



LIETUVOS VYRIAUSIASIS ADMINISTRACINIS TEISMAS

SPRENDIMAS LIETUVOS RESPUBLIKOS VARDU

2017 m. balandžio 11 d.
Vilnius

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo išplėstinė teisėjų kolegija, susidedanti iš teisėjų Artūro Drigoto (pranešėjas), Ramūno Gadliausko, Irmanto Jarukaičio (kolegijos pirmininkas), Dainiaus Raižio ir Virginijos Volskienės, sekretoriaujant Gretai Kapačinskaitei, dalyvaujant pareiškėjai buvusiai Seimo narei Vidai Marijai Čigriejienei, Seimo nariui Kaziui Starkevičiui, buvusių Seimo narių Vidos Marijos Čigriejienės, Arimanto Dumčiaus, Kazimiero Kuzminsko ir Seimo nario Kazio Starkevičiaus atstovui advokatui Evaldui Rapolui, pareiškėjo Seimo nario Kazio Starkevičiaus atstovams R. G. ir E. J., atsakovo Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos atstovui Dariui Taminskui,

viešame teismo posėdyje žodinio proceso tvarka išnagrinėjo norminę administracinę bylą pagal pareiškėjų buvusių Lietuvos Respublikos Seimo narių Vidos Marijos Čigriejienės, Arimanto Dumčiaus ir Kazimiero Kuzminsko, Lietuvos Respublikos Seimo nario Kazio Starkevičiaus pareiškimus ištirti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 9 d. įsakymu Nr. V-632 patvirtinto Žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugų, apmokamų iš žmogaus organų ir audinių transplantacijos programos lėšų, teikimo reikalavimų, bazinių kainų ir mokėjimo tvarkos aprašo 12.1.2–12.1.6, 12.2, 13.1.1–13.1.6 papunkčių (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymo Nr. V-830 redakcija) atitiktį Lietuvos Respublikos Konstitucijos 40 straipsnio 3 daliai, 46 straipsnio 1, 3 ir 4 dalims, 48 straipsnio 1 daliai, 53 straipsnio 1 daliai, Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo 4 straipsniui, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 4 straipsnio 1 ir 2 dalims, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto statuto 6.1, 6.2, 8, 85 ir 110 punktams, Lietuvos Respublikos darbo kodekso 2 straipsnio 1 dalies 2 punktui, Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymo 3 straipsnio 2 dalies 1–4 punktams ir 7 straipsniui.

Išplėstinė teisėjų kolegija

n u s t a t ė:

I.

1. Buvę Lietuvos Respublikos Seimo nariai Vida Marija Čigriejienė, Arimantas Dumčius ir Kazimieras Kuzminskas, taip pat Lietuvos Respublikos Seimo narys Kazys Starkevičius (toliau – ir pareiškėjai) su pareiškimais kreipėsi į Lietuvos vyriausiąjį administracinį teismą prašydami ištirti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 9 d. įsakymu Nr. V-632 patvirtinto Žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugų, apmokamų iš žmogaus organų ir

audinių transplantacijos programos lėšų, teikimo reikalavimų, bazinių kainų ir mokėjimo tvarkos aprašo 12.1.2–12.1.6, 12.2, 13.1.1–13.1.6 papunkčių (2016 m. birželio 15 d. įsakymo Nr. V-830 redakcija) atitiktį pareiškimuose nurodytiems aukštesnės galios teisės aktams.

2. 2016 m. lapkričio 8 d. ir 2016 m. gruodžio 1 d. nutartimis Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas priėmė nagrinėti pareiškėjų pareiškimų dalis dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 9 d. įsakymu Nr. V-632 patvirtinto Žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugų, apmokamų iš žmogaus organų ir audinių transplantacijos programos lėšų, teikimo reikalavimų, bazinių kainų ir mokėjimo tvarkos aprašo (toliau – ir Aprašas) 12.1.2–12.1.6, 12.2, 13.1.1–13.1.6 papunkčių (2016 m. birželio 15 d. įsakymo Nr. V-830 redakcija) atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijos 46 straipsnio 1, 3 ir 4 dalims, 53 straipsnio 1 daliai, 40 straipsnio 3 daliai, 48 straipsnio 1 daliai, Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo 4 straipsniui, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 4 straipsnio 1 ir 2 dalims, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto statuto 6.1, 6.2, 8, 85 ir 110 punktam, Lietuvos Respublikos darbo kodekso 2 straipsnio 1 dalies 2 punktui, Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymo 3 straipsnio 2 dalies 1–4 punktam ir 7 straipsniui.

3. Pareiškimai grindžiami šiais argumentais:

3.1. Apraše reglamentuojama autologinių kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacija (toliau – ir AUTOKKLT), t. y. kraujodaros kamieninių ląstelių paėmimas ir persodinimas į to paties žmogaus kūną gydymo tikslu, bei alogeninių kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacija (toliau – ir ALOKKLT), t. y. kraujodaros kamieninių ląstelių paėmimas ir persodinimas į kito žmogaus kūną gydymo tikslu. Įstatymuose nėra imperatyvių nuostatų, įpareigojančių sveikatos apsaugos ministrą patvirtinti Aprašą su suvaržančiais ir diskriminuojančiais kriterijais. Iš įsakymo, kuriuo patvirtintas Aprašas, 1 punkto matyti, kad jis nėra kildinamas iš jokio įstatymo ta apimtimi, kuria yra ribojama asmens sveikatos priežiūros įstaigų konkurencija. Šio įsakymo 1 punkte daroma nuoroda į Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 10 straipsnio 6 punktą, tačiau ši nuostata nepateisina konkurencijos sąlygų ribojimų.

3.2. Šiuo metu AUTOKKLT paslaugos yra atliekamos VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninėje Santariškių klinikose (toliau – Santariškių klinikos) ir VŠĮ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje Kauno klinikose (toliau – Kauno klinikos). Pagal Aprašą, Kauno klinikos galės teikti AUTOKKLT paslaugas tik mielomine liga (TLK-10-AM kodas C90) sergantiems pacientams. ALOKKLT paslaugos šiuo metu yra atliekamos tik Santariškių klinikose, ir pagal Aprašą ši įstaiga toliau be konkurencijos nurodytas paslaugas teiks keletą dešimtmečių, t. y. Kauno klinikos įgis teisę teikti pirmąsias giminingo donoro ALOKKLT ne anksčiau, kaip po 10 metų, bet įvertinus Aprašo 13.1.1 papunkčio reikalavimą dėl prieš tai privalomų atlikti 800 AUTOKKLT paslaugų suaugusiesiems, *de facto* Kauno klinikos galės teikti šias paslaugas tik po 40 metų (Kauno klinikoms leidžiama atlikti tik 20 AUTOKKLT procedūrų per metus).

3.3. Teisinis reguliavimas, galiojęs iki 2016 m. lapkričio 1 d., sudarė prielaidas tiek Santariškių klinikoms, tiek Kauno klinikoms, kaip universitetinėms ligoninėms, teikti AUTOKKLT ir ALOKKLT paslaugas pacientams. Pakeitus teisinį reguliavimą ir nustatius nepagrįstus reikalavimus šias paslaugas teikiančioms universitetinėms klinikoms, pažeistas teisėtų lūkesčių principas, kad tiek Santariškių klinikos, tiek Kauno klinikos galės veikti kaip universitetinės klinikos teikiant šias paslaugas. Valstybė privalo vykdyti priimtus įsipareigojimus asmeniui ir užtikrinti teisinio reguliavimo tikrumą bei stabilumą, apsaugoti teisinių santykių subjektų teises, taip pat įgytas teises, gerbti teisėtus lūkesčius. Kauno klinikų teisėti lūkesčiai susiformavo dėl to, kad šioje įstaigoje yra teikiamos AUTOKKLT paslaugos, o Apraše įtvirtinta, jog kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos (toliau – ir KKL) paslaugas gali teikti universitetinės ligoninės. Be to, atsižvelgiant į teisinio tikrumo principą, darant esminius galiojančio teisinio reguliavimo pakeitimus, lemiančius asmenų teisei padėčiai nepalankius padarinius, gali būti reikalinga numatyti ir tam tikrą pereinamąjį teisinį reguliavimą, o asmenų, kuriems taikytinas naujas teisinis reguliavimas, teisinė padėtis pereinamosiomis nuostatomis turėtų būti sureguliuota taip, kad jiems būtų suteikta pakankamai laiko užbaigti pradėtus veiksmus, kurių jie ėmėsi ankstesnio teisinio reguliavimo pagrindu, tikėdamiesi, kad jis bus stabilus, ir įgyvendinti pagal ankstesnį teisinį reguliavimą įgytas teises.

3.4. Apraše įtvirtintu reglamentavimu nesiekama jokių pagrįstų tikslų (pavyzdžiui, pacientų interesų apsaugos), kadangi ir iki 2016 m. lapkričio 1 d. galiojęs teisinis reguliavimas nustatė pakankamai griežtus reikalavimus teikiant aptariamą paslaugą.

3.5. Viešojo administravimo subjektas gali priimti asmens teises ribojantį sprendimą, tik jeigu tai būtina, siekiant tam tikro teisėto tikslo, taikomos priemonės yra tapačios (proporcingos), dėl šio sprendimo pernelyg nepadaugėja prievolių asmeniui. Ginčijamos Aprašo nuostatos leidžia teigti, kad nėra jokio teisėto tikslo įtvirtinant tokį teisinį reguliavimą, nustatytos priemonės yra skirtos leisti paslaugas teikti tik vienam subjektui, kitas subjektas dėl nustatytų reikalavimų nepagrįstai ilgą laiką turės siekti galimybės tokias paslaugas teikti.

3.6. Aptariamų paslaugų teikimo specialieji reikalavimai, įtvirtinti Apraše, nepagrįstai viršija net ir tarptautinio akreditavimo, kuris yra savanoriška procedūra, parodanti, kad paslaugas teikianti įstaiga atitinka aukščiausius standartus, reikalavimus, nustatytus Tarptautinio akreditavimo komitete (angl. *Joint Accreditation Committee-ISCT*, toliau – JACIE). Tokių specifinių kriterijų nustatymas neturi jokio aiškaus pagrindimo, todėl pažeidžia atsakingo valdymo principą.

3.7. Dėl Aprašo nuostatų atitikties Konkurencijos įstatymui pažymėtina, jog atsižvelgiant į tai, kad Apraše yra reglamentuojamos AUTOKKLT ir ALOKKLT paslaugos, išskirtinos šios paslaugų rinkos: 1) AUTOKKLT paslaugų teikimas suaugusiesiems; 2) AUTOKKLT paslaugų teikimas vaikams; 3) ALOKKLT paslaugų teikimas suaugusiesiems; 4) ALOKKLT paslaugų teikimas vaikams. Kadangi Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 38 straipsnio 1 dalis nustato, kad draudžiamieji asmenys turi teisę įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka pasirinkti asmens sveikatos priežiūros įstaigą, su kuria teritorinė ligonių kasa yra sudariusi sutartį, ir gauti privalomojo sveikatos draudimo garantuojamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, geografinė teritorija, kurioje gali konkuruoti ūkio subjektai, teikdami ALOKKLT ir AUTOKKLT paslaugas, yra Lietuvos Respublika. Šių rinkų dalyviais (konkurentais) laikytinos asmens sveikatos priežiūros įstaigos – universiteto ligoninės, turinčios tretinės stacionarinės suaugusiųjų hematologijos (kai teikiamos suaugusiųjų transplantacijos paslaugos) ir (ar) tretinės vaikų onkohematologijos (kai teikiamos vaikų transplantacijos paslaugos), kraujo donorystės (kraujo centro), audinių banko (kraujo kamieninių ląstelių paėmimas, apdorojimas, paskirstymas ir laikymas) asmens sveikatos priežiūros licencijas, t. y. Santariškių klinikos ir Kauno klinikos.

3.8. Aprašo 12 ir 13 punktuose nustatytas teisinis reguliavimas leidžia teigti, kad AUTOKKLT ir ALOKKLT paslaugas artimiausius 40 metų galės teikti tik vienintelė universiteto ligoninė – Santariškių klinikos. Apraše nustatyti specialieji reikalavimai įstaigoms vieną iš dviejų universiteto ligoninių, veikiančių Lietuvos Respublikos teritorijoje, įgalina tapti monopolines teises turinčiu šių paslaugų teikėju. Kitaip tariant, Aprašas nustato, kad tam tikras AUTOKKLT ir ALOKKLT paslaugas galės teikti tik tam tikra konkreti asmens sveikatos priežiūros įstaiga – Santariškių klinikos, o Kauno klinikų veikla AUTOKKLT ir ALOKKLT paslaugų srityje bus praktiškai neįmanoma dėl nustatytų neproporcingų ir neadekvačių specialiųjų reikalavimų. Pacientai bus priversti dėl didžiosios dalies AUTOKKLT ir ALOKKLT paslaugų kreiptis tik į Santariškių klinikas, nepriklausomai nuo šios ligoninės teikiamų paslaugų kokybės. Toks teisinis reguliavimas yra diskriminacinis, nes asmens sveikatos priežiūros įstaiga, atitinkanti visus paslaugų teikimo reikalavimus ir turinti licenciją, netenka teisės tokias paslaugas teikti. Apraše nustatyti tokie specialieji reikalavimai, kurių įgyvendinti objektyviai neįmanoma tai universiteto ligoninei, kuri anksčiau neteikė tokių paslaugų, t. y. tokie įstaigos veiklos patirties ir procedūrų skaičiaus reikalavimai, kurie nesiejami su paslaugų teikimo kokybės rodikliais.

3.9. Dirbtinai sukoncentravus KKL paslaugas konkrečioje universiteto ligoninėje, kita universiteto ligoninė negalėtų tikėtis nei moderniausios įrangos, nei kompetentingiausių specialistų – pagal Aprašą Kauno klinikoms leidžiama atlikti tik ne daugiau, kaip 20 AUTOKKLT pacientams, sergantiems mielomine liga, o kitas AUTOKKLT bus galima teoriškai pradėti atlikinėti tik vienuoliktais ir vėlesniais metais, jei įstaigoje bus atlikta 200 AUTOKKLT pacientams, sergantiems mielomine liga. Dar didesni ir visiškai nepagrįsti reikalavimai nustatyti, siekiant teikti ALOKKLT paslaugas, pavyzdžiui, giminingo donoro ALOKKLT gali būti atliekama tik po to, kai ne trumpiau, kaip 10 metų atliekamos AUTOKKLT ir atlikta ne mažiau, kaip 800 operacijų suaugusiesiems ir 80 vaikams. Neaišku, kokiais motyvais remiantis nustatyta, jog patirties pakankamam įgijimui vaikams

atliekamoms transplantacijoms reikia atlikti tik 80 AUTOKKLT, o suaugusiesiems – net 10 kartų daugiau (800 AUTOKKLT). Vadovaujantis tokia Aprašo logika, galima teigti, kad vaikams atliekamos procedūros yra žymiai paprastesnės ir joms atlikti reikalinga daug mažesnė patirtis, nei toms procedūroms, kurios atliekamos suaugusiesiems. Taigi išimtinės teises gavusios Santariškių klinikos iš viso nesusiduria ir artimiausius dešimtmečius Lietuvos Respublikoje nesusidurs su konkurencija atitinkamose KKLТ paslaugų rinkose. Taip Santariškių klinikoms yra suteikiama akivaizdi privilegija, nors neribojančių konkurencijos sąlygų sudarymas padėtų užtikrinti tinkamą paslaugų teikimą pacientams. Tačiau iš Kauno klinikų, kurios Apraše nustatytų tokio dydžio rodiklių istoriškai neturėjo, tačiau norėtų aptariamą paslaugas teikti, yra atimama reali galimybė šias paslaugas teikti, atitinkamai ribojant ūkinės veiklos laisvę. Ūkio subjektas, kuriam dėl nustatytos tvarkos sudaromos galimybės pretenduoti į didžiausią teiktinų paslaugų dalį vien dėl to, kad jis turi didžiausius istorinius teiktų paslaugų rodiklius, yra privilegijuojamas ūkio subjektu, kurių istoriniai teiktų paslaugų rodikliai yra maži, atžvilgiu.

3.10. Apraše reglamentuojamos paslaugos nepasižymi tokia išskirtine specifika, kad šioje rinkoje konkurencija dėl galimybės teikti paslaugas negalėtų vykti, nustačius ir įgyvendinant konkurencingus kriterijus tokioms paslaugoms teikti. Sąžiningos konkurencijos būdu ūkio subjektams būtų sudaromos objektyvios galimybės varžytis dėl suteikiamų paslaugų kiekio, o ūkio subjektai, norintys suteikti daugiau paslaugų, turėtų imtis įvairių priemonių (pavyzdžiui, aktyviai investuoti į įrangą, kelti personalo kvalifikaciją) tam, kad įgytų pranašumą.

3.11. Lyginant Apraše nustatytus reikalavimus ir viešai skelbiamą Santariškių klinikų informaciją, galima daryti prielaidą, kad specialieji reikalavimai buvo paruošti, atsižvelgus į šių klinikų turimus žmogiškuosius bei materialinius išteklius. Dėl tokio faktinių duomenų sutapimo, negalima atmesti galimybės, jog siekiama sudaryti galimybes būtent Santariškių klinikoms būti monopoliniu AUTOKKLT ir ALOKKLT paslaugų teikėju.

3.12. Iš sveikatos priežiūros paslaugų teikimą reglamentuojančių nuostatų neseka pareiga Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai konkrečias sveikatos priežiūros paslaugas (šiuo atveju – AUTOKKLT ir ALOKKLT) paskirstyti tarp konkrečių sveikatos priežiūros įstaigų iš anksto nustatant, kurios sveikatos priežiūros įstaigos, kokias konkrečias paslaugas gali teikti.

3.13. Išanalizavus kitų transplantacijos paslaugų teikimą reglamentuojančių teisės aktų reikalavimus, matyti, kad net ir paslaugoms, kurios yra žymiai sudėtingesnės ir reikalaujančios daugiau specialaus pasirengimo, įgūdžių bei sąlygų, tokių griežtų ir akreditacijos lygiu sveikatos apsaugos ministro įsakymais nustatytų reikalavimų nėra (pvz., žr. sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gegužės 12 d. įsakymą Nr. V-381 „Dėl inkstų transplantacijos paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo, sveikatos apsaugos ministro 1999 m. rugsėjo 24 d. įsakymo Nr. 411 „Dėl žmogaus organų ir audinių transplantacijos paslaugų teikimo viešosiose įstaigose reikalavimų ir bazinių kainų nustatymo“ pakeitimo“, sveikatos apsaugos ministro 2010 m. sausio 19 d. įsakymą Nr. V-47 „D. K. transplantacijos paslaugų teikimo bei apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo ir kt.).

3.14. KKLТ paslaugų sutelkimas vienoje sveikatos priežiūros įstaigoje nėra efektyviausias būdas užtikrinti tinkamą paslaugų kokybę. Tai patvirtina ir kitų šalių praktika. Iš pridėamos lentelės matyti, jog daugelyje šalių veikia po keletą tokių transplantacijas atliekančių centrų.

3.15. Konkurencijos ribojimai, net jei jie ir būtų įtvirtinti įstatymuose, turi būti pagrįsti ir proporcingi siekiamiems tikslams. Taigi turėtų būti įvertinta, ar prieš įtvirtinant ginčijamas Aprašo nuostatas, buvo atlikta atitinkama analizė, kuri pagrįstų, jog būtent išankstinis aptariamų paslaugų paskirstymas tarp konkrečių sveikatos priežiūros įstaigų yra neišvengiamas ir neperteklinis būdas pasiekti nurodytų tikslų. Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos 2012 m. forumo „Konkurencija ligoninių paslaugose“ apibendrinime nurodyti empiriniai tyrimai, iš kurių matyti, kad ligoninių paslaugų rinkose, kuriose kainos yra reguliuojamos, konkurencija didina paslaugų kokybę. Kadangi pacientai tiesiogiai už suteiktas paslaugas nemoka, jų sprendimą rinktis konkrečią sveikatos priežiūros įstaigą, be kita ko, lemia paslaugų kokybė. Minėtame apibendrinime pažymima, kad geografinis sveikatos priežiūros įstaigų išsidėstymas pacientams taip pat yra labai svarbus, atsižvelgiant tiek į transporto kaštus, tiek į norą gauti pageidaujamą paslaugą artimiausioje sveikatos priežiūros įstaigoje.

