 LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-536 Dėl sezoninio gripo bei gripo, sukkelto naujo viruso potipio (pandeminio gripo), diagnostikos, gydymo ir profilaktikos antivirusiniais vaistais metodikų patvirtinimo, Žin. (2009-07-14, Nr. 83-3455).

16. 2013-10-15 LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-957 Dėl tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo tvarkos aprašo patvirtinimo, Žin. (2013-10-19, Nr. 110-5471).
17. 2013-06-27 LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-648 Dėl tarpvalstybinės sveikatos priežiūros nacionalinio kontaktinio centro funkcijų vykdymo, Žin. (2013-07-01, Nr. 70-3542).
18. 2017-02-17 LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo paslaugų prieinamumo ir kokybės rodikliai ir jų stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo Nr. V-156, TAR (2017-02-20, Nr. 2787).
19. 2017-11-15 LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-1292 patvirtinta asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programa ir 2018–2020 m. įgyvendinimo priemonių planas, TAR (2017-11-16, Nr. 18130).
20. 2016-06-19 LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2, 45 straipsnių pakeitimo ir Įstatymo papildymo 15-2, 15-3 straipsniais įstatymas Nr. XII-2538, TAR (2016-07-14, Nr. 20556).
21. 2017-12-19 LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2, 45 straipsnių pakeitimo ir Įstatymo papildymo 15-2, 15-3 straipsniais įstatymo Nr. XII-2538 2, 3 ir 5 straipsnių pakeitimo įstatymas, TAR (2017-12-27, Nr. 21326).
22. 1994-07-19 LR sveikatos sistemos įstatymas Nr. 63-1231, Žin. (1994-08-17), 144 str.
23. 2014-04-23 LR Vyriausybės nutarimas Dėl apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto asmens sveikatos priežiūros paslaugų kriterijų sąrašo patvirtinimo, TAR (2014-04-28, Nr. 4811).
24. Sutartis dėl Europos Sąjungos veikimo (suvestinė redakcija) OL C 202, 2016-06-07.
25. 1971-06-14 Tarybos reglamentas (EEB) Nr. 1408/71 dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims, savarankiškai dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, judantiems Bendrijoje, iš dalies pakeistas ir atnaujintas 1996-12-02 Tarybos reglamentu (EB) Nr. 118/97 OL L 28 1997-01-30.

Specialioji literatūra

26. Carinci F. et al., “Towards Actionable International Comparisons of Health System Performance: Expert Revision of the OECD Framework and Quality Indicators”, *International Journal for Quality in Health Care*, 27 (2), 2015, p. 137–146.
27. Elzbergas T., „Paciento teisė į sveikatos priežiūros paslaugas kitose ES valstybėse narėse“, *Socialinių mokslų studijos*, 1 (5), 2010, p. 337–364.
28. European Union, red. Inequalities and Multiple Discrimination in Access to and Quality of Healthcare. Equality. Luxembourg: Publ. Off. of the European Union, 2013.
29. Frischhut M. and R. Levaggi, “Patient Mobility in the Context of Austerity and an Enlarged EU: The European Court of Justice’s Ruling in the Petru Case”, *Health Policy*, 119 (10), 2015, p. 1293–1297.
30. Greer S. L., “Avoiding Another Directive: The Unstable Politics of European Union Cross-Border Health Care Law.”, *Health Economics, Policy and Law*, 8 (4), 2013, p. 415–421.
31. Janeckaitė R., „Sveikatos priežiūra pagal Europos Sąjungos vidaus rinkos teisę“, *Teisė*, 97, 2015, p. 135–152.