3.16. Dėl Apraše nustatyto teisinio reguliavimo į Santariškių klinikas nukreipiamų KKLТ paslaugų skaičius sudarys apie 90 proc. visų Lietuvoje atliekamų KKLТ. Apytiksliai po 80 pacientų kasmet turėtų būti nukreipiama atlikti KKLТ būtent iš Kauno klinikų į Santariškių klinikas, nors Kauno klinikos turėtų reikalingą įrangą ir kvalifikuotus specialistus. KKLТ paslaugų siekiantys pacientai iš esmės nebeturės galimybės laisvai pasirinkti, kurioje iš Lietuvos Respublikoje veikiančių universiteto ligoninių jie norės gydytis. Be to, priverstinis KKLТ paslaugų nukreipimas į Vilnių itin padidins laiko ir lėšų sąnaudas, prailgins gydymą, sukels pacientų ir jų artimųjų nepasitenkinimą. Diskriminuojant vieną subjektą, galintį teikti visapusiškas paslaugas, nepagrįstai ilgą laikotarpį nebus galima teikti paslaugų Kauno klinikose. Dėl to nepasiekiamas esminis tokio reguliavimo tikslas – aukštas žmonių sveikatos apsaugos lygis ir paslaugų prieinamumas. AUTOKKLТ ir ALOKKLТ paslaugas teikiant tik Vilniuje, pacientai neteks galimybės gauti kito specialisto nuomonę, kadangi toje pačioje gydymo įstaigoje dirbantys medikai vengs situacijų, kai kito specialisto nuomonė nesutaps su pirmine išvada, ypač jei tokius medikus sieja pavaldumo ar akademiniai santykiai. Tokiu būdu ilgainiui ir Vilniuje praktikuojantys gydytojai hematologai praras galimybę tobulėti.

3.17. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto (toliau – ir LSMU) statuto 110 punkte nustatyta, kad universiteto ligoninė yra viešoji asmens sveikatos priežiūros įstaiga, kartu su Universitetu vykdanči trijų pakopų medicinos studijas ir mokslinius tyrimus, teikianti visų lygių asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir tobulinanti medicinos specialistus. Šio universiteto Senato 2013 m. birželio 7 d. nutarimu Nr. 32-04 patvirtintoje Hematologijos rezidentūros studijų programoje „Kamieninių kraujodaros ląstelių transplantacijos ir transfuziologijos“ ciklo dalis yra privaloma. Jos metu gydytojas rezidentas turi įgyti įgūdžių transfuziologijos ir kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos srityje. Pagal sveikatos apsaugos ministro 2015 m. birželio 23 d. įsakymu Nr. V-791 patvirtintos Medicinos normos MN 120:2015 „Gydytojas hematologas: teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ 15.5.19 punktą, po papildomo mokymo universiteto kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos centre gydytojas hematologas turi mokėti gydyti kitas ligas, kuriomis sergant reikalinga KKLТ. Taigi nors universitetams laiduojama autonomija ir pagal įstatymus keliama pareiga mokslo procese paruošti kvalifikuotus specialistus, taip pat sudaryti galimybes specialistams hematologams tobulėti, dėl Apraše nustatyto teisinio reguliavimo yra ribojama LSMU autonomija ir užkertama galimybė ruošti aukščiausios kompetencijos gydytojus hematologus. Aprašas taip pat labai apriboja klinikinę, kartu ir mokslo bei pedagoginę veiklą hematologijos ir onkologijos srityje. Dėl Aprašo nuostatų LSMU taps neįmanoma tinkamai paruošti studentus, hematologijos krypties rezidentus bei tęsti podiplomines studijas. Taip užkertamas kelias mokslo progresui, kenkiama hematologijos studijų, mokymo ir mokslo kokybei.

3.18. Apraše nustatyti patirties reikalavimai specialistams, galintiems teikti AUTOKKLТ ir ALOKKLТ paslaugas, leidžia Lietuvos ar užsienio universitetuose baigusiems ir hematologų ar vaikų hematologo kvalifikaciją turintiems asmenims pagal specialybę visa apimtimi dirbti tik Santariškių klinikose, kadangi tik šioje įstaigoje jie galėtų įgyti AUTOKKLТ ir ALOKKLТ atlikimo patirtį. Kadangi ligoninės priima tik tiek gydytojų, kiek jai yra tuo metu reikalinga, kita gydymo įstaiga negalės pradėti teikti paslaugų, nes tiesiog nebus rinkoje reikiamos kvalifikacijos ir patirties specialistų. Be to, medicinos studijas pabaigę jauni specialistai taip pat nenorės dirbti Kauno klinikose, kadangi jie neturės galimybių įgyti AUTOKKLТ ir ALOKKLТ atlikimo stažo, kas yra neatsiejama gydytojo hematologo klinikinės praktikos dalis. Kita vertus, nauji specialistai, žinodami, kad vienintelė galima darbo vieta hematologijos srityje, kurioje jie galėtų praktikuoti hematologiją ir tobulėti šioje srityje, *inter alia* dalyvauti atliekant AUTOKKLТ ir ALOKKLТ, yra Santariškių klinikos, kuri naujų darbuotojų nepriima, taip pat vengs rinktis hematologo specialybę. Taigi Aprašu sukuriama situacija, kai šiuo metu hematologų kvalifikaciją turintiems asmenims nėra suteikiama galimybė rinktis darbą.

3.19. Teisėkūros pagrindų įstatymo 3 straipsnis nustato, kad teisėkūroje vadovaujamosi *inter alia* tikslingumo, proporcingumo, pagarbos asmens teisėms ir laisvėms, atvirumo, skaidrumo, efektyvumo ir aiškumo principais. Priimant ginčijamas Aprašo nuostatas, buvo pažeisti visi šie principai. To paties įstatymo 7 straipsnyje įtvirtintas konsultavimasis su visuomene, priimant teisės aktą, kurio tikslas – užtikrinti teisėkūros atvirumą, skaidrumą, sužinoti visuomenės nuomonę apie teisinio reguliavimo problemas ir galimus jų sprendimo būdus, sudaryti visuomenei galimybę daryti įtaką rengiamo teisės akto projekto turiniui. Pareiškėjams nėra žinoma, jog Aprašo pakeitimų projektui parengti būtų buvusi

sudaryta darbo grupė, o posėdžiuose būtų buvę sudarytos galimybės suinteresuotų institucijų atstovams išsakyti nuomones. Pareiškėjų žiniomis, taip pat nebuvo atlikti poveikio vertinimai ir išanalizuotos alternatyvios galimybės, galinčios pasiekti keltus tikslus, t. y. užtikrinti kokybę, teikiant AUTOKKLT ir ALOKKLT paslaugas. Aprašas pakeistas, nesivadovaujant Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 9 d. įsakymo Nr. V-777 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 15 d. įsakymo Nr. V-232 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos darbo reglamento patvirtinimo“ pakeitimo“ 88 ir 89 punktais, t. y. nebuvo derintas nei su suinteresuotomis institucijomis, nei su Nacionaliniu transplantacijų biuru, nei su universitetais ar universitetų ligoninėmis.

3.20. Konstitucijoje yra įtvirtintas atsakingo valdymo principas. Sveikatos apsaugos ministerija, sprendama, kokius konkrečius kriterijus turi atitikti subjektai, jiems teikiant AUTOKKLT bei ALOKKLT paslaugas, tokiu būdu iš esmės nustatė ir individualaus pobūdžio elgesio taisyklės universitetinėms klinikoms. Tokio pobūdžio elgesio taisyklėms keliami tokie patys, kaip ir individualiam administraciniam aktui nustatyti reikalavimai, t. y. jos, be kita ko, turi būti pagrįstos objektyviais duomenimis (faktais) ir teisės aktų normomis.

II.

4. Rengiant norminę administracinę bylą nagrinėti Lietuvos vyriausiajame administraciniame teisme, gautas atsakovo, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos, atsiliepimas.

5. Atsakovas nurodo, kad su pareiškimais nesutinka, ginčijamus Aprašo papunkčius prašo pripažinti teisėtais ir atsiliepimą grindžia šiais argumentais:

5.1. Pareiškėjai iš esmės neginčia sveikatos apsaugos ministro įstatymuose įtvirtintų įgaliojimų patvirtinti Aprašą, siekiant užtikrinti KKLТ paslaugų prieinamumą, kokybės reikalavimus. Pareiškėjai nesutinka su ginčijamais Aprašo pakeitimais ta apimtimi, kiek nustatytus tinkamumo ir kokybės reikalavimus vertina, kaip nepagrįstai varžančius, diskriminuojančius bei ribojančius konkurenciją. Pareiškėjų nuomonė grindžiama subjektyviais pamąstymais bei nepagrįstai ignoruojant tai, jog sveikatos sistemos reguliavimą būtina vertinti sistemiškai, tai yra kaip visumą.

5.2. Rengiant ginčijamas Aprašo nuostatas, buvo užtikrinti visi jo rengimo reikalavimai, kylantys iš Teisėkūros pagrindų įstatymo. Vertinamos Aprašo nuostatos parengtos, remiantis moksliniais tyrimais pagrįsta analize, įtvirtinant aukščiausius KKLТ taikytinus reikalavimus, tuo užtikrinant paciento teises į šių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei prieinamumą. Aprašas priimtas, vadovaujantis Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 10 straipsnio 6 punkte įtvirtinta nuostata, kuria Sveikatos apsaugos ministerijai pavesta nustatyti sveikatos priežiūros tinkamumo ir priimtumo reikalavimus. Be to, Aprašo nuostatos iš esmės įgyvendina Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. gruodžio 31 d. įsakymu Nr. V-1462 patvirtintą 2015–2025 metų transplantacijos programą (toliau – ir Transplantacijos programa), kurioje būtent ir suformuoti KKLТ paslaugų organizavimo principai.

5.3. Dėl Aprašo atitikties Konstitucijos 46 straipsnio 1, 3 ir 4 dalims, Konkurencijos įstatymo 4 straipsniui pažymėtina, kad šios bylos kontekste tautos gerovė turėtų būti suprantama, kaip tautos sveikata ir jos išsaugojimas, t. y. pagalba susirgus. Todėl ginčijamo teisinio reguliavimo atitiktis Konstitucijos 46 straipsniui turi būti vertinama sistemiškai su Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalimi, kurioje nustatyta, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, o įstatymas nustato nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką. Konstitucinės jurisprudencijos analizė leidžia teigti, kad valstybei keliamas uždavinys – užtikrinti deramą konstitucinės funkcijos rūpintis žmonių sveikata vykdymą ir tinkamą prigimtinės žmogaus teisės į kuo geresnę sveikatą bei teisės į sveikatos priežiūrą įgyvendinimą, pasitelkiant tokias priemones, kaip sveikatos priežiūros įstaigų veiklos reguliavimas ir priežiūra.

5.4. Priešingai nei teigia pareiškėjai, ginčijamas teisinis reguliavimas nustatytas, įgyvendinant įstatymų leidėjo valią, įtvirtintą Lietuvos Respublikos įstatymuose, kuria siekiama ne riboti atskirų asmenų teises, o užtikrinti visiems Lietuvos gyventojams teisę tik į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas. Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 2 straipsnio 8 punkte reglamentuojama, kas yra kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos. To paties įstatymo 3 straipsnio 2

dalyje nustatyta, kad kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų rodiklius ir jų turinio reikalavimus nustato sveikatos apsaugos ministras. Taigi ginčijamas Aprašo nuostatas sveikatos apsaugos ministras patvirtino, siekdamas užtikrinti įstatymų leidėjo nustatytą kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų, nagrinėjamu atveju apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – ir PSDF) biudžeto, turinį. Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai priklausančiose įstaigose teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kaina ir kokybė yra ne sveikatos priežiūros įstaigų tarpusavio konkurencijos rezultatas, o norminiais teisės aktais nustatytos tvarkos įgyvendinimo rezultatas. Sprendimai koncentruoti sudėtingiausias transplantacijos paslaugas yra nustatyti Transplantacijos programoje, o Apraše nustatyti šių paslaugų teikimo pagrindai (indikacijos) bei reikalavimai. Visa tai pagrįsta objektyviomis priežastimis ir naujausiais medicinos mokslo duomenimis. Kadangi teikiant KKLТ paslaugas, naudojamos labai brangios medicinos technologijos, siekiama ypač aukštos paslaugų kokybės, šiam darbui yra reikalingi aukščiausios kompetencijos specialistai. Tačiau viena iš pagrindinių ir esminių šių asmens sveikatos priežiūros paslaugų koncentravimo priežasčių, nurodytų ir pagrįstų ginčijamų Aprašo nuostatų parengiamuosiuose dokumentuose, yra tai, kad KKLТ Lietuvoje yra atliekama labai nedaug, o šių paslaugų kokybės užtikrinimo vienas iš esminių pagrindų yra šias paslaugas teikiančių specialistų patirtis. Patirtis (tiek specialistų, tiek asmens sveikatos priežiūros įstaigos) įgyjama tik per tam tikrą laiką, todėl patirties trukmė ir suteiktų paslaugų kiekis iš esmės ir lemia vertinamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybę, pacientų saugumą. Dėl nedidelio KKLТ operacijų kiekio nėra poreikio veikti antrai įstaigai. Šių paslaugų poreikį turinčių pacientų skaičius ne tik kad neviršija šios paslaugos tiekėjų galimybių suteikti šias paslaugas, bet vertintinas, kaip būtinas užtikrinant šias paslaugas teikiančių įstaigų kvalifikacijos išsaugojimą ir kėlimą.

5.5. Valstybės institucijoms, atstovaujančioms viešąjį visų potencialių ir esamų pacientų interesą, labai svarbu tinkamai paskirstyti turimus viešuosius finansus, kad sveikatos priežiūros paslaugos pacientams būtų suteiktos laiku, jos būtų prieinamos ir kokybiškos. Tik koncentruojant kompetentingus specialistus, brangias technologijas bei pacientus, kuriems reikalingos infrastruktūros paslaugos, galima pasiekti gerų rezultatų ir garantuoti teikiamų paslaugų kokybę. Aprašo pakeitimus sąlygojo valstybės politika ir jos įgyvendinimas, pasiektų rezultatų analizė, jų vertinimas, rizikos valdymas bei atlikti moksliniai tyrimai.

5.6. Valstybei tenkančios Konstitucijos 46 straipsnyje nustatytos pareigos nelaikytinos svarbesnėmis už Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje įtvirtintą valstybės pareigą rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, vertinant ir tai, kad analizuojamas teisinis reguliavimas nedarą įtakos KKLТ paslaugų rinkai, kadangi Lietuva yra pernelyg maža pagal gyventojų skaičių, kad būtų racionali šių paslaugų teikėjų konkurencija.

5.7. Pagal Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 2 straipsnio 5 punktą, universiteto ligoninės steigėjai – Sveikatos apsaugos ministerija ir valstybinė aukštoji mokykla. Ministerija, įgyvendindama įstatymuose nustatytą kompetenciją, įgaliojimų ribose imasi priemonių medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarkai užtikrinti. Transplantacijos programos 6 punkte įtvirtintas transplantacijos paslaugų koncentravimo principas, o šios programos 7 punkte, nustatant KKLТ paslaugų teikimo paskirstymą, įtvirtinta, kad Kauno klinikoms leidžiama atlikti ne daugiau, kaip 20 AUTOKKLТ suaugusiesiems (TLK-10-AM kodas C90.0) per metus. Formalus konkurencijos užtikrinimo principo taikymas, esant moksliniais tyrimais nustatytiems veiksniams, kurie daro įtaką KKLТ rezultatams, atsižvelgiant į Lietuvos dydį, yra neproporcingas.

5.8. Dėl Aprašo atitikties Konstitucijos 53 straipsnio 1 daliai ir Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 3 ir 4 straipsniams pažymėtina, kad pacientų teisės įgyvendinamos minėtame įstatyme nustatytomis sąlygomis ir tvarka. Šio įstatymo 4 straipsnio 2 dalyje nustatyta, kad pacientas turi teisę pasirinkti sveikatos priežiūros specialistą, tačiau pasirinkimo tvarką nustato sveikatos priežiūros įstaigos vadovas. Be to, to paties įstatymo 4 straipsnio 3 dalyje nustatyta, kad įgyvendinant teisę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą, paciento teisė gauti nemokamą sveikatos priežiūrą teisės aktuose nustatyta tvarka gali būti ribojama.

5.9. Vadovaujantis Transplantacijos programa ir tarptautinėmis rekomendacijomis, siekiant užtikrinti KKLТ kokybę bei pacientų saugą, Aprašo pakeitimais nustatyta, kad naujai KKLТ atliekančiuose centruose, visų pirma, būtų atliekamos mažiau sudėtingos transplantacijos: AUTOKKLТ, kurių metu taikomas paprastesnis paruošimas procedūrai vienu vaistu ir kurių tikėtina

komplikacijų rizika yra mažesnė (suaugusiųjų AUTOKKLT, sergant mielomine liga). Prieš taikant AUTOKKLT limfomoms gydyti, nustatomas minimalus transplantacijų (patirties skaičius), kaip tai numatyta Transplantacijos programoje. Kai kurios AUTOKKLT (pvz., sergant ūminėmis leukemijomis, solidiniais navikais, autoimuninėmis ligomis) atliekamos retai (0–5 transplantacijos per metus), todėl joms atlikti nustatyti aukštesni patirties reikalavimai. Didžiausi patirties bei skaičiaus reikalavimai nustatyti sudėtingiausioms ALOKLT atlikti. Šios bei sudėtingos AUTOKKLT turi būti koncentruojamos kuriamame transplantacijų referencijos centre, kaip tai numatyta Transplantacijos programoje.

5.10. Siekiant gerinti pacientams teikiamų paslaugų prieinamumą, vadovaujantis Lietuvos neurologų asociacijos, Lietuvos reumatologų asociacijos bei Lietuvos vaikų onkohematologų draugijos teikimais bei atsižvelgus į pacientus vienijančių draugijų kreipimąsi, Aprašas papildytas išsėtinės sklerozės, sisteminės sklerozės, kai nėra efektyvių alternatyvių gydymo metodų, vaikų amžiui būdingų smegenų piktybinių navikų KKL indikacijomis. Todėl pacientai turėjo ir turi teisę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą. Klaidinančiais laikytini pareiškėjų teiginiai apie tai, kad priėmus Aprašo pakeitimus, pacientai praranda galimybę į antro specialisto nuomonę, nes, viena vertus, KKL paslaugos ir toliau bus teikiamos licenciją teikti šias paslaugas turinčiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kita vertus, net ir toje pačioje KKL paslaugas teikiančioje įstaigoje atitinkamas KKL paslaugas teikia ne vienas specialistas.

5.11. Dėl Aprašo atitikties Konstitucijos 40 straipsnio 3 daliai ir LSMU statutui pažymėtina, kad Lietuvos Respublikoje gydytojai yra rengiami universiteto studijų rezidentūros metu, o dalį šios rezidentūros gydytojai gali atlikti ir kitoje rezidentūros bazėje, todėl gydytojų ruošimo apribojimų Aprašo nuostatomis nėra nustatyta. Universiteto ligoninių steigėja yra ne tik valstybinė aukštoji mokykla, bet ir Sveikatos apsaugos ministerija, todėl profesinės patirties įgūdžių bei kompetencijos įgijimas mokymosi ar vėliau, kvalifikacijos kėlimo metu, bus užtikrintas. Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 10 straipsnyje nustatyta, kad Sveikatos apsaugos ministerija prognozuoja sveikatos priežiūros specialistų poreikį ir formuoja valstybės užsakymą rengti šiuos specialistus.

5.12. Dėl Aprašo atitikties Konstitucijos 48 straipsnio 1 daliai, Darbo kodekso 2 straipsniui pažymėtina, kad nei vienoje iš šių teisės normų nėra įtvirtinta pareiga valstybei ar Sveikatos apsaugos ministerijai užtikrinti darbo vietą kiekvienam ne tik Lietuvoje, bet ir užsienyje medicinos studijas pabaigusiam darbingo amžiaus darbingam piliečiui. Taip pat Sveikatos apsaugos ministerija nėra įpareigota sukurti minėtas darbo vietas skirtinguose šalies regionuose, kad pagal gimimo, gyvenamąją ar tiesiog patinkančią vietovę gydytojas specialistas galėtų pasirinkti ir darbo vietą. Sveikatos apsaugos ministerija kartu su Valstybine ligonių kasa (toliau – ir VLK), vadovaudamasi Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 10 straipsnio 12 punktu, nustato sveikatos priežiūros paslaugų gyventojams poreikį. Atsižvelgiant į šį poreikį ir valstybės finansines galimybes, formuojamas sveikatos priežiūros įstaigų ir jų teikiamų paslaugų tinklas, tačiau naujų darbo vietų kūrimas ar esamų darbo vietų papildomas rėmimas, siekiant išvengti bedarbystės Lietuvoje, nepatenka į Sveikatos apsaugos ministerijos kompetenciją. Sritis, kuriose Sveikatos apsaugos ministerijai pavesta formuoti valstybės politiką, organizuoti, koordinuoti ir kontroliuoti jos įgyvendinimą, yra įtvirtintos nuostatų, patvirtintų Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1998 m. liepos 24 d. nutarimu Nr. 926, 9 punkte – asmens ir visuomenės sveikatos priežiūra, sveikatos draudimas bei farmacinė veikla.

5.13. Dėl Aprašo atitikties Teisėkūros pagrindų įstatymo 3 ir 7 straipsniams pažymėtina, kad šio įstatymo 3 ir 7 straipsnių pažeidimas galėtų būti konstatuojamas tik tuo atveju, jei Sveikatos apsaugos ministerija Aprašo pakeitimus būtų priėmusi, pažeisdama Teisėkūros pagrindų įstatyme reglamentuojamas teisėkūros stadijas ir viršijusi jai suteiktas teises ar nevykdydama savo, kaip viešojo administravimo subjekto, pareiškusio teisėkūros iniciatyvą, rengiančio ir priimančio teisės aktą, pareigų. Teisėkūros pagrindų įstatymo 4 straipsnio 1 dalyje reglamentuojamos teisėkūros stadijos, tarp kurių tokios stadijos, kaip konsultavimasis su visuomene, nėra. Kaip minėta, Aprašo pakeitimai buvo rengiami, atsižvelgiant į Transplantacijos programą ir Lietuvos neurologų asociacijos, Lietuvos reumatologų asociacijos bei Lietuvos vaikų onkohematologų draugijos teikimus, taip pat pacientus vienijančių draugijų kreipimąsi, derinant su VLK, Akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

5.14. Teisėkūros pagrindų įstatymo 15 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimas privalo būti atliekamas tik tada, kai rengiamas teisės akto, kuriuo numatoma reglamentuoti iki tol nereglementuotus santykius, taip pat kuriuo iš esmės keičiamas teisinis reguliavimas, projektas, o sprendimą dėl numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo priima teisės akto projekto rengėjas. Kaip nurodo įstatymų leidėjas, sprendimą dėl poveikio vertinimo būtinumo priima teisės akto projekto rengėjas, o atsižvelgiant į ilgą Aprašo galiojimą (galioja nuo 2004 m.), vertinamais pakeitimais nei sureglamentuoti iki tol nereglementuoti santykiai, nei teisinis reguliavimas iš esmės pakeistas.

III.

6. Rengiant norminę administracinę bylą nagrinėti Lietuvos vyriausiajame administraciniame teisme, taip pat gautos suinteresuotų asmenų nuomonės.

7. Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos nuomonėje pateikiami šie paaiškinimai:

7.1. Siekiant įvertinti, ar Aprašas atitinka Konkurencijos įstatymo 4 straipsnį, pirmiausia turėtų būti nustatyta, kokiai atitinkamai rinkai Aprašas daro įtaką, ir kokie ūkio subjektai veikia ar gali veikti šioje atitinkamoje rinkoje. Transplantacijos paslaugų teikimas reglamentuojamas Lietuvos Respublikos žmogaus audinių, ląstelių, organų donorystės ir transplantacijos įstatyme bei sveikatos apsaugos ministro patvirtintuose poįstatyminiuose teisės aktuose, kuriuose detalizuota atskirų žmogaus audinių, ląstelių bei organų transplantacijos tvarka. Iš nustatyto teisinio reguliavimo matyti, kad skirtingų žmogaus audinių, ląstelių, organų transplantacija atliekama esant skirtingai medicininei būklei, ir kiekvieno audinio, ląstelės ir organo transplantacijai yra taikomi skirtingi reikalavimai. Dėl to audinių, ląstelių ir organų transplantacijos paslaugos nėra tarpusavyje pakeičiamos. Atsižvelgiant į tai, galėtų būti išskiriama KKLT paslaugų rinka. Pagal Sveikatos draudimo įstatymo 38 straipsnio 1 dalį, apdraustieji privalomuoju sveikatos draudimu turi teisę įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka pasirinkti asmens sveikatos priežiūros įstaigą, su kuria teritorinė ligonių kasa yra sudariusi sutartį, ir gauti privalomojo sveikatos draudimo garantuojamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Ši nuostata užtikrina asmenų, turinčių teisę gauti paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto, galimybę šias paslaugas gauti visoje Lietuvos Respublikos teritorijoje. Dėl to preliminariu vertinimu geografinė teritorija, kurioje ūkio subjektai gali konkuruoti teikdami nagrinėjamas paslaugas, yra Lietuvos Respublikos teritorija. Taigi nagrinėjamu atveju atitinkama rinka galėtų būti apibrėžiama, kaip KKLT paslaugų teikimas Lietuvos Respublikos teritorijoje.

7.2. Aprašo 8 punkte įtvirtinta, kad KKLT paslaugas gali teikti universiteto ligoninė, turinti tretinės stacionarinės suaugusiųjų hematologijos ir (ar) tretinės vaikų onkohematologijos, kraujo donorystės (kraujo centro), audinių banko asmens sveikatos priežiūros licencijas. Pagal viešai prieinamus duomenis, šiuos reikalavimus atitinka Kauno klinikos ir Santariškių klinikos. Vis dėlto turėtų būti vertinama, ar Kauno klinikos ir Santariškių klinikos gali būti laikomos tarpusavyje konkuruojančiais ar galinčiais konkuruoti ūkio subjektais. Todėl šiuo atveju turėtų būti analizuojamos su šių subjektų valdymu susijusios aplinkybės. Preliminariai įvertinus Sveikatos sistemos įstatymą, Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą, Sveikatos draudimo įstatymą, yra pagrindo manyti, kad vienašališkai spręsti dėl teikiamų paslaugų masto Sveikatos apsaugos ministerija gali tik jai pavaldžiose Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai priklausančiose įstaigose. Taigi sprendžiant, ar nurodytos konkrečios sveikatos priežiūros įstaigos laikytinos savarankiškais tarpusavyje konkuruojančiais ar galinčiais konkuruoti ūkio subjektais Konkurencijos įstatymo prasme, svarbu įvertinti, ar Sveikatos apsaugos ministerija pagal kompetenciją gali daryti lemiamą įtaką šioms įstaigoms dėl jų teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų masto ar kitų veiksnių, kurie daro įtaką jų sprendimams dėl ūkinės veiklos teikiant nagrinėjamas paslaugas. Nustačius, kad nagrinėjamos sveikatos priežiūros įstaigos sprendimus dėl savo ūkinės veiklos teikiant konkrečias paslaugas priima ar gali priimti savarankiškai (t. y. veikia ne išimtinai pagal Sveikatos apsaugos ministerijos kaip steigėjos nurodymus), būtų pagrindas svarstyti, ar Aprašas gali sudaryti skirtingas konkurencijos sąlygas tarp savarankiškų ūkio subjektų, tarpusavyje konkuruojančių ar galinčių konkuruoti dėl atitinkamų paslaugų teikimo Konkurencijos įstatymo 4 straipsnio prasme.

7.3. Pareiškėjų teigimu, Kauno klinikos yra diskriminuojamos, o Santariškių klinikos – privilegijuojamos, kadangi naujoje Aprašo redakcijoje įtvirtinti griežtesni reikalavimai (nauji reikalavimai nurodyti 12–15 punktuose) personalui, teikiančiam KKLТ paslaugas, bei gydymo įstaigai, kurioje atliekamos šios paslaugos. Todėl turėtų būti vertinama, ar 12–15 punktuose nurodyti kriterijai nesudaro sąlygų ūkio subjektų privilegijavimui ar diskriminavimui. Konstitucinės ir administracinės jurisprudencijos nuostatos suponuoja, kad Sveikatos apsaugos ministerija turi imtis pagrįstų, protingų ir proporcingų priemonių tam, kad būtų sukurta sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra, kuri veiktų taip, jog visiems pacientams būtų prieinamos kokybiškos paslaugos. Atsižvelgiant į tai, turėtų būti analizuojama, ar sugriežtinti reikalavimai personalo kvalifikacijai bei gydymo įstaigai yra pagrįsti, protingi ir proporcingi. Atkreiptinas dėmesys, kad reikėtų vertinti ne tik nustatytus minimalius reikalavimus personalui bei gydymo įstaigoms, bet ir analizuoti, ar pagrįstai Apraše įtvirtinti maksimalūs leistinų atlikti procedūrų kiekiai (Aprašo 12.1.5 papunktis, kuriame įtvirtinta, jog tam tikri reikalavimai netaikomi, jei įstaigoje AUTOKKLТ atliekama išimtinai suaugusiems pacientams, sergantiems mielomine liga ir atliekama ne daugiau kaip 20 AUTOKKLТ per metus). Nustačius, kad Apraše įtvirtinti kriterijai yra pagrįsti, protingi ir proporcingi siekiant užtikrinti teikiamų paslaugų prieinamumą ir aukštą kokybę, galėtų būti sprendžiama, kad Aprašu nėra privilegijuojami arba diskriminuojami atskiri ūkio subjektai.

7.4. Nustačius, kad Apraše nurodyti kriterijai nėra pagrįsti, protingi ir proporcingi siekiant aptariamų paslaugų prieinamumo ir aukštos kokybės, bet jais siekiama dirbtinai apriboti kai kurių sveikatos priežiūros įstaigų galimybę teikti šias paslaugas, turėtų būti įvertinta, ar toks ribojimas yra lemtas įstatymų reikalavimų.

8. Santariškių klinikų pateiktoje nuomonėje nurodoma, kad pareiškimai yra nepagrįsti. Tokia pozicija grindžiama šiais motyvais:

8.1. Apraše nustatyti reikalavimai yra pagrįsti ir būtini, siekiant užtikrinti aukštą KKLТ paslaugų kokybę ir pacientų gerovę. KKLТ yra viena iš sudėtingiausių medicinos paslaugų rūšių. Šios rūšies transplantacijų skaičius Lietuvoje yra labai ribotas, o šios procedūros kokybė yra vertinama, be kita ko, atsižvelgiant į pacientų mirtingumo po operacijos rodiklius. Šiuo metu Aprašas įtvirtina *status quo* dėl teikiamų KKLТ paslaugų reikalavimų, kuriuos atitinka šias paslaugas teikiantys centrai. Todėl jeigu bus nustatyti žemesni reikalavimai, suprastės jau šiuo metu garantuojamos KKLТ paslaugų kokybės lygis Lietuvoje. Dėl to didės pacientų, kuriems buvo atlikta KKLТ, mirtingumas. Aprašas ir jame įtvirtinti reikalavimai pagrįsti Transplantacijos programa ir objektyviais medicinos mokslo duomenimis. Transplantacijos programoje yra pateikta donorystės ir transplantacijos situacijos Lietuvoje analizė. Lietuvoje veikia trys transplantacijos centrai: Kauno klinikos, kuriose atliekamos suaugusių pacientų KKLТ, du centrai Santariškių klinikose, kuriose atliekamos suaugusiųjų ir vaikų KKLТ. Lietuva, palyginus su Latvija ir Estija, šioje srityje yra pažengusi labiausiai. Pagal minėtos programos 7 punktą, KKLТ numatoma plėtoti abiejose klinikose, tačiau įtvirtinant apimties apribojimą Kauno klinikoms. Programoje įtvirtinti siektini rodikliai, vertinami pagal pacientų mirtingumą per 100 dienų po transplantacijos, o rezultatai vertinami kas 5 metus.

8.2. JACIE nustatyti reikalavimai neatspindi aukščiausių KKLТ paslaugų standartų. Aprašo nuostatos kaip griežčiausių reikalavimą nustato dvejų metų darbo patirties reikalavimą sveikatos priežiūros specialistams, kurie galėtų atlikti su KKLТ susijusias procedūras. Akivaizdu, kad šie specialistai turi atitikti atitinkamo lygio kompetenciją ir patirtį. Dvejų metų patirties reikalavimas, atsižvelgiant KKLТ specifika ir riziką, yra proporcingas. Be to, šis reikalavimas buvo numatytas ankstesnėje Aprašo redakcijoje, todėl visi KKLТ atliekantys centrai turi tokią patirtį įgijusių specialistų.

8.3. KKLТ paslaugų skaičius tiesiogiai susijęs su jų kokybe. Moksliniais tyrimais nustatyta, kad KKLТ rezultatai statistiškai reikšmingai pagerėja, kai centre atliekama 10 KKLТ (AUTOKKLТ ir ALOKKLТ vertinant atskirai) procedūrų per metus daugiau. Išgyvenamumas po KKLТ ypač pagerėja, jei centre per metus atliekama 20 transplantacijų. Tyrimų duomenys taip pat patvirtina, kad mirties po KKLТ santykinė rizika sumažėja 3 proc., jei specifinės KKLТ programos trukmė pasiekia 10 metų, ir 9 proc., jei pasiekia 15 metų. Kadangi specifinės KKLТ programos centre veiklos trukmė yra mažiau lemianti paciento mirties po KKLТ procedūros riziką, nei atliekamų per metus procedūrų skaičius, yra pagrįsta ir protinga KKLТ centro veiklos vertinimo kriterijumi pasirinkti mažiausią laiko intervalą –

10 metų, o labai didelės rizikos KKLТ procedūroms – 15 metų. Penkių transplantacijų reikalavimas yra minimalus skaičius, kurį įvykdžius, būtų leidžiama transplantacijos centrui ateityje pretenduoti į savanorišką akreditaciją. Vadovaujantis moksliniais argumentais, šis skaičius nėra pakankamas aptariamų paslaugų kokybei užtikrinti.

8.4. Dėl Aprašo 12.2 punkte įtvirtintų kiekio reikalavimų, kurie nustatyti, atsižvelgiant į konkrečias indikacijas, pažymėtina, kad jie atitinka Transplantacijos programos reikalavimus. Operacijų skaičiaus ribojimas yra nustatytas tik pirmuosius dešimt metų nuo transplantacijos centro veiklos pradžios, o po dešimties metų KKLТ pagal konkrečią indikaciją kiekio ribojimo nebelieka. Toks reikalavimas yra būtinas, siekiant užtikrinti, kad naujai veiklą pradėjęs transplantacijos centras pradėtų nuo mažiausiai sudėtingų ir pavojingų transplantacijų. Vėliau, įgijus patirties, transplantacijos centras galėtų atlikti sudėtingesnes transplantacijas, neribojant jų kiekio. Santariškių klinikos nuo KKLТ operacijų atlikimo pradžios taip pat pirmus 10 metų vidutiniškai per metus atlikdavo apie 20 AUTOKKLТ mieloma sergantiems pacientams (per 10 metų iš viso atlikta 200 AUTOKKLТ). Todėl tokio skaičiaus nustatymas atitinka gerąją praktiką ir demonstruoja, kad tai yra ta riba, kuri padeda užtikrinti atitinkamą paslaugų kokybės lygį.

8.5. Aprašo 12.2.2 papunkčio nuostata įtvirtina indikacijų sąrašą, pagal kurį Lietuvoje atliekamos PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamos KKLТ. Šio papunkčio papildymas naujomis indikacijomis bei jau buvusių indikacijų patikslinimas buvo viena iš esminių priežasčių, lėmusi Aprašo pakeitimo poreikį. Vadinas, tuo atveju, jei būtų pripažinta, jog ši nuostata neatitinka aukštesnės galios teisės aktų, būtų panaikinamas indikacijų sąrašas, pagal kurį pacientai gauna valstybės finansuojamas KKLТ paslaugas visoje Lietuvoje.

8.6. Dėl Aprašo 13.1.1, 13.1.2, 13.1.6 papunkčių pažymėtina, kad juose nustatyti reikalavimai, taikomi ALOKKLТ paslaugoms, kurios yra kur kas sudėtingesnės nei AUTOKKLТ, todėl tam, kad būtų leista atlikti ALOKKLТ, transplantacijos centras iš pradžių turi įgyti pakankamos patirties mažiau sudėtingose AUTOKKLТ.

8.7. R. A., priešingai nei nurodo pareiškėjai, naujas centras 800 transplantacijų skaičiaus reikalavimą, šiuo metu įtvirtintą Aprašo 13.1.1 punkte, pasiektų per 20 metų nuo transplantacijų atlikimo pradžios. Jei centras atliktų daugiau kaip 60 mielomine liga ir (ar) limfoma sergančių pacientų transplantacijų per metus, šis periodas būtų dar trumpesnis. Vadovaujantis tuo, kad vaikų transplantacijų poreikis yra 10 kartų mažesnis (atsižvelgiant į Lietuvos demografiją) nei suaugusiųjų, šis reikalavimas atitiktų 80 vaikų transplantacijų. Kaip jau minėta, transplantacijų kokybė ir KKLТ rodikliai tiesiogiai priklauso nuo transplantacijų centro patirties. Centruose, kuriuose transplantacijos vyksta ilgiau kaip 15 metų ir užtikrinamos pakankamos transplantacijų apimtys, rezultatai yra geriausi, t. y. išgyvenamumas po transplantacijų yra 10 procentų geresnis nei centruose, kuriuose transplantacijos atliekamos trumpiau kaip 5 metus.

8.8. Kitų rūšių transplantacijų padėtis ir jų atlikimo patirties situacija yra skirtinga, lyginant su KKLТ. Tarp asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių kitų rūšių transplantacijas, nėra tokio didelio patirties skirtumo. Pavyzdžiui, Santariškių klinikos pirmąsias KKLТ atliko jau 1999 m., o Kauno klinikos – tik 2015 m. Taigi tarp šių centrų egzistuoja 16 metų patirties skirtumas. Todėl KKLТ paslaugų reikalavimų lyginimas su pareiškėjų išvardytais teisės aktų reikalavimais kitoms transplantacijų paslaugoms iš esmės yra neteisingas ir ydingas.

8.9. Tarptautinių mokslinių tyrimų duomenys rodo, kad KKLТ paslaugų koncentravimas užtikrina geriausius transplantacijų rezultatus, t. y. transplantacijų rezultatai geresni centruose, kuriuose atliekama daugiau transplantacijų; kiekvienas gydytojas atlieka daugiau transplantacijų; yra ilgesnė patirtis atliekant transplantacijas; specialisto pagalba teikiama 24 val. per parą. Lietuvoje suaugusiųjų ir vaikų transplantacijų poreikis kiekvienais metais neviršija 200. Laisvas bei nereguliuojamas naujų centrų kūrimas ir jų plėtra sumažintų kiekviename centre atliekamų transplantacijų skaičių. Šiuo metu Lietuvoje transplantacijų skaičius 10 mln. gyventojų yra didesnis, nei transplantacijų skaičius panašaus ekonominio išsivystymo valstybėse ir prilygsta transplantacijų skaičiui didesnio ekonominio išsivystymo valstybėms. Transplantacijų skaičiaus sumažėjimas ir didelis KKLТ paslaugų išskaidymas šalyje tarp transplantacijos centrų turėtų neigiamą įtaką KKLТ paslaugų kokybei. Pacientams KKLТ paslauga turi būti atliekama tokiuose centruose, kurie atitinka tarptautiniais moksliniais tyrimais paremtus KKLТ reikalavimus, turi tinkamą patirtį ir gali garantuoti

jau šiuo metu egzistuojančią KKLТ paslaugų kokybę. Pirmenybė turi būti teikiama pacientų sveikatai ir geresnės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimui, o ne konkurenciniams principams, kurie šiuo konkrečiu atveju neturi teigiamos įtakos KKLТ rezultatams. Šiuo metu Lietuvos KKLТ rezultatai atitinka išsivysčiusių šalių rezultatus, pvz., po ALOKKLТ 5 metų išgyvenamumas ūminės mieloleukemijos atveju Lietuvoje yra 55 proc., JAV – 45–50 proc., ūminės limfoleukemijos atveju Lietuvoje yra 40 proc., JAV – 40 proc., ir kt.

8.10. Lietuvoje jau veikia europinio lygio vaikų ir suaugusių pacientų KKLТ centrai Santariškių klinikose. Tai, kad Aprašas įtvirtina reikalavimus, kuriuos jau šiuo metu atitinka bent vienas iš KKLТ centrų, nereiškia konkretaus centro privilegijavimo. Tai reiškia, kad turi būti išlaikytas jau šiuo metu esantis kokybės lygis, pacientams turi būti teikiamos ne prastenės kokybės paslaugos, o iš naujo tvirtinami reikalavimai negali būt žemesni, nei iki tol buvusieji *de facto*. Įsakymo, kuris pakeitė Aprašą, įsigaliojimo metu visi veikiančys centrai atitiko naujas Aprašo nuostatas ir toliau galėjo tęsti juose atliekamas transplantacijas.

8.11. Tvirtinant naujas Aprašo nuostatas, buvo įvertinta ir atlikta atitinkama analizė, kuri pagrindžia naujų reikalavimų bei referencijos centrų steigimo būtinumą. Siekis išlaikyti esamą *de facto* KKLТ paslaugų kokybės lygį bei siekis užtikrinti geresnę kokybę ateityje pagrindžia ginčijamas Aprašo nuostatas, kurios taip pat paremtos tarptautiniais moksliniais tyrimais.

8.12. Darbo grupės sudarymas kiekvieno teisės akto pakeitimo atveju nėra būtinas. Konsultavimasis su visuomene negali būti suprantamas ir aiškinamas, kaip absoliutus reikalavimas. Teisėkūros subjektui leidžiama pasirinkti konsultavimosi su visuomene būdus. Be to, turi būti orientuojamasi į tą visuomenės dalį, kuri yra labiausiai susijusi su keičiamu reguliavimu. Priimant ginčijamas Aprašo nuostatas, buvo užtikrintas pakankamas konsultavimosi su visuomene reikalavimas, nes, mūsų žiniomis, Aprašo pakeitimo iniciatoriai buvo onkohematologinių ligonių bendrija „Kraujas“.

8.13. Teisėtų lūkesčių principo užtikrinimas teisinėje valstybėje yra svarbus, tačiau šiuo atveju Apraše įtvirtintas teisinis reguliavimas jo nepažeidžia. Konstitucinė teisėtų lūkesčių apsauga nereiškia, kad teisės aktuose nustatyta KKLТ paslaugų teikimo sistema negali būti pertvarkoma. Atsižvelgiant į pacientų gerovę, teikiamų paslaugų specifiškumą ir mokslo vystymosi raidą, reikalavimai KKLТ paslaugoms turi atitikti medicininės raidos galimybes ir užtikrinti vis geresnę medicininių paslaugų kokybę bei pacientų interesus.