32. Januševičienė J., „Paciento pareiga rūpintis savo sveikata kaip teisės į sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo sąlyga“, *Teisė*, 104, 2017, p. 184–197.
33. Mossialos E. and J. Lear., “Balancing Economic Freedom against Social Policy Principles: EC Competition Law and National Health Systems”, *Health Policy*, 106 (2) 2, 2012, p. 127–137.
34. Murauskienė L. et al., “Lithuania: health system review”, *Health Systems in Transition*, 15 (2), 2013, p. 1–150.
35. Murauskienė L. and M. Karanikolos, “The Role of the European Structural and Investment Funds in Financing Health System in Lithuania: Experience from 2007 to 2013 Funding Period and Implications for the Future”, *Health Policy*, 121 (7), 2017, p. 727–730.
36. Sriubas M., „Paciento teisės į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas turinio ypatumai Lietuvoje“, *Teisės problemos*, 1 (79), 2013, p. 58–85.
37. Špokienė I., „Lietuvos teisės aktuose asmeniui ir valstybei adresuotų pareigų „rūpintis sveikata“ teisinis vertinimas“, *Sveikatos politika ir valdymas*, 1 (4), 2012, p. 7–23.
38. Špokienė I., „Solidarumo principo turinys ir vaidmuo sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo srityje“, *Jurisprudencija*, 3 (121), 2010, p. 328–348.
39. Tarybos išvados dėl Europos Sąjungos sveikatos sistemų bendrų vertybių ir principų OL C 146, 2006-06-22.
40. Tarybos išvados dėl bendros Ekonominės politikos komiteto ir Komisijos ataskaitos dėl ES sveikatos priežiūros sistemų (2010 m. gruodžio 7 d. ES Tarybos pranešimas spaudai. 3054-as Tarybos posėdis); Komisijos komunikatas dėl efektyvių, prieinamų ir lanksčių sveikatos priežiūros sistemų (COM2014) 215 final 2014-04-04.
41. Veršelytė A., „Pacientų teisė į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas – iliuzija ar realybė?“ Nepriklausomos Lietuvos teisė: praeitis, dabartis ir ateitis: recenzuotų mokslinių straipsnių rinkinys. Vilnius: Vilniaus universiteto Teisės fakulteto Alumni draugija, 2012, p. 712–726.
42. World Health Organisation, red. *Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems*. Geneva: WHO, 2006.

Teismų praktika

43. ETT byla C-120/95 *Nicolas Decker v Caisse de maladie des employés privés*.
44. ETT byla C-158/96 *Raymond Kohll v Union des caisses de maladie*.
45. ETT byla C-157/99 *B.S.M. Geraets-Smits v Stichting Ziekenfonds VGZ and H.T.M. Peerbooms v Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen*.
46. ETT byla C-385/99 *V. G. Müller-Fauré v Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA and E.E.M. van Riet v Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen*.
47. ETT byla C-372/04 *The Queen, on the application of Yvonne Watts v Bedford Primary Care Trust and Secretary of State for Health*.
48. ETT byla C-268/13 *Elena Petru v Casa Jude Neană de Asigurări de Sănătate Sibiu and Casa Națională de Asigurări de Sănătate*.

49. 2014 02 26 Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo sprendimas dėl Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo nuostatų išaiškinimo, TAR (2014-02-27, Nr. 2176).

SUMMARY

REGULATION TENDENCIES OF ACCESS TO INDIVIDUAL HEALTH CARE IN THE EUROPEAN UNION AND LITHUANIAN LAW

The article provides systematic analysis of EU legislation, laws and other legal acts of the Republic of Lithuania, also political documents, jurisprudence and scientific literature related to the content and legal concept of access to healthcare services and its definition.

Analysis shows, that EU Member States have the obligation to apply legal and organizational measures to ensure the rights of patients to access both urgent and planned healthcare services in the state of insurance and in other EU Member States, one of such measures can be considered implementation of the Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare, provisions of which, coordinated with the EU social security legislation, require to establish clear conditions for the provision of healthcare services. Implementation of that requirement would enable patients to make reasonable choices of the most appropriate healthcare provider, and increase patients' access to the healthcare needed without delay.

Authors argue, that, in order to implement the EU law in the field of healthcare services provision it is necessary to define in detail the legal the concept of the access to healthcare services, also to establish and enforce accessibility criteria. The concept of access to health care is difficult to define unambiguously because of it's interdisciplinarity, but nevertheless, EU Member States should not only clearly define the healthcare services accessibility standards, but also provide procedures and tools that help all patients, both domestic and coming another EU Member State, to exercise and defend their rights.

The analysis of the development of legislation in Lithuania shows tendency to adjust the definitions both of the concepts of quality and accessibility of health care services. Legislation, establishing more detailed requirements at the state level, enabling greater universality, coordination and control of health care provision criteria is being prepared and enforced. The assumptions for adopting new legislation cannot be directly related to the availability of cross-border health care services, but they are undoubtedly influenced by the increasing coordination of the Lithuanian health system with the EU health policy and the aim of ensuring internationally recognized healthcare provision standards.

KEY WORDS

Access to healthcare services, patient mobility, patient rights, cross-border healthcare, EU health policy.