9. Kauno klinikos savo nuomonėje nurodo, kad su pareiškimais sutinka. Nuomonę teikiančio asmens pozicija grindžiama šiais argumentais:

9.1. Nors Transplantacijos programoje yra deklaruojamas tikslas gelbėti pacientų gyvybę bei grąžinti sveikatą, užtikrinant paslaugų prieinamumą ir finansavimą, skatinant donorystės ir transplantacijos plėtrą bei naujų efektyvių technologijų taikymą (4 p.), tačiau būtent šioje programoje yra matomi pirmieji bandymai riboti konkurenciją vienai iš universiteto ligoninių – Kauno klinikoms. Konkurenciją ribojanti sąlyga dėl KKLТ operacijų skaičiaus (ne daugiau, kaip 20 per metus) neturi nei teisinio, nei faktinio pagrindo. Programoje, kaip bendro pobūdžio planavimo dokumente, įtvirtinta konkurenciją ribojanti sąlyga perkelta į Aprašą. Be to, Apraše įtvirtinti papildomi konkurenciją ribojantys kriterijai, dėl kurių Kauno klinikos, kaip universiteto liginė, bus išstumta iš rinkos maždaug pusei amžiaus.

9.2. Kauno klinikos 2016 m. rugsėjo 1 d. su raštu Nr. S-(1.20)-9027 kreipėsi į Sveikatos apsaugos ministeriją, prašydamos panaikinti Aprašą pakeitusį įsakymą ir nurodydamos, kad dėl nuo 2016 m. lapkričio 1 d. įsigaliosiančio teisinio reguliavimo bus apsunkinta galimybė pradėti teikti AUTOKKLТ paslaugas ir visiškai panaikinama galimybė pradėti teikti ALOKKLТ paslaugas kelis ateinančius dešimtmečius. Įvedus procedūrų, atliktų būtent gydymo įstaigoje, skaičiaus reikalavimą, universiteto liginė, iki Aprašo pakeitimų įsigaliojimo dienos neteikusi ALOKKLТ paslaugų, net ir įsigijusi moderniausią įrangą, pasisamdžiusi pasauliniu lygmeniu pripažintus, daugiametę patirtį turinčius gydytojus specialistus, neturės teisės šias paslaugas teikti. 2016 m. gruodžio 6 d. atsakyme Nr. (10.1.2.1-422)10-10158 Sveikatos apsaugos ministerija nurodė, kad pakeitimas buvo būtinas, siekiant mokslo pažangos ir pacientų saugos.

9.3. Kauno klinikos yra universiteto liginė, rezidentūros bazė, kartu su LSMU vykdanči rezidentūros studijas ir mokslinius tyrimus. Įstaiga taiko naujausius gydymo metodus, atlieka

sudėtingiausias organų transplantacijas, tačiau dėl nesuprantamų priežasčių tampa tariamai nepajėgi suteikti kokybiškas KKLТ paslaugas. Teigiama, kad pacientų saugumo ir racionalaus lėšų naudojimo tikslais reikia suteikti paslaugas tik Santariškių klinikose, tačiau neaišku, kodėl vis dėlto Kauno klinikoms leidžiama atlikti ne daugiau, kaip 20 AUTOKKLT per metus. Neaišku, kodėl 20 AUTOKKLT atlikti per metus Kauno klinikose saugu ir racionalu, o pavyzdžiui, 25 AUTOKKLT atlikimas per metus jau tampa ir neracionalus lėšų panaudojimo aspektu, ir nesaugus pacientams.

9.4. Sprendimas pradėti teikti KKLТ paslaugas Kauno klinikose nebuvo priimtas staiga. Aktyvus pasirengimas truko daugiau, nei 5 metus. Šį sprendimą lėmė objektyvūs poreikiai, susiję su pacientų teisių ir paslaugų prieinamumo didinimu, mokslo pažangos aspektais. Nuo 2011 m. Kauno klinikose pradėtas aktyvus specialistų rengimas, rekonstruotas Kauno klinikų Onkologijos ir hematologijos klinikos pastatas.

9.5. Kauno klinikos atlikti AUTOKKLT į Santariškių klinikas per metus nukreipdavo apie 40–50 pacientų: apie 30 – sergančių mielomine liga, apie 10 – ne Hodžkino limfoma, apie 3 – sergančius Hodžkino limfoma, apie 2 – sergančius AL amiloidozę, apie 1–2 – sergančius germinogenimais navikais, apie 1–2 – sergančius Ewingo sarkoma, apie 1–2 – sergančius neuroblastoma. Informuojant pacientus apie būtinybę AUTOKKLT paslaugas atlikti Santariškių klinikose, būdavo nuolat susiduriama su pacientų ir jų artimųjų nusiskundimais.

9.6. Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2015 m. gegužės 8 d. įsakymu Nr. T1-757 patikslinta 2000 m. birželio 19 d. išduota Kauno klinikų asmens sveikatos priežiūros licencija Nr. 1597 ir suteikta teisė papildomai teikti bendrąją asmens sveikatos priežiūros – audinių banko (kraujodaros kamieninių ląstelių paėmimas (išgijimas); kraujodaros kamieninių ląstelių apdorojimas; kraujodaros kamieninių ląstelių saugojimas (laikymas); kraujodaros kamieninių ląstelių paskirstymas) paslaugą. Pasikeitus tuometiniam teisiniam reguliavimui dėl KKLТ licencijavimo, Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2016 m. gegužės 5 d. įsakymu Nr. T1-695 buvo patikslinta 2000 m. birželio 19 d. išduota Kauno klinikų asmens sveikatos priežiūros licencija Nr. 1597 ir suteikta teisė papildomai teikti bendrąją asmens sveikatos priežiūros – ląstelių transplantacijos (suaugusiųjų): autologinės kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugą. Iki šiol sėkmingai atliktos 22 KKLТ (2015 m. – 7; 2016 m. – 15).

9.7. Nustatyti specialieji reikalavimai kelia abejonių dėl savo pagrįstumo, pirmiausia, dėl to, kad nėra aišku, kodėl nustatomi skirtingi patirties reikalavimai KKLТ procedūroms, atliekamoms vaikams ir suaugusiesiems. Be to, Apraše padarytais pakeitimais specialieji reikalavimai sugriežtinti nuo kelių iki keliolikos kartų. KKLТ procedūrų atlikimo patirtis įstaigoje padidinta nuo 5 metų iki 10 metų. AUTOKKLT atlikimo skaičius siekiant įgyti teisę teikti giminingo donoro ALOKKLT paslaugas padidintas daugiau nei 13 kartų – nuo 60 iki 800.

9.8. Tarptautinių akreditavimo procedūrų reikalavimai KKLТ yra daug mažesni, nei įtvirtintieji Apraše, nors turėtų būti priešingai. Akreditavimas yra sudėtingesnė procedūra, ja siekiama parodyti pasiektą ypatingai aukštą paslaugų standartą. Lietuvoje sveikatos priežiūros įstaiga gali teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas tik nustatyta tvarka gavusi licenciją. Licencijavimas – nustatymas, kad įstaigos veikla atitinka teisės aktų reikalavimus, įstaigos teisės teikti paslaugas pripažinimas ir licencijos išdavimas (Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 7 str.). Įstaigos gali būti akredituojamos sveikatos priežiūrai (Sveikatos sistemos įstatymo 16 str. 4 d., Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 6 str.). Akreditavimas – įstaigos savanoriškai inicijuotas įvertinimas, ar ji atitinka nustatytus sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybės standartus, ir akreditavimo pažymėjimo išdavimas (Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 str.). Sveikatos priežiūros įstaiga turi teisę kreiptis dėl akreditavimo, jei ji turi licenciją ir ne mažesnę kaip trejų metų atitinkamos rūšies sveikatos priežiūros paslaugų teikimo patirtį. Įstaiga akredituojama ne ilgesniam, kaip penkerių metų laikotarpiui (Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 6 str. 1 d.). Akreditavimo reikalavimus rengia aukštosios mokyklos bei mokslo įstaigos kartu su sveikatos priežiūros specialistų organizacijomis (Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 6 str. 7 d.). Apraše nustatyti specialieji reikalavimai savo pobūdžiu galėtų nebent atitikti akreditavimo kaip savanoriškos procedūros, bet ne licencijavimo kaip privalomos procedūros reikalavimus.

9.9. Kauno klinikos kreipėsi į vieną žymiausių gydytojų hematologų KKLТ srityje – Leipcigo universiteto ligoninės Hematologijos ir onkologijos skyriaus vedėją ir Kauno klinikų specialistą

konsultantą, gydytoją hematologą prof. D. N., prašydamos pateikti išvadą dėl Apraše nustatytų reikalavimų ir palyginimo su kitose valstybėse nustatytais licencijavimo reikalavimais bei tarptautiniais JACIE standartais. Iš pateikto atsakymo matyti, kad tokių aukštų reikalavimų nėra nei vienoje valstybėje. Šio specialisto nuomone, Europos šalių statistika rodo, jog 1 mln. gyventojų reikalingas vienas kaulų čiulpų transplantacijos centras, todėl daugelyje šalių veikia po keletas tokių centrų.

9.10. Ginčijamos Aprašo nuostatos daro žalą mokslo pažangai, pažeidžia LSMU autonomijos principą ir nepagrįstai riboja Kauno klinikų nuostatuose įtvirtintas veiklos sritis. Vienas iš Kauno klinikų veiklos tikslų yra integruoti LSMU sukauptą šiuolaikinį mokslo, studijų ir klinikinės praktikos potencialą (Nuostatų 9 p.). Nuostatų 14.1 punkte nustatyta, jog Kauno klinikos „savarankiškai ir kartu su universitetu dalyvauja mokslinėje veikloje, kuria, tobulina, vertina ir diegia mokslo naujoves, diagnostikos ir gydymo technologijas medicinos praktikoje“. LSMU Senato 2013 m. birželio 7 d. nutarimu Nr. 32-04 patvirtintoje Hematologijos rezidentūros studijų programoje yra privaloma „Kamieninių kraujodaros ląstelių transplantacijos ir transfuziologijos“ ciklo dalis. Jos metu gydytojas rezidentas turi įgyti įgūdžių transfuziologijos ir kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos srityje. Be to, „Kamieninių kraujodaros ląstelių transplantacijos ir transfuziologijos“ temai pagal patvirtintą rezidentūros programą skiriamos 25 praktikos valandos, o kaulų čiulpų transplantacijų taikymo galimybių išmanymas yra neatsiejama ir kitų šio rezidentūros ciklo temų dalis. Be to, pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. birželio 23 d. įsakymu Nr. V-791 patvirtintos Medicinos normos MN 120:2015 „Gydytojas hematologas: teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ 15.5.19 papunktį, po papildomo mokymo universiteto kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos centre gydytojas hematologas turi mokėti gydyti kitas ligas, kuriomis sergant reikalinga KKL. Šios Medicinos normos 16.4 papunktyje teigiama, kad po specialaus teorinio ir praktinio pasirengimo teisės aktų nustatyta tvarka gydytojas hematologas turi gebėti: tirti, gydyti bei stebėti pacientą prieš ir po AUTOKKL, atlikti donoro kaulų čiulpų paėmimo autologinei kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijai procedūrą, atlikti autologinę kraujodaros kamieninių ląstelių transplantaciją, gydyti komplikacijas po jos; įvertinti imunologinių bei kitų tyrimų duomenis parenkant donorus ALOKKL, gydyti bei stebėti pacientą prieš ir po ALOKKL, atlikti donoro kaulų čiulpų paėmimo ALOKKL procedūrą, atlikti ALOKKL, gydyti komplikacijas po jos ir t.t. Jei bus paliktos galioti ginčijamos Aprašo nuostatos, visos aukščiau minėtos rezidentūros programos nuostatos liks tik deklaracija.

9.11. Neegzistuoja jokios objektyvios aplinkybės, kurios pagrįstų Apraše įtvirtintą monopolinį KKL paslaugų teikimą vienoje universiteto ligoninėje (Santariškių klinikose). Kauno klinikos, būdamos universiteto klinicine baze ir didžiausia donorine ligonine bei įvairių organų transplantacijos centru, turi išvystytą infrastruktūrą KKL teikti, čia dirba daugiadalykinė aukštos kvalifikacijos specialistų komanda, todėl visiškai nesuprantama, kaip galėjo būti priimtas poįstatyminis teisės aktas, kuris savo nuostatomis universiteto ligoninę eliminavo iš konkrečios transplantacijos srities, apribojo pacientų teisę pasirinkti gydymo įstaigą, suvaržė pažangių mokslo metodų taikymą ir užkirto galimybę ruošti aukščiausios kompetencijos gydytojus hematologus.

9.12. Teisinis reguliavimas, galiojęs iki 2016 m. lapkričio 1 d., sudarė prielaidas tiek Santariškių klinikoms, tiek Kauno klinikoms, kaip universiteto ligoninėms, teikti AUTOKKL ir ALOKKL paslaugas pacientams. Pakeitus teisinį reguliavimą, buvo pažeistas teisėtas lūkestis, kad šias paslaugas teiks abi įstaigos. Kauno klinikų teisėtas lūkestis susiformavo nuo 2015 metų jai teikiant AUTOKKL paslaugas, ir šis teisėtas lūkestis buvo pažeistas, nustatant nepagrįstus reikalavimus. Įgyvendindama savo, kaip universiteto ligoninės funkcijas, Kauno klinikos siekė konkuruoti su Santariškių klinikomis vienoje rinkoje – Lietuvos Respublikoje, teikiant KKL paslaugas pacientams, tokiu būdu užtikrinant aukščiausią šių paslaugų kokybę ir prieinamumą. Santariškių klinikoms artimiausius dešimtmečius nesusidūrus su konkurencija KKL paslaugų teikimo rinkoje, nuo to nukentės ir pacientai, t. y., be kita ko, jų galimybė pasirinkti, kurios universiteto ligoninės statusą turinčios asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiamomis KKL paslaugomis naudotis.

9.13. Galiojusi Aprašo redakcija užtikrina paslaugų kokybę ir prieinamumą ir netgi atitiko tarptautinių akreditavimo procedūrų reikalavimus. Nėra jokių tarptautinių mokslinių tyrimų, kurie leistų pagrįsti perėjimo nuo autologinės prie alogeninės KKL centro veiklos trukmės ar jos veiklos

kiekybinių–kokybinių rezultatų specifinių reikalavimų. Remiantis moksliniais duomenimis, darytina išvada, kad pradėjus atlikti ALOKLT antrame universiteto ligininės KKL centro, tikėtinas ne tu pačių pacientų persiskirstymas tarp centrų, bet naujų pacientų pritraukimas. Naujam KKL centrai būtina transplantuoti reikiamą pacientų skaičių, taikant įvairius alogeninių KKL metodus ir donorų šaltinius, kuris apibrėžiamas JACIE akreditacijos reikalavimuose (daugiau, kaip 10 pacientų per metus). Tai reiškia, kad yra reikalingas tam tikras minimalus transplantuotų pacientų skaičius per metus, siekiant optimizuoti transplantacijų rezultatus. Minimaliai reikalingas alogeninių transplantacijų skaičius per metus, būtinas pagerinti šių transplantacijų rezultatus, nėra labai didelis ir antram KKL centrai yra pasiekiamas per priimtina ir protingą laikotarpį. Tai, kad Apraše nustatyti reikalavimai yra neproporcingi ir nepagrįsti, kaip minėta, patvirtino ir gydytojas hematologas prof. D. N.. Taigi nesant duomenų, kad ankstesnėje Aprašo redakcijoje nustatyti reikalavimai buvo nepakankami, naujoje Aprašo redakcijoje išdėstyti nuo kelių iki keliolikos kartų padidinti reikalavimai laikyti pertekliniais ir nepagrįstais.

9.14. Aprašo pakeitimai nebuvo derinti su jokiais suinteresuotomis institucijomis, universitetais ar universitetų liginėmis.

10. Lietuvos chirurgų asociacijos nuomone, ginčijamos Aprašo nuostatos yra teisėtos, kadangi organų transplantacija yra viena iš sudėtingiausių medicininių procedūrų, todėl geriausi transplantacijų rezultatai pasiekiami centruose, kuriuose sukaupta ilgalaikė transplantacijų patirtis, yra atliekamas pakankamas skaičius procedūrų, specialistai nuolat tobulinasi geriausiuose Europos bei pasaulio transplantacijų centruose. Siekiant didinti Lietuvos tarptautinį konkurencingumą transplantacijų srityje, naujų transplantacijos centrų kūrimas yra netikslingas, o transplantacijų paslaugų fragmentacija tik pablogins transplantacijų rezultatus.

11. Nuomonę taip pat pateikė Lietuvos chirurgų asociacijos valdybos narys prof. G. B.. Jis nurodo, kad Apraše nustatyti specialieji reikalavimai yra nepagrįsti ir viršija net ir tarptautinio akreditavimo reikalavimus. Toks teisinis reguliavimas yra diskriminacinis. Į Santariškių klinikas nukreipiamų KKL skaičius sudarys 90 proc. visų Lietuvoje atliekamų šių transplantacijų. Taigi aptariamų paslaugų siekiantys pacientai iš esmės nebegalės laisvai pasirinkti, kurioje iš Lietuvoje veikiančių universiteto ligininių jie norės gydytis. Aprašas taip pat riboja gydytojų teisę pasirinkti darbo vietą, pažeidžia LSMU interesus.

12. Asociacija onkohematologinių ligonių bendrija „Kraujas“ taip pat pateikė nuomonę, grindžiamą šiais argumentais:

12.1. Aprašas užtikrina pacientų teisę gauti kokybiškas KKL paslaugas. Atsižvelgiant į aptariamą procedūros sudėtingumą, ginčijamuose Aprašo papunkčiuose nustatyti būtini, tinkami ir priimtini gydytojų ir slaugytojų stažo, nepertraukiamos pacientų priežiūros ir centro patirties (atliktų procedūrų skaičiaus ir jų atlikimo trukmės) reikalavimai. Sveikatos apsaugos ministras ginčijamus Aprašo papunkčius nustatė aktyviai dalyvaujant pacientų organizacijoms bei atsižvelgęs į piktybinėmis kraujo ir kitomis retomis ligomis sergančių pacientų, kuriems taikoma KKL, interesus.

12.2. Ginčijami Aprašo papunkčiai nemažina esamo KKL paslaugų prieinamumo Lietuvoje. Ginčijamus Aprašo papunkčius atitinkančių paslaugų prieinamumas Lietuvoje šiuo metu užtikrintas. Lietuvoje atliekamų procedūrų skaičius ir geri rezultatai yra medicininės ir technologinės pažangos įrodymas, patvirtinantis šių sveikatos priežiūros paslaugų patikimumą.

12.3. Patirties ir stažo reikalavimai yra pagrįsti tyrimais ir pasauline praktika. Augant atliktų procedūrų skaičiui ir centro patirčiai, didėja centro specialistų patirtis, o kartu ir pacientų išgyvenamumo rodikliai. Santariškių klinikos turi 16 metų patirtį ir jau atliko virš 1500 procedūrų. Lietuvoje esant keliems KKL centrams su skirtingu teikiamų paslaugų saugumu, būtų pažeista mažesnę paslaugų saugumą galinčio užtikrinti centro pacientų teisė į kuo geresnę sveikatą. Moksliniais tyrimais įrodyta, kad kas dešimtos potransplantacinio paciento mirties būtų galima išvengti, jeigu operacija būtų atlikta didelę patirtį turinčiame centre.

12.4. Transplantacijos programos duomenimis, šiuo metu teikiamų KKL paslaugų rezultatai atitinka arba viršija labiausiai išsivysčiusių šalių rezultatus. Kadangi esamas reguliavimas užtikrina aukštą aptariamų paslaugų saugumą, naikinti ginčijamuose Aprašo papunkčiuose nustatytus reikalavimus reikštų pacientų teisės į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas paneigimą.

12.5. Ginčijamuose Aprašo papunkčiuose nustatytų reikalavimų taikymas neriboja paciento, turinčio teisę gauti KKLТ paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto, galimybės šias paslaugas gauti visose numatytus kriterijus atitinkančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose Lietuvos Respublikos teritorijoje, nepriklausomai nuo paciento gyvenamosios vietos ar sveikatos priežiūros įstaigos buvimo vietos. Priešingai nei teigia pareiškėjai, vakarų, šiaurės ir pietų Lietuvos pacientai 100 kilometrų ar didesnio atstumo dar niekada neakcentavo, kaip kliūtis atvykti kokybiškų aptariamų paslaugų į Vilniaus centrus. 100 kilometrų atstumas nėra reikšmingas, kai būtina suteikti retas, brangias ir pavojingas medicininės procedūras.

12.6. Aukšto lygio technologijų reikalaujančių ir retų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas nėra ir negali būti matuojamas tokiais kiekybiniais kriterijais, kaip paslaugas teikiančių įstaigų skaičius ar atstumas tarp šias paslaugas teikiančių centrų. Priešingai, dėl pacientų gerovės aptariamas paslaugas, vadovaujantis Europos Sąjungos praktika, siekiama sukongcentruoti geriausias sąlygas jas atlikti ir geriausias rezultatus užtikrinančiose įstaigose. Sveikatos apsaugos ministerija, atsižvelgusi į pasiekimus ir patirtį, 2015 m. Santariškių klinikas paskyrė nacionaliniu onkohematologijos referencijos centru.

13. Lietuvos transplantologų asociacija pateiktoje nuomonėje paaiškina, kad transplantologija yra sudėtinga, specifinių žinių bei daug materialinių resursų reikalaujanti sritis. Šios žinios įgyjamos ilgą laiką atliekant pakankamą transplantacijų skaičių. Svarbu, kad kiekvienas transplantacijoje dalyvaujantis gydytojas atliktų ne pavienes procedūras, bet specializuotąsi transplantacijose bei transplantacijas atliktų reguliariai. Ne mažiau svarbus yra visos komandos darbas ir specialios pagalbos užtikrinimas visą parą. Lietuvos transplantologų asociacijos nariai dalyvavo rengiant Transplantacijos programą, kurioje įtvirtinta esminė transplantacijų plėtros nuostata, kad transplantacijos Lietuvoje turi būti plėtojamoms koncentracijos principu. Aprašas atitinka pasaulines transplantologijos vystymo tendencijas bei minėtos programos nuostatas. Apraše nustatyti patirties, personalo reikalavimai, reikalavimas užtikrinti specialią pagalbą visą parą leis užtikrinti aukštą transplantacijos paslaugų kokybę Lietuvoje ir pacientų saugą. Pareiškėjų skatinama konkurencija šioje srityje sumažins transplantacijų skaičių ir dėl to pablogins jų kokybę.

14. Dėl pareiškimų atskirą nuomonę pateikė Lietuvos transplantologų asociacijos valdybos nariai prof. L. K., prof. V. K. ir Dr. A. K.. Jų vertinimu, ginčo Aprašas prieštarauja ne tik demokratinės valstybės principui, bet ir kenkia ligonių bei valstybės interesams. Kauno klinikos turi išvystytą infrastruktūrą ir aukštos kvalifikacijos komandą transplantacijos paslaugoms teikti. Kauno klinikoms atimama galimybė konkuruoti su analogiškoms paslaugas teikiančiomis Santariškių klinikomis. Tokia situacija vertintina, kaip konkurencijos ribojimas, be kita ko, ribojantis ir pacientų teisę pasirinkti, kurios universiteto ligoninės statusą turinčios asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiamomis KKLТ paslaugomis naudotis. Abu universitetai vykdo Hematologijos studijų programas, taigi pažeidžiami ir LSMU interesai. Dauguma Europos Sąjungos šalių turi ne vieną šias paslaugas teikiančią centrą. Aprašas užkerta kelią pritraukti užsienio specialistus ir suteikti aukščiausios kokybės paslaugas.

15. Lietuvos pacientų organizacijų atstovų tarybos pateiktoje nuomonėje teigiama, kad Apraše nustatytą asmens sveikatos priežiūros paslaugų reglamentavimą galima vertinti, kaip diferencijuotą teisinį reguliavimą, tačiau jis yra suderinamas su konstituciniu teisinės valstybės principu. Santariškių klinikose yra įsteigti du didelę patirtį turintys transplantacijų centrai (suaugusiųjų ir vaikų), kuriuose KKLТ vykdomos ne tik Lietuvos, bet ir Latvijos pacientams. Lietuvoje kasmet atliekama ne daugiau, kaip 200 KKLТ. Santariškių klinikose šiemet buvo atlikta 1000-oji AUTOKKLТ, o Kauno klinikos tik pradeda veiklą šioje srityje. Mokslinių tyrimų duomenys rodo, kad aptariamų operacijų rezultatai yra geresni tuose centruose, kurie turi daugiau patirties. Šias išvadas patvirtina ir Lietuvos vaikų vėžio asociacijos „Paguoda“ pateikta informacija, rodanti, kad per 15 veiklos metų Vaikų onkohematologijos centre, esančiame Santariškių klinikose, su KKLТ susijęs miringumas dėl toksinių komplikacijų per pirmąsias 100 dienų šiame centre sumažėjo nuo 37 proc. iki 0 proc. Latvija dėl nepakankamo pacientų kiekio ir su tuo susijusio negalėjimo sukaupti reikiamos patirties apsisprendė atsisakyti vykdyti šioje šalyje visas vaikų ir negiminingo donoro ALOKKLТ. Aptariamų paslaugų teikimas pacientams yra užtikrinamas, kadangi poreikis yra nedidelis. Dėl mažo šių operacijų kiekio esant dviem centrums nukentės gydytojų kvalifikacija ir pablogės transplantacijų rezultatai.

16. Lietuvos hematologų draugija savo nuomonėje nurodo, kad KKLТ atlieka gydytojai hematologai ar vaikų hematologai, po hematologo rezidentūros įgiję papildomos patirties transplantacijų centruose. Siekiant išsiaiškinti, ar transplantacijų centro veiksniai (pvz., transplantacijų skaičius centre, transplantacijų programos trukmė, personalo skaičius ir kt.) įtakoja transplantacijų rezultatus, prie nuomonės pateikiami moksliniai tyrimai, publikuoti medicinos mokslo žurnaluose. Naujausi tyrimai rodo, kad šie transplantacijų centro veiksniai yra kritiškai svarbūs transplantacijų rezultatams. Santariškių klinikose nuo 1999 m. suaugusiesiems bei nuo 2002 m. vaikams atliekamos visų rūšių AUTOKKLT bei ALOKKLT, Kauno klinikose nuo 2015 m. atliekamos tik AUTOKKLT suaugusiesiems, kurie serga mielomine liga. KKLТ poreikis dėl jų sudėtingumo kiekvienais metais yra ribotas ir prognozuojamas. Mokslinėje literatūroje nėra jokių įrodymų, kad valstybės, didindamos gydymo įstaigų konkurenciją, būtų pagerinusios transplantacijų kokybę ir pacientų saugą. Atvirkščiai, mokslinė literatūra patvirtina, kad paslaugų koncentravimas užtikrina geriausias transplantacijų rezultatus. Šie rezultatai geresni centruose, kuriuose: atliekama daugiau transplantacijų; kiekvienas gydytojas atlieka daugiau transplantacijų; transplantacijos atliekamos ilgiau. 2014 m., kai veikė du centrai, Lietuvoje veikiančių transplantacijų centrų skaičius 1 milijonui gyventojų buvo labai panašus į kitų panašaus ekonominio išsivystymo šalių atitinkamą rodiklį. 2015 m. atidarius trečią transplantacijų centrą Kauno klinikose, Lietuva pateko tarp didžiausių transplantacijų paslaugų fragmentaciją turinčių šalių. Vaikų KKLТ sudaro 10 proc. visų šalyje atliekamų transplantacijų, kas atitinka tarptautinę praktiką. Pacientų eilių dėl KKLТ ar donoro nėra. Santariškių klinikose esantys specializuoti suaugusiųjų ir vaikų KKLТ centrai yra toje pačioje gydymo įstaigoje, o tai užtikrina sklandų ligonio perėjimą iš vaikų į suaugusiųjų specialistų priežiūrą. Lietuvoje suaugusiųjų ir vaikų transplantacijų poreikis kiekvienais metais neviršija 200, todėl laisvas ir nereguliuojamas naujų centrų kūrimas ir jų plėtra sumažintų kiekviename centre atliekamų transplantacijų skaičių, dėl to mažėtų juose dirbančių gydytojų patirtis ir paslaugų kokybę. Nustatytas teisinis reguliavimas yra proporcingas transplantacijų sudėtingumui. Atsižvelgiant į tai, kad Lietuvoje transplantacijų skaičius 10 mln. gyventojų yra didesnis nei daugelyje panašaus ekonominio išsivystymo valstybių, į tai, kad nuo 2011 m. jų skaičius yra stabilus, transplantacijų apimčių didėjimo galimybė Lietuvoje yra labai ribota. Paslaugų apimtys galėtų didėti tik atsiradus naujoms medicininėms indikacijoms. Atsiradus naujoms ne transplantacijų medicininėms technologijoms, KKLТ paslaugų poreikis gali mažėti. Santariškių klinikos per pirmuosius 10 metų atliko iš viso 200 AUTOKKLT mielomine liga sergantiems pacientams, kas vidutiniškai sudaro 20 transplantacijų per metus. Tai padėjo įgyti tinkamą patirtį kitoms transplantacijoms atlikti – Santariškių klinikose transplantacijos atliekamos 18 metų, todėl siekiant didesnio pacientų saugumo, tokia tobulėjimo ir patirties kreivė yra adekvati ir geriausiai užtikrinanti pacientų saugą. Nauji specialistai yra ruošiami Santariškių klinikose hematologijos rezidentūros metu. 2 metų transplantacijų patirtį specialistai įgyja dirbdami Santariškių klinikų transplantacijų centre kartu su patyrusiais transplantacijų specialistais. Santariškių klinikos kitų transplantacijų centrų specialistus gali ruošti sutarčių pagrindu ar įdarbindami hematologo licenciją turinčius specialistus. Nuo 2017 m. AUTOKKLT specialistus galės ruošti ir Kauno klinikos. JACIE reikalavimai yra skirti nustatyti minimalias gaires programoms, centrams ir asmenims, kurie taiko ląstelių gydymo procedūras ar tiems, kurie tokioms procedūroms teikia pagalbines paslaugas. Šie standartai nėra skirti nustatyti geriausiai praktikai ar aprašyti visas procedūras ar praktiką, kurias programa, centrai ar asmenys turėtų įgyvendinti, jei šalyje yra priimta standartinė praktika, įstatymai ar valstybės nustatytas reguliavimas, kuris įtvirtina papildomus reikalavimus (JACIE 2015 m. kovo mėn. Vadovo preambulė). Medicinos literatūroje nėra duomenų, kad JACIE skaičiai yra siejami su transplantacijų kokybės rodikliais. R. T. ląstelinės terapijos draugijos Bendrojo (Tarptautinio) akreditavimo komiteto, Europos kraujo ir kaulų čiulpų transplantacijos draugijos ir Europos leukemijų tinklo atlikto tyrimo duomenimis, kuo daugiau transplantacijų per metus yra atliekama centre, tuo transplantacijų rezultatai yra geresni. Tarptautinio kaulų čiulpų transplantacijos registro (IBMTR) bei Autologinės kraujo ir kaulų čiulpų transplantacijų registro (ABMTR) 1426 transplantacijų, atliktų 88 centruose, duomenys patvirtina, kad transplantacijų rezultatams yra ypatingai svarbi kiekvieno gydytojo patirtis ir yra būtina užtikrinti 24 val. specialisto gydytojo pagalbą pacientams po KKLТ.

k o n s t a t u o j a:

IV.

Dėl norminės administracinės bylos dalyko ir ribų

17. Nagrinėjamoje administracinėje byloje keliamas norminio administracinio akto – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 9 d. įsakymu Nr. V-632 patvirtinto Žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugų, apmokamų iš transplantacijos programos lėšų, teikimo reikalavimų, bazinių kainų ir mokėjimo tvarkos aprašo (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymo Nr. V-830 redakcija) – dalies teisėtumo klausimas.

18. Aprašas reglamentuoja žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugų, apmokamų iš transplantacijos programos lėšų, teikimo reikalavimų, bazinių kainų ir mokėjimo tvarką, *inter alia* žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugų teikimo reikalavimus (II skyrius), alogeninių negiminingų donorų kaulų čiulpų transplantacijų koordinavimą ir negiminingų donorų paiešką (III skyrius), mokėjimo už žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugas tvarkos aprašą (IV skyrius), žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugų bazines kainas (V skyrius).

19. Atsižvelgiant į Žmogaus audinių, ląstelių, organų donorystės ir transplantacijos įstatymo 2 straipsnio 13 dalį, audinių, ląstelių, organų transplantacija – tai donorų audinių, ląstelių, organų persodinimas recipientams gydymo tikslu. Sveikatos sistemos įstatymo 2 straipsnio 29 dalyje nustatyta, kad sveikatinimo veikla – tai asmens sveikatos priežiūra, visuomenės sveikatos priežiūra, medicinos priemonių (prietaisų) rinkos subjektų veikla, farmacinė ir kita veikla, kurios rūšis ir reikalavimus ją vykdančiams subjektams nustato sveikatos apsaugos ministras. To paties straipsnio 1 dalyje įtvirtinta, kad asmens sveikatos priežiūra – tai valstybės licencijuota fizinių ir juridinių asmenų veikla, kurios tikslas – laiku diagnozuoti asmens sveikatos sutrikimus ir užkirsti jiems kelią, padėti atgauti ir sustiprinti sveikatą. Taigi Aprašas įtvirtina sveikatinimo veiklos – asmens sveikatos priežiūros, atliekant žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantaciją, reikalavimus, mokėjimo už šias paslaugas tvarką ir kitas nuostatas.

20. Apraše KKLT paslaugos skiriamos į autologinę žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantaciją (toliau – ir AUTOKKLT), kuri reiškia kraujodaros kamieninių ląstelių paėmimą ir persodinimą į to paties žmogaus kūną gydymo tikslu (Aprašo 1 p.), ir alogeninę žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantaciją (toliau – ir ALOKKLT), kuri reiškia kraujodaros kamieninių ląstelių paėmimą ir persodinimą į kito žmogaus kūną gydymo tikslu (Aprašo 2 p.). ALOKKLT taip pat skiriamos į šias rūšis: giminingą ALOKKLT – donoras ir recipientas yra tų pačių tėvų vaikai (2.1 p.); negiminingą ALOKKLT – donoras ir recipientas yra skirtingų tėvų vaikai (2.2 p.); haploidinę ALOKKLT – donoras ir recipientas yra tų pačių ar skirtingų tėvų vaikai ir skiriasi daugiau kaip vienu I ir (ar) II klasės žmogaus leukocitų antigenų (2.3 p.).

21. Aprašo 8 punkte įtvirtinta, kad asmens sveikatos priežiūros įstaiga, kurioje atliekama kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacija – tai universiteto ligoninė, turinti tretinės stacionarinės suaugusiųjų hematologijos (kai teikiamos suaugusiųjų transplantacijos paslaugos) ir (ar) tretinės vaikų onkohematologijos (kai teikiamos vaikų transplantacijos paslaugos), kraujo donorystės (kraujo centro), audinių banko (kraujo kamieninių ląstelių paėmimas, apdorojimas, paskirstymas ir laikymas) asmens sveikatos priežiūros licencijas. Įstaiga, kurioje ketinama įdiegti kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugas, turi pateikti Sveikatos apsaugos ministerijai duomenis ir gauti jos išvadą dėl šių paslaugų poreikio, investicijų, paprastųjų išlaidų pagrįstumo, veiklos efektyvumo bei kokybės. Pagal sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 14 d. įsakymą Nr. V-364, prie licencijuojamų bendrųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų priskiriama ląstelių transplantacija (suaugusiųjų ir (arba) vaikų): alogeninė kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacija (22.1. p.); autologinė kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacija (22.2. p.). Taigi Aprašas taikomas licencijuojamai

autologinės kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijai ir alogeninės kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijai, kurią atlieka tretinio lygio stacionarinės universiteto ligoninės.

22. Sveikatos draudimo įstatymo 9 straipsnio 6 dalis įtvirtina, kad iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos išvardijamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašė. Šį sąrašą tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija, įvertinusi Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones. Aptariamame Apraše, t. y. jo V skyriuje, šis KKLT, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, sąrašas ir yra įtvirtintas. Taigi Aprašas reglamentuoja iš PSDF biudžeto lėšų finansuojamas žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugas.

23. Pareiškėjai suabejojo, ar Aprašo 12.1.2–12.1.6, 12.2, 13.1.1–13.1.6 papunkčiai neprieštarauja Lietuvos Respublikos Konstitucijos 40 straipsnio 3 daliai, 46 straipsnio 1, 3 ir 4 dalims, 48 straipsnio 1 daliai, 53 straipsnio 1 daliai, Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo 4 straipsniui, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 4 straipsnio 1 ir 2 dalims, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto statuto 6.1, 6.2, 8, 85 ir 110 punktam, Lietuvos Respublikos darbo kodekso 2 straipsnio 1 dalies 2 punktui, Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymo 3 straipsnio 2 dalies 1–4 punktam ir 7 straipsniui.

24. Lietuvos Respublikos administracinių bylų teisenos įstatymo 2 skyriaus 1 skirsnis, nustatantis pareiškimų ištirti norminių administracinių aktų teisėtumą nagrinėjimo tvarką, suponuoja, kad norminės administracinės bylos nagrinėjimo ribas paprastai apibrėžia pareiškėjo pareiškime pateiktas prašymas, jo apimtis, taip pat šį prašymą pagrindžiantys teisiniai argumentai. Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas savo praktikoje nuosekliai laikosi nuostatos, kad pareiškėjo abejonė dėl norminio administracinio akto (jo dalies) atitikties įstatymui ar Vyriausybės norminiam aktui turi būti teisiškai motyvuota. Pareiškėjas negali apsiriboti vien bendro pobūdžio teiginiais ar vien tvirtinimu, kad norminis administracinis aktas ar konkreti jo nuostata, jo manymu, prieštarauja aukštesnės galios teisės aktui, tačiau privalo aiškiai nurodyti, be kita ko, kokia apimtimi ir kurioms konkrečiai įstatymo ar Vyriausybės norminio akto nuostatoms įžvelgiamas prieštaravimas, savo poziciją dėl kiekvienos ginčijamos teisės normos atitikties aukštesnės galios teisės normai pagrįsti aiškiai suformuluotais teisiniais argumentais. Pareiškėjas, formuluodamas teisinius argumentus, turi išnagrinėti tiek atitinkamo norminio administracinio akto (jo dalies) turinį, tiek aukštesnės galios teisės akto (įstatymo ar Vyriausybės norminio akto) turinį ir pateikti konkrečią nuomonę dėl prieštaravimų tarp šių aktų. Pareiškime neturi būti ir nutylėtų motyvų, neįvertintų reikšmingų teisinio reguliavimo aspektų (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2012 m. balandžio 23 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A⁴⁴²-1503/2012, išplėstinės teisėjų kolegijos 2014 m. lapkričio 10 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A⁴⁴²-1586/2014, 2015 m. rugsėjo 3 d. nutartis administracinėje byloje Nr. eA-2096-502/2015). Pareiškime ištirti norminio administracinio akto (jo dalies) atitiktį aukštesnės galios teisės aktams nenurodžius *inter alia* teisiųjų motyvų, pagrindžiančių pareiškėjo abejonę dėl kiekvieno konkrečiai nurodyto ginčijamo teisės akto (jo dalies) straipsnio (jo dalies) ar punkto, kurio atitiktimi konkrečiai nurodytomis įstatymo ar kito aukštesnės galios teisės akto nuostatoms pagal normų turinį ir (arba) reguliavimo apimtį pareiškėjas abejoja, ir pagal tokį pareiškimą pradėjus bylą nagrinėti teisme, suvaržomos valstybės institucijos, išleidusios ginčijamą teisės aktą, teisės, nes tokiu atveju šiam subjektui tampa sunkiau teikti paaiškinimus dėl pareiškėjo argumentų, rengtis teismui nagrinėjimui, o teismui, nagrinėjančiam bylą pagal tokį pareiškimą, sudėtinga nustatyti tyrimo dalyką ir atlikti teisėtumo patikrą. Pagal tokį pareiškimą pradėta byla negali būti nagrinėjama ir turi būti nutraukta.

25. Vertinant pareiškėjų argumentus, pirmiausia pažymėtina, kad pareiškėjai, grįsdami savo abejonę dėl ginčijamo teisinio reguliavimo teisėtumo, teisiųjų motyvų dėl kiekvieno pareiškime nurodyto Aprašo papunkčio atitikties kiekvienai aukštesnės galios teisės normai nepateikia, o prieštaravimą iš esmės sieja su Aprašo 12.1.2–12.1.6, 12.2, 13.1.1–13.1.6 papunkčiuose nustatyto teisiniu reguliavimu, kaip visuma, ir tik dėl kai kurių Aprašo papunkčių atitikimo kai kurioms aukštesnės galios teisės nuostatoms pateikia išsamesnius argumentus. Apibendrinus pareiškimuose išdėstytus argumentus, yra aišku, kad ginčijamų Aprašo papunkčių neteisėtumą pareiškėjai iš esmės sieja su pernelyg griežtų reikalavimų įstaigoms, teikiančioms KKLT, nustatymu, kurie, pasak

pareiškėjų, dirbtinai apriboja Kauno klinikų galimybę konkuruoti su Santariškių klinikomis, nepagrįstai suvaržo gydytojų specialistų teisę vykdyti rezidentūros studijas ir rinktis darbą Kauno klinikose, nepagrįstai apriboja Lietuvos sveikatos mokslų universiteto autonomiją. Konkurencijos nebuvimas, KKLT paslaugų sutelkimas vienoje įstaigoje, pareiškėjų nuomone, be kita ko, kenkia KKLT paslaugų kokybei ir prieinamumui.

Dėl Aprašo 12.1.2–12.1.6, 13.1.3–13.1.6 papunkčių

26. Ginčijami Aprašo 12.1.2–12.1.6 papunkčiai įtvirtinti antrame teisės akto skyriuje „Žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugų teikimo reikalavimai“, 12 punkte „Autologinės žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugų teikimo reikalavimai“ ir priskirti prie 12.1 papunkčio – „Įstaigos, kuri teikia autologinės kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugas, specialieji reikalavimai“.

27. Ginčijamuose Aprašo 12.1.2–12.1.6 papunkčiuose įtvirtinta:

„<...>“;

12.1.2. AUTOKKLT paslaugas teikiančiam padaliniui vadovauja ne trumpesnę kaip 2 metų AUTOKKLT atlikimo stažą turintis gydytojas hematologas (kai atliekamos AUTOKKLT suaugusiesiems) ar vaikų hematologas (kai atliekamos AUTOKKLT vaikams);

12.1.3. AUTOKKLT paslaugas teikiančiame padalinyje turi dirbti gydytojai hematologai (kai atliekamos AUTOKKLT suaugusiesiems) ar vaikų hematologai (kai atliekamos AUTOKKLT vaikams), turintys ne trumpesnę kaip 2 metų AUTOKKLT atlikimo stažą, jų skaičius padalinyje turi būti pakankamas, kad šių gydytojų teikiamų AUTOKKLT paslaugų teikimas būtų užtikrintas nepertraukiamu paros (įskaitant poilsio ir švenčių dienas) darbo režimu;

12.1.4. AUTOKKLT paslaugas teikiančiame padalinyje turi dirbti bendrosios praktikos slaugytojai (kai atliekamos AUTOKKLT suaugusiesiems) ar vaikų slaugytojai (kai atliekamos AUTOKKLT vaikams), turintys ne trumpesnę kaip 2 metų AUTOKKLT pacientų slaugymo stažą, jų skaičius padalinyje turi būti pakankamas, kad šių slaugytojų teikiamų AUTOKKLT paslaugų teikimas būtų užtikrintas nepertraukiamu paros (įskaitant poilsio ir švenčių dienas) darbo režimu;

12.1.5. Tais atvejais, kai įstaigoje AUTOKKLT atliekama išimtinai suaugusiesiems pacientams, sergantiems mielomine liga (TLK-10-AM kodas C90) ir atliekama ne daugiau kaip 20 AUTOKKLT per metus, AUTOKKLT teikiančiame padalinyje turi dirbti gydytojas hematologas, turintis ne trumpesnę kaip 2 metų AUTOKKLT atlikimo stažą, įstaiga užtikrina ne trumpesnio kaip 6 mėnesių AUTOKKLT atlikimo stažo turinčio gydytojo hematologo konsultacijas nepertraukiamu paros (įskaitant poilsio ir švenčių dienas) darbo režimu bet įstaigai nėra taikomi šio Tvarkos aprašo 12.1.2, 12.1.3 ir 12.1.4 papunkčių reikalavimai.

12.1.6. per metus (skaičiuojamas dvejų metų iš eilės vidurkis) įstaigoje turi būti atliekamos ne mažiau kaip 5 AUTOKKLT suaugusiesiems (kai teikiamos suaugusių AUTOKKLT paslaugos) ir (ar) 5 AUTOKKLT vaikams (kai teikiamos vaikų AUTOKKLT paslaugos)“.

28. Ginčijami Aprašo 13.1.3–13.1.6 papunkčiai taip pat įtvirtinti antrame teisės akto skyriuje „Žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugų teikimo reikalavimai“, 13 punkte „Alogeninės kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugų teikimo reikalavimai“ ir priskirti prie 13.1 papunkčio – „Įstaigos, kuri teikia halogeninės kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugas, specialieji reikalavimai“.

29. Ginčijamuose Aprašo 13.1.3–13.1.6 papunkčiuose įtvirtinta:

„13.1.3. ALOKKT paslaugas teikiančiam padaliniui vadovauja ne trumpesnę kaip 2 metų ALOKKT atlikimo stažą turintis gydytojas hematologas (kai atliekamos ALOKKT suaugusiesiems) ar vaikų hematologas (kai atliekamos ALOKKT vaikams).“

13.1.4. ALOKKT paslaugas teikiančiame padalinyje turi dirbti gydytojai hematologai (kai atliekamos ALOKKT suaugusiesiems) ar vaikų hematologai (kai atliekamos ALOKKT vaikams), turintys ne trumpesnę kaip 2 metų ALOKKT atlikimo stažą, jų skaičius padalinyje turi būti pakankamas, kad šių gydytojų teikiamų ALOKKT paslaugų teikimas būtų užtikrintas nepertraukiamu paros (įskaitant poilsio ir švenčių dienas) darbo režimu;

13.1.5. molekulinį biologinių tyrimų laboratoriją, atliekančią kraujodaros chimerizmo tyrimus;

13.1.5. ALOKKLТ paslaugas teikiančiame padalinyje turi dirbti bendrosios praktikos slaugytojai (kai atliekamos ALOKKLТ suaugusiesiems) ar vaikų slaugytojai (kai atliekamos ALOKKLТ vaikams), turintys ne trumpesnę kaip 2 metų ALOKKLТ pacientų slaugymo stažą, jų skaičius padalinyje turi būti pakankamas, kad šių slaugytojų teikiamų ALOKKLТ paslaugų teikimas būtų užtikrintas nepertraukiamu paros (įskaitant poilsio ir švenčių dienas) darbo režimu;

13.1.6. per metus (skaičiuojamas dvejų metų iš eilės vidurkis) įstaigoje turi būti atliekamos ne mažiau kaip 10 ALOKKLТ suaugusiesiems (kai teikiamos suaugusių ALOKKLТ paslaugos) ir (ar) 5 ALOKKLТ vaikams (kai teikiamos vaikų ALOKKLТ paslaugos)“.

30. Iš pareiškėjų argumentų matyti, kad jie abejoja, ar šiuose Aprašo 12.1.2–12.1.6, 13.1.3–13.1.6 papunkčiuose nustatyti reikalavimai dėl KKLТ paslaugas teikiančių specialistų patirties, t. y. reikalavimas gydytojui hematologui ar vaikų hematologui turėti ne mažesnę, kaip 2 metų AUTOKKLТ ir ne mažesnę, kaip 2 metų ALOKKLТ atlikimo stažą, *inter alia* vertinant juos sistemiskai kartu su kituose ginčijamuose Aprašo papunkčiuose nustatytu teisiniu reguliavimu, atitinka nurodytas Konstitucijos ir įstatymų nuostatas, t. y. ar neprieštarauja:

- Konstitucijos 40 straipsnio 3 daliai, kurioje įtvirtinta, kad aukštosioms mokykloms suteikiama autonomija;

- Konstitucijos 48 straipsnio 1 daliai, kurioje įtvirtinta, kad kiekvienas žmogus gali laisvai pasirinkti darbą bei verslą ir turi teisę turėti tinkamas, saugias ir sveikas darbo sąlygas, gauti teisingą apmokėjimą už darbą ir socialinę apsaugą nedarbo atveju;

- Darbo kodekso 2 straipsnio 1 dalies 2 punktui, kuriame įtvirtinta, kad šio kodekso 1 straipsnyje nurodytiems santykiams reglamentuoti taikomas, be kita ko, laisvės pasirinkti darbą principas;

- Lietuvos sveikatos mokslų universiteto statuto, patvirtinto Seimo 2010 m. birželio 30 d. nutarimu Nr. XI-973 (toliau – ir Statutas) 6.1–6.2 papunkčiams, kuriuose įtvirtinti Lietuvos sveikatos mokslų universiteto tikslai – vykdyti studijas, teikiančias asmeniui moksliniais tyrimais grindžiamą šiuolaikinį pažinimo ir technologijų lygį atitinkantį aukštąjį universitetinį išsilavinimą, aukštojo mokslo kvalifikaciją, ugdyti visapusiškai išsilavinusią, etiškai atsakingą, kūrybingą ir verslią asmenybę; darniai plėtoti įvairių sričių mokslinį pažinimą, vykdyti aukšto lygio mokslinius tyrimus ir eksperimentinę (socialinę, kultūrinę) plėtrą, rengti mokslininkus, vykdyti įvairiapusę praktinę veiklą, mokslo ir kitose srityse bendradarbiauti su šalies ir užsienio partneriais;

- Statuto 8 punktui, kuriame įtvirtintos pagrindinės Lietuvos sveikatos mokslų universiteto veiklos sritys – studijos, mokslinė veikla, dalyvavimas teikiant žmogaus ir gyvūno sveikatos priežiūros paslaugas. Universitetas organizuoja ir vykdo studijas, teikia Lietuvos Respublikos mokslo ir studijų įstatyme nustatytas aukštojo mokslo kvalifikacijas, atlieka mokslinius tyrimus, eksperimentinę (socialinę) plėtrą ir taiko mokslinių tyrimų bei eksperimentinės (socialinės) plėtros rezultatus, kaupia mokslo žinias, plėtoja kūrybinę veiklą ir kultūrą, puoselėja akademinės bendruomenės vertybes ir tradicijas;

- Statuto 85 punktui, kuriame apibrėžta, kas yra profiline klinika – tai fakulteto padalinys, Universiteto ligoninėje ar kitoje ligoninėje, atliekančioje Universiteto klinikinės bazės funkcijas, vykdančios studijų programas ir atliekantis mokslinius tyrimus, taip pat dalyvaujantis teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas;

- Statuto 110 punktui, kuriame apibrėžta, kas yra universiteto ligoninė – tai viešoji asmens sveikatos priežiūros įstaiga, kartu su Universitetu vykdančios trijų pakopų medicinos studijas ir mokslinius tyrimus, teikiančios visų lygių asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir tobulinanti medicinos specialistus. Universiteto ligoninės savininkė yra valstybė. Steigėjai bei savininko teisės ir pareigos įgyvendinančios institucijos – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija.

31. Pareiškėjų manymu, nuo 2016 m. lapkričio 1 d. įsigalioję specialistų patirties reikalavimai nepagrįstai riboja asmenų teisę pasirinkti darbą ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto autonomiją tuo aspektu, kad atsižvelgiant į kitas ginčijamas Aprašo nuostatas, *inter alia* tas, kurios, pareiškėjų nuomone, suponuoja, kad ilgą laiką AUTOKKLТ paslaugas Lietuvoje galės teikti tik viena įstaiga – Santariškių klinikos, šie asmenys reikalaujamos patirties ir išsilavinimo dėl galimybės teikti KKLТ tik Santariškių klinikose, objektyviai negalės įgyti. Tokiai abejonei pagrįsti pareiškimuose nėra pateikta teisinių motyvų, t. y. pareiškėjai neatskleidžia konkretaus žemesnės galios teisės normų prieštaravimo aukštesnės galios teisės normoms turinio. Pareiškėjų išvados dėl žemesnės galios teisės normų,

reguliuojančių vienokį teisinį santykį (sveikatos priežiūros), prieštaravimo aukštesnės galios teisės aktams, reguliuojantiems kitokius teisinius santykius (darbo, aukštųjų mokyklų veiklos ir savivaldos), remiasi pernelyg hipotetinio bei deklaratyvaus pobūdžio prielaidomis.

32. Pareiškimuose, be kita ko, neįvertinta tai, kad:

- kvestionuojamuose Aprašo 12.1.2–12.1.4 papunkčiuose nustatyti reikalavimai, vadovaujantis Aprašo 12.1.5 papunkčiu, nėra taikomi tais atvejais, kai sveikatos priežiūros įstaigoje atliekama išimtinai suaugusiems pacientams, sergantiems mielomine liga (TLK-10-AM kodas C90) ir atliekama ne daugiau, kaip 20 AUTOKKLT. Tokiu atveju pagal Aprašo 12.1.5 papunktį, AUTOKKLT teikiančiame padalinyje turi dirbti gydytojas hematologas, turintis ne trumpesnę, kaip 2 metų AUTOKKLT atlikimo stažą, ir įstaiga turi užtikrinti ne trumpesnį, kaip 6 mėnesių AUTOKKLT atlikimo stažo turinčio gydytojo hematologo konsultacijas nepertraukiamu paros (įskaitant poilsio ir švenčių dienas) darbo režimu. Tai suponuoja, kad Aprašo 12.1.5 papunkčio reikalavimus atitinkančioje sveikatos priežiūros įstaigoje galės dirbti ir gydytojai, neturintys AUTOKKLT patirties;

- pagal iki 2016 m. lapkričio 1 d. galiojančią Aprašo redakciją, 12.1.2 bei 13.1.3. papunkčiuose buvo nustatyti analogiški reikalavimai (įstaigoje turi dirbti ne mažiau, kaip 2 gydytojai hematologai ar vaikų hematologai, turintys ne trumpesnę, kaip 2 metų AUTOKKLT atlikimo stažą; įstaigoje turi dirbti ne mažiau, kaip 2 gydytojai hematologai ar vaikų hematologai, turintys ne trumpesnę, kaip 2 metų ALOKKLT atlikimo stažą);

- Aprašas, kurio dalis ginčijama, reguliuoja teisinius santykius, atsirandančius universiteto ligoninėms (sveikatos priežiūros įstaigai) teikiant KKLT paslaugas (be kita ko, Aprašo 8 p.). Pagal Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 2 straipsnio 5 dalį, universiteto ligoninės steigėjai – Sveikatos apsaugos ministerija ir valstybinė aukštoji mokykla. Vadinasi, valstybinė aukštoji mokykla šiuo atveju veikia kaip savarankiško juridinio asmens – sveikatos priežiūros įstaigos – dalininkė, todėl jai privalu vadovautis ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklą reglamentuojančiomis nuostatomis;

- Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo praktika suponuoja, kad konstitucinis aukštosios mokyklos autonomijos principas nėra absoliutus, kadangi turi būti derinamas su kitomis konstitucinėmis vertybėmis (pvz., Konstitucinio Teismo 2002 m. vasario 5 d. nutarimas, 2009 m. spalio 28 d. sprendimas).

33. Dėl minimų Aprašo papunkčių prieštaravimo Konstitucijos 46 straipsnio 1, 3 ir 4 dalims, 53 straipsnio 1 daliai, Konkurencijos įstatymo 4 straipsniui, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 4 straipsnio 1 ir 2 dalims pareiškėjai neišskiria jokių savarankiškų argumentų, todėl laikytina, kad šioje dalyje taip pat nėra pateikta teisinių motyvų.

34. Dėl ginčijamuose Aprašo 12.1.2–12.1.4, 12.1.6 papunkčiuose nustatytų kitų reikalavimų, t. y. reikalavimų, kad gydytojų hematologų ar vaikų hematologų, turinčių ne trumpesnę, kaip 2 metų AUTOKKLT atlikimo stažą skaičius padalinyje turi būti pakankamas, kad šių gydytojų teikiamų AUTOKKLT paslaugų teikimas būtų užtikrintas nepertraukiamu paros (įskaitant poilsio ir švenčių dienas) darbo režimu; kad AUTOKKLT paslaugas teikiančiame padalinyje turi dirbti bendrosios praktikos slaugytojai (kai atliekamos AUTOKKLT suaugusiesiems) ar vaikų slaugytojai (kai atliekamos AUTOKKLT vaikams), turintys ne trumpesnę, kaip 2 metų AUTOKKLT pacientų slaugymo stažą, jų skaičius padalinyje turi būti pakankamas, kad šių slaugytojų teikiamų AUTOKKLT paslaugų teikimas būtų užtikrintas nepertraukiamu paros (įskaitant poilsio ir švenčių dienas) darbo režimu; kad per metus (skaičiuojamas dvejų metų iš eilės vidurkis) įstaigoje turi būti atliekamos ne mažiau, kaip 5 AUTOKKLT suaugusiesiems (kai teikiamos suaugusiųjų AUTOKKLT paslaugos) ir (ar) 5 AUTOKKLT vaikams (kai teikiamos vaikų AUTOKKLT paslaugos), atitikties pareiškimuose nurodytiems aukštesnės galios teisės aktams nėra pateikta apskritai jokių motyvų.

35. Teisinių motyvų nepateikta ir dėl Aprašo 13.1.3–13.1.6 papunkčiuose nustatytų reikalavimų, t. y. reikalavimų, kad gydytojų hematologų ar vaikų hematologų, turinčių ne trumpesnę, kaip 2 metų ALOKKLT atlikimo stažą skaičius padalinyje turi būti pakankamas, kad šių gydytojų teikiamų ALOKKLT paslaugų teikimas būtų užtikrintas nepertraukiamu paros (įskaitant poilsio ir švenčių dienas) darbo režimu; kad ALOKKLT paslaugas teikiančiame padalinyje turi dirbti bendrosios praktikos slaugytojai (kai atliekamos ALOKKLT suaugusiesiems) ar vaikų slaugytojai (kai atliekamos ALOKKLT vaikams), turintys ne trumpesnę, kaip 2 metų ALOKKLT pacientų slaugymo stažą, jų skaičius padalinyje turi būti pakankamas, kad šių slaugytojų teikiamų ALOKKLT paslaugų teikimas

būtų užtikrintas nepertraukiamu paros (įskaitant poilsio ir švenčių dienas) darbo režimu; kad per metus (skaičiuojamas dvejų metų iš eilės vidurkis) įstaigoje turi būti atliekamos, ne mažiau kaip 10 ALOKKL paslaugoms (kai teikiamos suaugusių ALOKKL paslaugos) ir (ar) 5 ALOKKL vaikams (kai teikiamos vaikų ALOKKL paslaugos), atitiktis pareiškimuose nurodytiems aukštesnės galios teisės aktams.

36. Visa tai leidžia teigti, kad pareiškėjų pozicijai dėl Aprašo 12.1.2–12.1.6, 13.1.3–13.1.6 papunkčiuose nustatyto teisinio reguliavimo prieštaravimo Konstitucijos 40 straipsnio 3 daliai, 46 straipsnio 1, 3 ir 4 dalims, 48 straipsnio 1 daliai, 53 straipsnio 1 daliai, Konkurencijos įstatymo 4 straipsniui, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 4 straipsnio 1 ir 2 dalims, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto statuto 6.1, 6.2, 8, 85 ir 110 punktams, Darbo kodekso 2 straipsnio 1 dalies 2 punktui, Teisėkūros pagrindų įstatymo 3 straipsnio 2 dalies 1–4 punktams ir 7 straipsniui, pagrįsti byloje nėra pateikta teisinių motyvų. Dėl to pareiškėjų inicijuotos norminės administracinės bylos dalis dėl Aprašo 12.1.2–12.1.6, 13.1.3–13.1.6 papunkčių atitiktis pirmiau nurodytoms Konstitucijos ir įstatymų normoms yra nutraukiama.

Dėl Aprašo 12.2 papunkčio

37. Ginčijamame Aprašo 12.2 papunktyje, kuris taip pat įtvirtintas antrame teisės akto skyriuje „Žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugų teikimo reikalavimai“, reglamentuojama:

„12.2. Indikacijos atlikti autologinę kraujodaros kamieninių ląstelių transplantaciją:

12.2.1. suaugusiems pirmais – dešimtais metais nuo suaugusių AUTOKKL įstaigoje atlikimo pradžios (ne daugiau 20 AUTOKKL per metus):

Diagnozė	TLK-10 AM kodai	Papildomos sąlygos
Mielominė liga	C90.0	Indikuotina

12.2.2. suaugusiems vienuoliktais ir vėlesniais metais nuo įstaigoje suaugusių AUTOKKL atlikimo pradžios, kai tenkinami visi šie reikalavimai: 1) įstaigoje atlikta suaugusiems ne mažiau kaip 200 AUTOKKL, esant mielominės ligos (C90) AUTOKKL indikacijai ir 2) mirtingumas per 100 d. po transplantacijos yra \leq 1 proc. (vertinama suaugusiųjų dauginė mieloma (C90), I remisija, \leq 65 m., MEL200 kondicionavimas, ne mažiau kaip 200 vėliausiai atliktų nuoseklių AUTOKKL); vaikams, kai mirtingumas per 100 d. po transplantacijos yra \leq 5 proc. (vertinama vaikų neuroblastoma ir Ewingo sarkoma, ne mažiau kaip 20 vėliausiai atliktų nuoseklių autologinių transplantacijų):

<...>“.

38. Iš pareiškimų matyti, kad pareiškėjams nekyla abejonų dėl Aprašo 12.2.1 papunktyje nustatyto kriterijaus „mirtingumas per 100 d. po transplantacijos yra \leq 1 proc. (vertinama suaugusiųjų dauginė mieloma (C90), I remisija, \leq 65 m., MEL200 kondicionavimas, ne mažiau kaip 200 vėliausiai atliktų nuoseklių AUTOKKL); vaikams, kai mirtingumas per 100 d. po transplantacijos yra \leq 5 proc. (vertinama vaikų neuroblastoma ir Ewingo sarkoma, ne mažiau kaip 20 vėliausiai atliktų nuoseklių autologinių transplantacijų)“.

39. Pažymėtina ir tai, kad 12.2.2 papunktyje išvardijami diagnozių pavadinimai, TLK-10 AM kodai bei papildomos sąlygos, kurioms esant galima taikyti KKL, tačiau, kaip matyti iš pareiškimų, šiame papunktyje įtvirtintų indikacijų, kurioms esant galima taikyti KKL, pareiškėjai neginčija. Tai, kad dėl šios Aprašo 12.2.2 papunkčio dalies abejonų pareiškėjams nekyla, teismo posėdžio Lietuvos vyriausiajame administraciniame teisme metu patvirtino ir pareiškėjų atstovas advokatas Evaldas Rapolas. Taigi pareiškėjai kelia abejonę tik dėl Aprašo 12.2.1 papunkčio ir 12.2.2 papunkčio nuostatos „suaugusiems vienuoliktais ir vėlesniais metais nuo įstaigoje suaugusių AUTOKKL atlikimo pradžios, kai tenkinami visi šie reikalavimai: 1) įstaigoje atlikta suaugusiems ne mažiau kaip 200 AUTOKKL, esant mielominės ligos (C90) AUTOKKL indikacijai“.

40. Atsižvelgiant į pirmiau išplėstinės teisėjų kolegijos išdėstytus argumentus dėl pareiškėjų teisinių motyvų, grindžiant Aprašo 12.1.2–12.1.6, 13.1.3–13.1.6 papunkčių prieštaravimą aukštesnės galios teisės normoms ir principams, trūkumų, spręstina, kad teisinių argumentų iš esmės pareiškimuose nėra pateikta ir dėl Aprašo 12.2 papunkčio prieštaravimo Konstitucijos 40 straipsnio 3

daliai, 48 straipsnio 1 daliai, Darbo kodekso 2 straipsnio 1 dalies 2 punktui, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto statuto 6.1–6.2, 8, 85, 110 punktams, todėl byla šioje dalyje taip pat nutrauktina.

Dėl Aprašo 13.1.1 ir 13.1.2 papunkčių

41. Ginčijami Aprašo 13.1.1 ir 13.1.2 papunkčiai, esantys antrame teisės akto skyriuje „Žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugų teikimo reikalavimai“, priskiriami prie 13.1 papunkčio, kuriame nustatyti įstaigos, kuri teikia alogeninės kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugas, specialieji reikalavimai. Šiuose papunkčiuose įtvirtinta:

„13.1.1. įstaigoje giminingo donoro ALOKHLT gali būti atliekamos tik po to, kai ne trumpiau kaip 10 metų buvo atliekama AUTOKHLT ir atlikta ne mažiau kaip suaugusiems 800, vaikams 80;

13.1.2. įstaigoje negiminingo donoro ALOKHLT ir (ar) haploidinė ALOKHLT gali būti atliekamos tik po to, kai ne trumpiau kaip 5 metus buvo atliekama giminingo donoro ALOKHLT ir atlikta ne mažiau kaip suaugusiems 200, vaikams 20 giminingo donoro ALOKHLT“.

42. Pareiškėjai nepateikia konkrečių teisinių argumentų dėl šių Aprašo papunkčių prieštaravimo Konstitucijos 40 straipsnio 3 daliai, 48 straipsnio 1 daliai, Darbo kodekso 2 straipsnio 1 dalies 2 punktui, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto statuto 6.1–6.2, 8, 85, 110 punktams. Pareiškėjų nuomonė šioje pareiškimo dalyje, kaip ir Aprašo 12.1.2–12.1.6, 12.2, 13.1.3–13.1.6 papunkčių atitiktis Konstitucijos 40 straipsnio 3 daliai, 48 straipsnio 1 daliai, Darbo kodekso 2 straipsnio 1 dalies 2 punktui, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto statuto 6.1–6.2, 8, 85, 110 punktams yra paremta prielaidomis ir pernelyg abstraktaus bei deklaratyvaus pobūdžio teiginiais. Atsižvelgiant į šiuos pareiškimo trūkumus, byla dėl Aprašo 13.1.1 ir 13.1.2 papunkčių minėtoms Konstitucijos ir įstatymų nuostatomis nutraukiama.

43. Apibendrinus pažymėtina, kad teisės aktų reikalavimus atitinkantys teisiniai motyvai pareiškimuose pateikti dėl Aprašo 12.2.1 papunkčio, 12.2.2 papunkčio nuostatos „suaugusiems vienuoliktai ir vėlesniais metais nuo įstaigoje suaugusių AUTOKHLT atlikimo pradžios, kai tenkinami visi šie reikalavimai: 1) įstaigoje atlikta suaugusiems ne mažiau kaip 200 AUTOKHLT, esant mielominės ligos (C90) AUTOKHLT indikacijai <...>“, 13.1.1 ir 13.1.2 papunkčių atitiktis Konstitucijos 46 straipsnio 1, 3 ir 4 dalims, 53 straipsnio 1 daliai, Konkurencijos įstatymo 4 straipsniui, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 4 straipsnio 1 ir 2 dalims.

Dėl Aprašo dalies ginčijimo Teisėkūros pagrindų įstatymo požiūriu

44. Pareiškėjai taip pat iškėlė klausimą, ar priimant Aprašo nuostatas, nebuvo pažeistas konstitucinis atsakingo valdymo principas, nesilaikant Teisėkūros pagrindų įstatymo 3 straipsnio 2 dalies 1–4 punktų, kuriuose įtvirtinti šie teisėkūros principai: tikslingumo (1 p.); proporcingumo (2 p.); pagarbos asmens teisėms ir laisvėms (3 p.); atvirumo ir skaidrumo (4 p.), taip pat 7 straipsnio, kuriame įtvirtintas konsultavimosi su visuomene tikslas ir tvarka.

45. Šioje norminėje administracinėje byloje ginčijamas teisinis reguliavimas buvo pakeistas (be kita ko, visą Aprašą išdėstant nauja redakcija), Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymu Nr. V-830 Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 9 d. įsakymo Nr. V-632 „Dėl žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugų, apmokamų iš Žmogaus organų ir audinių transplantacijos paprastųjų išlaidų finansavimo programos lėšų, teikimo reikalavimų, bazinių kainų ir mokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo. Aprašo 12.2, 13.1.1, 13.1.2 papunkčiai buvo išdėstyti atitinkamai Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymo Nr. V-830 2.13, 2.14 ir 2.15 papunkčiuose. Atsižvelgiant į tai, vertintina, kad pareiškėjai siekia išsiaiškinti, ar minėto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymo Nr. V-830 2.13–2.15 papunkčiai, kuriuos priimant buvo įtvirtintas ginčijamas teisinis reguliavimas, atitinka konstitucinį atsakingo valdymo principą ir minėtas Teisėkūros pagrindų įstatymo nuostatas.

46. Tikslingumo principas, kaip apibrėžta Teisėkūros pagrindų įstatymo 3 straipsnio 2 dalies 1 punkte, reiškia, kad teisės akto projektas turi būti rengiamas ir teisės aktas priimamas tik tuo atveju, kai siekiamų tikslų negalima pasiekti kitomis priemonėmis. Administracinių bylų teisenos įstatymo 3

straipsnio 2 dalyje įtvirtinta, kad administracinis teismas nevertina ginčijamo teisės akto ir veiksmų (neveikimo) politinio ar ekonominio tikslingumo požiūriu, o tik nustato, ar konkrečiu atveju nebuvo pažeistas įstatymas ar kitas teisės aktas, ar viešojo administravimo subjektas neviršijo kompetencijos, taip pat – teisės aktas arba veiksmas (neveikimas) neprieštaruoja tikslams ir uždaviniams, dėl kurių institucija buvo įsteigta ir gavo įgaliojimus. Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas laikosi pozicijos, kad valstybės ekonominės politikos turinio (*inter alia* prioritetų), priemonių bei metodų vertinimas (kad ir kas juos vertintų), taip pat ir pagrįstumo bei tikslingumo aspektu, net jeigu laikui bėgant paaiškėja, kad buvo ir geresnių jos pasirinktos ekonominės politikos alternatyvų (taigi ir tai, jog ši, anksčiau suformuota ir vykdyta, ekonominė politika pagrįstumo bei tikslingumo aspektu pagrįstai vertintina neigiamai), savaime negali būti dingstis kvestionuoti tą (anksčiau suformuotą ir vykdytą) ekonominę politiką atitikusio ūkinės veiklos teisinio reguliavimo atitiktį aukštesnės galios teisės aktams, *inter alia* Konstitucijai (taip pat ir Konstituciniame Teisme inicijuojant konstitucinės justicijos bylas), nebent tas teisinis reguliavimas jau jį nustatant teisės aktuose būtų akivaizdžiai priešingas tautos gerovei, Lietuvos visuomenės ir valstybės interesams, akivaizdžiai paneigtų Konstitucijoje įtvirtintas, jos ginamas ir saugomas vertybes (*inter alia* Konstitucinio Teismo 2006 m. gegužės 31 d., 2015 m. birželio 11 d., 2015 m. rugsėjo 22 d. nutarimai). Pareiškėjai nepateikia argumentų, kad ginčijamas teisinis reguliavimas, jį nustatant Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymu Nr. V-830, yra akivaizdžiai priešingas tautos gerovei, Lietuvos visuomenės ir valstybės interesams, akivaizdžiai paneigia Konstitucijoje įtvirtintas, jos ginamas ir saugomas vertybes. Taigi šiuo atveju Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas neturi įgaliojimų norminio administracinio akto teisėtumo patikros būdu vertinti, ar Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymo Nr. V-830 priėmimas (ginčijamo teisinio reguliavimo nustatymas jame) yra pagrįsta ir teisinga politinės valios įgyvendinimo priemonė. Atsižvelgiant į tai, norminė administracinė byla dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymo Nr. V-830 2.13–2.15 papunkčių atitikties Teisėkūros pagrindų įstatymo 3 straipsnio 2 dalies 1 punktui nutraukiama.

Dėl Aprašo dalies ginčijimo konstitucinių principų požiūriu

47. Pareiškėjas Seimo narys Kazys Starkevičius pareiškime teigia, kad ginčijamu teisiniu reguliavimu buvo pažeistas konstitucinis teisėtų lūkesčių apsaugos principas. Pareiškėjų atstovas advokatas Evaldas Rapolas teismo posėdžio metu taip pat išdėstė argumentus dėl šio principo pažeidimo. Nors pareiškimo rezoliucinėje dalyje nėra suformuluotas konkretus prašymas šiuo aspektu, laikytina, jog pareiškėjas į teismą kreipėsi, siekdamas išsiaiškinti, ar nustatant ginčijamą teisinį reguliavimą nebuvo pažeistas konstitucinis teisinės valstybės principo apimamas teisėtų lūkesčių apsaugos principas.

48. Nors pareiškimų rezoliucinėse dalyse konkrečiai nėra įvardyta, pareiškimuose pateikiami teisiniai motyvai ir dėl ginčijamo teisinio reguliavimo prieštaravimo konstituciniam proporcingumo principui, nurodant, kad KKLТ paslaugų teikimo reikalavimai yra pernelyg griežti. Nagrinėdama bylą, išplėstinė teisėjų kolegija atsižvelgs į šiuos pareiškėjų argumentus.

Dėl Aprašo dalies ginčijimo Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies požiūriu

49. Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje įtvirtinta:

„Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką“.

50. Nors pareiškėjai prašo ištirti kai kurias Aprašo nuostatas visos Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies požiūriu, iš pareiškimo turinio spręstina, kad abejonių pareiškėjams kyla tik dėl Aprašo dalies atitikties Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje įtvirtintai nuostatai, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus.

51. Atsižvelgdama į tai, kas išdėstyta, išplėstinė teisėjų kolegija šioje norminėje administracinėje byloje tirs:

- ar Konstitucijos 46 straipsnio 1, 3 ir 4 dalims, 53 straipsnio 1 dalies nuostatai, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, konstitucinio teisinės valstybės principo suponuojamiems proporcingumo, teisėtų lūkesčių apsaugos principams, Konkurencijos įstatymo 4 straipsniui, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 4 straipsnio 1 ir 2 dalims neprieštarauja Aprašo 12.2.1 papunktis, Aprašo 12.2.2 papunkčio nuostata „suaugusiems vienuoliktai ir vėlesniais metais nuo įstaigoje suaugusių AUTOKKLT atlikimo pradžios, kai tenkinami visi šie reikalavimai: 1) įstaigoje atlikta suaugusiems ne mažiau kaip 200 AUTOKKLT, esant mielominės ligos (C90) AUTOKKLT indikacijai <...>“, Aprašo 13.1.1 ir 13.1.2 papunkčiai.

- ar konstituciniam atsakingo valdymo principams, Teisėkūros pagrindų įstatymo 3 straipsnio 2 dalies 2–4 punktams, 7 straipsniui neprieštarauja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymo Nr. V-830 2.13, 2.14 ir 2.15 papunkčiai.

V.

Dėl ginčijamuose Aprašo 12.2, 13.1.1 ir 13.1.2 papunkčiuose nustatyto teisinio reguliavimo

52. Kaip minėta, Aprašas reglamentuoja žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugų, apmokamų iš transplantacijos programos lėšų, teikimo reikalavimų, bazinių kainų ir mokėjimo tvarką. Ginčijami Aprašo 12.2, 13.1.1 ir 13.1.2 papunkčiai įtvirtinti antrame Aprašo skyriuje „Žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugų teikimo reikalavimai“. Šiame Aprašo skyriuje įtvirtinta ir daugiau nuostatų, kurios reglamentuoja kitus tiek sveikatos priežiūros įstaigai, tiek joje esančiai įrangai, tiek dirbantiems specialistams keliamus reikalavimus.

53. Ginčijamas Aprašo 12.2 papunktis reglamentuoja indikacijas atlikti AUTOKKLT:

1) pagal 12.2.1 papunktį, suaugusiems pirmais–dešimtais metais nuo suaugusių AUTOKKLT įstaigoje atlikimo pradžios (ne daugiau 20 AUTOKKLT per metus):

Diagnozė	TLK-10 AM kodai	Papildomos sąlygos
Mielominė liga	C90.0	Indikuotina

2) pagal 12.2.2 papunktį, suaugusiems vienuoliktai ir vėlesniais metais nuo įstaigoje suaugusių AUTOKKLT atlikimo pradžios, kai tenkinami visi šie reikalavimai: 1) įstaigoje atlikta suaugusiems ne mažiau kaip 200 AUTOKKLT, esant mielominės ligos (C90) AUTOKKLT indikacijai ir 2) mirtingumas per 100 d. po transplantacijos yra \leq 1 proc. (vertinama suaugusiųjų dauginė mieloma (C90), I remisija, \leq 65 m., MEL200 kondicionavimas, ne mažiau kaip 200 vėliausiai atliktų nuoseklių AUTOKKLT); vaikams, kai mirtingumas per 100 d. po transplantacijos yra \leq 5 proc. (vertinama vaikų neuroblastoma ir Ewingo sarkoma, ne mažiau kaip 20 vėliausiai atliktų nuoseklių autologinių transplantacijų) šiame papunktyje išvardytoms ligoms.

54. Taigi pagal Aprašo 12.2.1 papunktį, pirmais–dešimtais metais nuo suaugusiųjų AUTOKKLT sveikatos priežiūros įstaigoje atlikimo pradžios sveikatos priežiūros įstaigoje atliekamos tik AUTOKKLT esant mielominės ligos (TLK-10 AM kodas – C90.0) indikacijai ir per metus gali būti atliekama ne daugiau, kaip 20 tokių AUTOKKLT. Pagal Aprašo 12.2.2 papunktį, vienuoliktai ir vėlesniais metais nuo sveikatos priežiūros įstaigoje suaugusiųjų AUTOKKLT atlikimo pradžios sveikatos priežiūros įstaigoje atliekamos AUTOKKLT esant ir kitų ligų indikacijoms, kurių sąrašas pateiktas tame pačiame Aprašo 12.2.2 papunktyje, jeigu, be kita ko, sveikatos priežiūros įstaigoje atlikta suaugusiems pacientams ne mažiau, kaip 200 AUTOKKLT, esant mielominės ligos (C90) AUTOKKLT indikacijai.

55. Ginčijamuose Aprašo 13.1.1 ir 13.1.2 papunkčiuose įtvirtinti ALOKKLT paslaugų teikimo reikalavimai. Pagal Aprašo 13.1.1 papunktį, sveikatos priežiūros įstaigoje giminingo donoro ALOKKLT gali būti atliekamos, jeigu ne trumpiau, kaip 10 metų buvo atliekama AUTOKKLT ir atlikta ne mažiau, kaip suaugusiems 800 ir vaikams 80. Pagal Aprašo 13.1.2 papunktį, negiminingo donoro ALOKKLT ir (ar) haploidinė ALOKKLT sveikatos priežiūros įstaigoje gali būti atliekamos,

jeigu ne trumpiau, kaip 5 metus sveikatos priežiūros įstaigoje buvo atliekama giminingo donoro ALOKKL ir atlikta ne mažiau, kaip suaugusiesiems 200, vaikams 20 giminingo donoro ALOKKL.

56. Taigi pagal ginčijamą teisinį reguliavimą, universiteto liginė, pradėjusi teikti KKL paslaugas suaugusiesiems, pirmus dešimt veiklos metų gali atlikti tik AUTOKKL suaugusiesiems pacientams, sergantiems mielomine liga (TLK-10 AM kodas – C90.0) ir atlikti ne daugiau, kaip 20 tokių AUTOKKL. Universiteto liginė vienuoliktais ir vėlesniais metais nuo suaugusiųjų AUTOKKL atlikimo pradžios gali atlikti AUTOKKL suaugusiesiems, sergantiems ir kitomis ligomis, kurių sąrašas pateiktas Aprašo 12.2.2 papunktyje, jeigu universiteto liginė, be kita ko, yra atlikusi ne mažiau, kaip 200 AUTOKKL suaugusiesiems pacientams, sergantiems mielomine liga (TLK-10 AM kodas – C90.0). Universiteto liginė giminingo donoro ALOKKL paslaugas gali pradėti teikti, praėjus ne trumpesniam, kaip 10 metų laikotarpiui, per kurį turi būti atlikta ne mažiau, kaip 800 AUTOKKL suaugusiesiems pacientams ir 80 AUTOKKL vaikams. Universiteto liginė negiminingo donoro ALOKKL ir (ar) haploidentinės ALOKKL paslaugas galėtų pradėti teikti praėjus ne trumpesniam, kaip 5 laikotarpiui, per kurį turi būti atlikta ne mažiau, kaip 200 giminingo donoro ALOKKL suaugusiesiems ir ne mažiau, kaip 20 giminingo donoro ALOKKL vaikams.

57. Pareiškėjai nurodyto teisinio reguliavimo neteisėtumą kildina iš to, kad AUTOKKL šiuo metu yra teikiamos Santariškių klinikose ir Kauno klinikose, tačiau atsižvelgiant į ginčijamą teisinį reguliavimą ir jame nustatytus reikalavimus universiteto liginėms, Kauno klinikos pirmus dešimt metų nuo įstaigos veiklos tiekiant KKL paslaugas pradžios galės teikti AUTOKKL paslaugas tik mielomine liga sergantiems suaugusiesiems pacientams, o teikti ALOKKL paslaugas galės pradėti tik po daugiau nei dešimt metų ar dar vėliau. Toks teisinis reguliavimas, pareiškėjų vertinimu, reiškia, kad labai ilgą laiką (10 metų AUTOKKL paslaugų atveju ir apie 50 metų ar dar ilgiau ALOKKL paslaugų atveju) KKL paslaugos Lietuvoje bus teikiamos tik vienoje universitetinėje liginėje, ir tai, be kita ko, pažeidžia Kauno klinikų teisėtus lūkesčius ir kenkia sveikatos priežiūros paslaugų (KKL) kokybei bei prieinamumui.

58. Šiame kontekste atkreiptinas dėmesys, kad administraciniuose teismuose nagrinėjamų norminių administracinių bylų tikslas – ištirti konkrečiau norminio administracinio akto (ar jo dalies) atitiktį aukštesnės galios teisės aktams (teisės aktui ar jo daliai), o ne išspręsti individualų ginčą ar konkrečiau asmens subjektinių teisių pažeidimo klausimą, todėl ir šioje byloje vertintina, ar aukštesnės galios teisės aktus atitinka ginčijamuose Aprašo papunkčiuose įtvirtinti KKL paslaugų teikimo reikalavimai, susiję su universiteto liginės veiklos siekiant teikti tam tikras KKL paslaugas apimtimi ir patirtimi, atsietai nuo individualiu atveju susiklosčiusių ar galinčių susiklostyti ginčijamų nuostatų taikymo aplinkybių. Taigi atsižvelgdama į nagrinėjamos bylos dalyką, išplėstinė teisėjų kolegija tirs, ar aukštesnės galios teisės aktams neprieštaruoja Aprašo 12.2.2, 13.1.1 ir 13.1.2 papunkčiuose įtvirtinti reikalavimai, taikomi universiteto liginėi, teikiančiai (siekiančiai teikti) KKL paslaugas, t. y.:

- pirmus dešimt veiklos metų atlikti tik AUTOKKL suaugusiesiems pacientams, sergantiems mielomine liga (TLK-10 AM kodas – C90.0);
- pirmus dešimt veiklos metų atlikti ne daugiau, kaip 20 AUTOKKL suaugusiesiems pacientams, sergantiems mielomine liga (TLK-10 AM kodas – C90.0);
- siekiant atlikti AUTOKKL suaugusiesiems, esant indikacijoms, kurių sąrašas pateiktas Aprašo 12.2.2 papunktyje, būti atlikusiai ne mažiau, kaip 200 AUTOKKL suaugusiesiems pacientams, sergantiems mielomine liga (TLK-10 AM kodas – C90.0);
- siekiant atlikti giminingo donoro ALOKKL paslaugas, būti įgijusiai ne trumpesniam, kaip 10 metų laikotarpio teikiant AUTOKKL paslaugas patirtį ir būti atlikusiai ne mažiau, kaip 800 AUTOKKL suaugusiesiems pacientams ir 80 AUTOKKL vaikams;
- siekiant atlikti negiminingo donoro ALOKKL ir (ar) haploidentinės ALOKKL, būti įgijusiai ne trumpesniam, kaip 5 metų laikotarpio teikiant giminingo donoro ALOKKL paslaugas patirtį ir būti atlikusiai ne mažiau, kaip 200 giminingo donoro ALOKKL suaugusiesiems ir ne mažiau, kaip 20 giminingo donoro ALOKKL vaikams.

59. Nagrinėjamos bylos dalykas susijęs su teisinio reguliavimo pakeitimais, todėl šiuo aspektu taip pat pažymėtina, kad Aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 9 d. įsakymu Nr. V-632, buvo ne kartą keičiamas ir koreguojamas, tačiau teisinio

reguliuojimo pakeitimais, susiję su reikalavimais, teikiant KKL paslaugas, kurie yra ginčijami šioje norminėje administracinėje byloje, kaip minėta pirmiau, buvo atlikti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymu Nr. V-830, įsigaliojusiu nuo 2016 m. lapkričio 1 d.

60. Pagal iki 2016 m. lapkričio 1 d. galiojusią Aprašo redakciją, reikalavimai pirmus dešimt veiklos metų atlikti tik AUTOKKLT suaugusiems pacientams, sergantiems mielomine liga (TLK-10 AM kodas – C90.0) ir atlikti ne daugiau, kaip 20 tokių AUTOKKLT, suaugusiems pacientams, sergantiems mielomine liga (TLK-10 AM kodas – C90.0); prieš pradėdant teikti AUTOKKLT suaugusiems, esant kitoms nei mielominė liga indikacijoms, atlikti 200 AUTOKKLT suaugusiems pacientams, sergantiems mielomine liga, apskritai nebuvo įtvirtinti. Kiek tai susiję su ALOKKLT atlikimu, ankstesnės redakcijos Aprašo 13.1.1 papunktyje buvo įtvirtinta, kad įstaigoje giminingo donoro ALOKKLT gali būti atliekamos tik po to, kai ne trumpiau, kaip 5 metus buvo atliekama AUTOKKLT ir atlikta ne mažiau, kaip 60 AUTOKKLT (PASTABA. Ši nuostata netaikoma įstaigoms, kurios pradėjo ALOKKLT prieš įsigaliojant šiam įsakymui), o 13.1.2 papunktyje – kad įstaigoje negiminingo donoro ALOKKLT gali būti atliekamos tik po to, kai ne trumpiau, kaip 5 metus buvo atliekama giminingo donoro ALOKKLT ir atlikta ne mažiau, kaip 40 ALOKKLT (PASTABA. Ši nuostata netaikoma įstaigoms, kurios pradėjo ALOKKLT prieš įsigaliojant šiam įsakymui). Palyginus anksčiau galiojusį teisinį reguliavimą su ginčijamu teisiniu reguliavimu, t. y. šiuo metu nustatytu, matyti, kad ginčijamose Aprašo nuostatose įtvirtinti nauji ir gerokai griežtesni reikalavimai sveikatos priežiūros įstaigoms teikiant KKL paslaugas, todėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymu Nr. V-830 nustatyti reikalavimai vertintini, kaip esminiai teisinio reguliavimo, teikiant KKL paslaugas, pakeitimai. Atsižvelgiant į tai, ginčijamuose Aprašo 12.2.2, 13.1.1 ir 13.1.2 papunkčiuose įtvirtintų KKL paslaugų teikimo reikalavimų teisėtumas šioje norminėje administracinėje byloje analizuotinas ir esminių teisinio reguliavimo aptariamoje sveikatos priežiūros paslaugų teikimo srityje pakeitimų kontekste.

VI.

Dėl aukštesnės galios teisės aktuose nustatyto teisinio reguliavimo

61. Tiek Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 9 d. įsakymo Nr. V-632, kuriuo patvirtinta pirminė Aprašo redakcija, tiek Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymo Nr. V-830, kuriuo įtvirtinti nagrinėjamoje byloje ginčijami Aprašo papunkčiai, preambulėje nurodyta, kad šie teisės aktai tvirtinami, vadovaujantis Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 10 straipsnio 6 punktu, kuriame nustatyta, kad Sveikatos apsaugos ministerija, be kita ko, nustato sveikatos priežiūros tinkamumo ir priimtumo reikalavimus.

62. Sveikatos apsaugos ministerijos kompetencijos ir įgaliojimų sveikatinimo veiklos *inter alia* transplantacijos srityje aspektu taip pat pažymėtinos šios įstatymo nuostatos:

- Žmogaus audinių, ląstelių, organų donorystės ir transplantacijos įstatymo 8 straipsnio 1 dalis, kurioje nustatyta, kad sveikatos apsaugos ministerija formuoja valstybės politiką žmogaus audinių, ląstelių, organų donorystės ir transplantacijos proceso srityje, organizuoja, koordinuoja ir kontroliuoja jos įgyvendinimą;

- Sveikatos sistemos įstatymo 2 straipsnio 6 dalis, kurioje nustatyta, kad Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema – tai valstybės sveikatos reikalų, institucijų, sveikatinimo veiklos bei jos išteklių tvarkymo sistema;

- Sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnio 5 dalis, kurioje nustatyta, kad tretinę asmens sveikatos priežiūrą organizuoja Sveikatos apsaugos ministerija. Antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros mastą nustato Sveikatos apsaugos ministerija;

- Sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnio 6 dalis, kurioje nustatyta, kad Sveikatos apsaugos ministerija ir jai pavaldžios valstybės institucijos pagal kompetenciją organizuoja nustatyto masto asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą joms pavaldžiose Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigose;

- Sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnio 9 dalis, kurioje nustatyta, kad sveikatos priežiūros mastą pagal Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos veiklos organizavimo ir sveikatos priežiūros paslaugų lygius nustato Sveikatos apsaugos ministerija;

- Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 10 straipsnio 4 ir 12 punktai, kuriuose įtvirtinta, kad Sveikatos apsaugos ministerija nustato pavaldžioms įstaigoms privalomas sveikatos priežiūros užduotis ir jų finansavimo bei įgyvendinimo tvarką; kartu su Valstybine ligonių kasa nustato minimalius Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų išdėstymo, jų struktūros reikalavimus bei paslaugų poreikį;

- Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 3 straipsnio 2 dalis, kurioje nustatyta, kad kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų rodiklius ir jų turinio reikalavimus nustato sveikatos apsaugos ministras.

63. Nagrinėjamos bylos kontekste išdėstytos nuostatos suponuoja, kad Sveikatos apsaugos ministerija turi įstatymų leidėjo pavestus įgaliojimus formuoti valstybės politiką žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos proceso srityje, organizuoti, koordinuoti ir kontroliuoti jos įgyvendinimą. Reglamentavimo srityje Sveikatos apsaugos ministerijai pavesta nustatyti asmens sveikatos priežiūros – taigi ir KKLТ – teikimo sąlygas bei reikalavimus.

64. Konstituciniai sveikatos apsaugos pagrindai įtvirtinti *inter alia* Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje, kurioje, be kita ko, įtvirtinta, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas yra pažymėjęs, kad įgyvendinant Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje įtvirtintą valstybės priedermę rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, yra užtikrinama teisės į sveikatos priežiūrą garantija (Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas). Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas taip pat yra konstatavęs, kad žmogaus ir visuomenės sveikata yra viena svarbiausių visuomenės vertybių (*inter alia* Konstitucinio Teismo 2002 m. liepos 11 d., 2005 m. rugsėjo 29 d., 2011 m. birželio 21 d. nutarimai), žmonių sveikatos apsauga yra konstituciškai svarbus tikslas, viešasis interesas, rūpinimasis žmonių sveikata – valstybės funkcija (*inter alia* Konstitucinio Teismo 2004 m. sausio 26 d., 2005 m. rugsėjo 29 d., 2011 m. birželio 21 d. nutarimai); įgyvendinant konstitucinę valstybės priedermę rūpintis žmonių sveikata *inter alia* užtikrinti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, turi būti sukurta veiksminga sveikatos apsaugos sistema, sudarytos deramos sąlygos jai veikti (Konstitucinio Teismo 2009 m. rugsėjo 2 d. nutarimas); valstybė privalo sudaryti teises ir organizacines prielaidas veikti tokiai sveikatos apsaugos sistemai, kuri užtikrintų kokybišką ir visiems prieinamą sveikatos priežiūrą (Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas); vykdydamos šią konstitucinę funkciją, valstybės sveikatos politiką formuojančios ir įgyvendinančios valstybės institucijos, be kita ko, turi imtis priemonių, kad būtų sukurta reikiama infrastruktūra ir veiktų tiek ir taip paskirstytų įvairias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų (tarp jų valstybinių), kad sveikatos priežiūros paslaugas būtų galima gauti laiku (Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas). Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas 2013 m. gegužės 16 d. nutarime taip pat yra išaiškinęs, kad reguliuojant privalomojo sveikatos draudimo santykius, įstatymų leidėjas saisto iš Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies kylantis reikalavimas užtikrinti visiems vienodą kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, konstituciniai solidarumo, socialinės darnos ir teisingumo imperatyvai, atsakingo valdymo, protingumo, proporcingumo, asmenų lygiateisiškumo principai.

65. Sveikatos sistemos įstatymo 5 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad sveikatinimo veikla reguliuojama vadovaujantis, be kita ko, šiais principais: visapusės asmens ir visuomenės sveikatos saugos; asmens, visuomenės sveikatos bei valstybės interesų derinimo; asmens laisvės pasirinkti kuo geresnes sveikatos sąlygas; asmens sveikatos priežiūros priimtimumo, prieinamumo ir tinkamumo. Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 3 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad pacientas turi teisę į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas. Sveikatos sistemos įstatymas sveikatos priežiūros priimtimumą apibrėžia, kaip valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas, užtikrinančias sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitiktį (2 str. 32 d.), sveikatos priežiūros tinkamumą – kaip sveikatos priežiūros paslaugų atitiktį teisės aktų reikalavimams (2 str. 35 d.). Atsižvelgiant į to paties įstatymo 2 straipsnio 30 dalį, sveikatos priežiūros kokybė suprantama, kaip Lietuvos Respublikos įstatymų ir sveikatos apsaugos

ministro nustatytų sveikatos priežiūros sąlygų, įskaitant sveikatos priežiūros tinkamumą ir priimtinumą, visuma.

66. Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas administracinėje byloje Nr. I-7-552/2015 yra konstatavęs, kad Sveikatos apsaugos ministerija turi pareigą vykdyti Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje įtvirtintą konstitucinę valstybės priedermę rūpintis žmonių sveikata. Todėl nustatydamas su asmens sveikatos priežiūra susijusį teisinį reguliavimą, *inter alia* teisinėmis priemonėmis organizuodama asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, Sveikatos apsaugos ministerija privalo paisyti ir iš minėtos Konstitucijos nuostatos išplaukiančių reikalavimų sukurti ir įgyvendinti tokią asmens sveikatos apsaugos sistemą, kuri veiksmingai užtikrintų *inter alia* prieinamą ir tinkamą asmens sveikatos priežiūrą (asmens sveikatos priežiūros paslaugas) ir konstitucinės asmens teisės į tokią sveikatos priežiūrą realizavimą (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo išplėstinės teisėjų kolegijos 2015 m. gruodžio 21 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. I-7-552/2015, Administracinė jurisprudencija Nr. 30, 2015 m.).

67. Nagrinėjamos bylos kontekste išdėstytos nuostatos reiškia, kad Sveikatos apsaugos ministerija, vykdydama konstitucinę valstybės priedermę rūpintis žmonių sveikata ir nustatydamas asmens sveikatos priežiūros teikimo sąlygas bei reikalavimus, privalo paisyti iš Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies, Sveikatos sistemos įstatymo 5 straipsnio 1 dalyje nustatytų sveikatinimo veiklos reguliavimo principų kylančių reikalavimų teisinio reguliavimo priemonėmis užtikrinti prieinamą, tinkamą ir priimtina asmens sveikatos priežiūrą (asmens sveikatos priežiūros paslaugas) bei veiksmingai garantuoti asmens teisės į kokybišką sveikatos priežiūrą realizavimą.

68. Siekiant tinkamai įvykdyti nurodytą konstitucinę priedermę, Sveikatos apsaugos ministerijai, kaip viešojo administravimo subjektui, šiuo atveju vykdančiam administracinio reglamentavimo veiklą (viešojo administravimo subjekto veiklą, apimančią norminių administracinių aktų priėmimą įstatymams ir kitiems teisės aktams įgyvendinti) taikomi bendrieji konstituciniai principai (*inter alia* atsakingo valdymo, teisinės valstybės, teisingumo, teisės viršenybės (teisėtumo), teisėtų lūkesčių apsaugos, proporcingumo), kurie, be kita ko, įtvirtinti ir Lietuvos Respublikos viešojo administravimo įstatyme. Pažymėtina, kad Viešojo administravimo įstatymo 3 straipsnyje nustatytais principais yra grindžiamas geras administravimas, kuris teisėkūros veikloje neatsiejamas nuo konstitucinio atsakingo valdymo principo. Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas ne kartą yra nurodęs, kad pagal Konstituciją paisydamos atsakingo valdymo principo, visos valstybės institucijos ir pareigūnai turi vykdyti savo funkcijas vadovaudamiesi Konstitucija, teise, veikdami Tautos ir Lietuvos valstybės interesais, tinkamai įgyvendinti jiems Konstitucijos ir įstatymų suteiktus įgaliojimus (Konstitucinio Teismo 2012 m. spalio 26 d., 2012 m. lapkričio 10 d. išvados, 2014 m. gegužės 27 d., 2015 m. birželio 11 d. nutarimai). Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo jurisprudencijoje ne kartą konstatuota tai, kad konstitucinis teisės viešpatavimo imperatyvas reiškia, kad valdžios laisvę riboja teisė, kuriai privalo paklusti visi teisinių santykių subjektai, neišskiriant nė teisėkūros subjektų (*inter alia* Konstitucinio Teismo 2004 m. gruodžio 13 d., 2007 m. rugpjūčio 13 d., 2015 m. lapkričio 19 d. nutarimai).

69. Tinkamo Konstitucijos ir įstatymų suteiktų įgaliojimų vykdymo kontekste nagrinėjamoje byloje pirmiausia paminėtinas konstitucinis proporcingumo reikalavimas.

70. Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas, aiškindamas neatsiejamą konstitucinio teisinės valstybės principo elementą – proporcingumo reikalavimą, yra nurodęs, kad teisės aktuose nustatytos priemonės turi būti būtinos demokratinėje visuomenėje ir tinkamos siekiamiems teisėtiems bei visuotinai svarbiems tikslams (tarp tikslų ir priemonių turi būti pusiausvyra), jos neturi varžyti asmens teisių labiau, negu reikia šiems tikslams pasiekti (pvz., Konstitucinio Teismo 2004 m. gruodžio 13 d., 2009 m. gruodžio 11 d., 2012 m. vasario 6 d., 2012 m. spalio 31 d. 2013 m. vasario 15 d. nutarimai).

71. Viešojo administravimo įstatymo 3 straipsnio 3 punkte proporcingumo principas suprantamas, kaip reikalavimas, kad administracinio sprendimo mastas ir jo įgyvendinimo priemonės atitiktų būtinus ir pagrįstus administravimo tikslus. Pažymėtina, kad proporcingumo principas įtvirtintas ir Teisėkūros pagrindų įstatymo 3 straipsnyje, kaip teisėkūros principas, išreiškiantis imperatyvius reikalavimus, keliamus teisėkūroje dalyvaujantiems subjektams, siekiant sukurti vientisą, nuoseklią, darnią ir veiksmingą teisės sistemą. Pagal šį įstatymą proporcingumo principas reiškia, kad

pasirinktos teisinio reguliavimo priemonės turi sudaryti kuo mažesnę administracinę ir kitokią našta, nevaržyti teisinių santykių subjektų daugiau, negu to reikia teisinio reguliavimo tikslams pasiekti (3 str. 2 d. 2 p.).

72. Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo praktikoje nuosekliai laikomasi pozicijos, kad norminiai administraciniai aktai turi atitikti *inter alia* konstitucinį proporcingumo principą (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2013 m. vasario 14 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. I²⁶¹-2/2013, išplėstinės teisėjų kolegijos 2015 m. gruodžio 21 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. I-7-552/2015, išplėstinės teisėjų kolegijos 2016 m. vasario 11 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. I-3-502/2016).

73. Proporcingumo principas taip pat yra vienas iš bendrųjų teisės principų, pripažįstamas Europos Sąjungos teisės, kuri šioje byloje yra svarbi, kaip papildomas teisės aiškinimo šaltinis. Pagal proporcingumo principą reikalaujama, kad Europos Sąjungos teisės nuostata nustatytos priemonės būtų tinkamos atitinkamais teisės aktais siekiamiems teisėtiems tikslams įgyvendinti ir neviršytų to, kas būtina jiems pasiekti (*inter alia* Europos Sąjungos Teisingumo Teismo 2011 m. gegužės 12 d. sprendimo byloje *Liuksemburgas prieš Parlamentą ir Tarybą*, C-176/09, 61 p., 2012 m. kovo 13 d. sprendimo byloje *Melli Bank prieš Tarybą*, C-380/09 P, 52 p.). Iš Europos Sąjungos institucijų taip pat reikalaujama, kad jų veiksmai neviršytų to, kas tinkama ir būtina nagrinėjamų teisės aktų teisėtiems tikslams pasiekti, todėl, kai galima rinktis iš keleto tinkamų priemonių, reikia taikyti mažiausiai suvaržančią, o sukelti nepatogumai neturi būti neproporcingi nurodytiems tikslams (pvz., Europos Sąjungos Teisingumo Teismo 1990 m. lapkričio 13 d. sprendimo byloje *The Queen prieš Fedesa and others*, C-331/88, 19 p., 2001 m. liepos 12 d. sprendimo byloje *H. J. prieš Minister van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij*, C-189/01, 81 p.).

74. Europos Sąjungos Teisingumo Teisme atliekant Europos Sąjungos teisės aktų teisėtumo teisminę kontrolę, laikomasi nuostatos, kad proporcingumo principas taip pat reikalauja, kad institucijos, priėmusios administracinį aktą, galėtų teisme įrodyti, jog aktas buvo priimtas veiksmingai pasinaudojant savo diskrecija, kuri reikalauja atsižvelgti į visus šioje situacijoje, kurią šiuo aktu siekiama reglamentuoti, svarbius duomenis ir aplinkybes. Šios institucijos bent turi galėti pateikti bei aiškiai ir nedviprasmiškai išdėstyti bazinius duomenis, į kuriuos turėjo būti atsižvelgta pagrindžiant ginčijamas šio akto priemones ir nuo kurių priklausė jų diskrecijos įgyvendinimas (pvz., Europos Sąjungos Teisingumo Teismo 2006 m. rugsėjo 7 d. sprendimo byloje *Ispanija prieš Europos Tarybą*, C-310/04, 122–123 p.).

75. Taigi konstitucinis proporcingumo principas reikalauja, kad nustatomas teisinis reguliavimas turėtų teisėtą ir visuotinai svarbų tikslą, būtų tinkamas ir būtinas šiems tikslams pasiekti. Būtinumas išlaikyti šių elementų visumą sietinas su pirmiau minėta teisėkūros subjekto pareiga tinkamai įgyvendinti įstatymais nustatytą diskreciją, reguliuojant tam tikrus teisinius santykius, t. y. nustatant konkrečias teises priemones, tinkamai įvertinti esamą situaciją, atsižvelgti į visas situacijos apibūdinimui svarbias ir nustatomam teisiniam reguliavimui įtakos turinčias ar turėsiančias aplinkybes bei duomenis.

76. Nagrinėjamai bylai taip pat aktualus konstitucinis teisėtų lūkesčių apsaugos principas, kuris, atsižvelgiant į Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo suformuotą oficialią konstitucinę doktriną, laikytinas neatsiejamu konstitucinio teisinės valstybės principo elementu (pvz., Konstitucinio Teismo 2014 m. gegužės 8 d., 2015 m. lapkričio 19 d. nutarimai). Konstitucinis teisėtų lūkesčių apsaugos principas pirmiausia suponuoja valstybės pareigą užtikrinti teisinio reguliavimo tikrumą ir stabilumą, apsaugoti asmenų teises, gerbti teisėtus interesus ir teisėtus lūkesčius, vykdyti prisiimtus įsipareigojimus asmeniui (*inter alia* Konstitucinio Teismo 2012 m. vasario 6 d., 2013 m. spalio 10 d. nutarimai). Tai įstatymų leidėją, kitus teisėkūros subjektus saistantis, jų diskreciją ribojantis veiksnys (pvz., Konstitucinio Teismo 2008 m. gruodžio 4 d., 2013 m. spalio 10 d. nutarimai). Kita vertus, konstitucinės jurisprudencijos nuostatos patvirtina, kad pareiga paisyti teisėtų lūkesčių apsaugos principo reikalavimų nereiškia, kad iš teisėkūros subjektų visais atvejais yra reikalaujama išlaikyti *status quo*, šis principas draudžia keisti teisinį reguliavimą taip, kad įstatymų leidėjas nesilaikytų prisiimtų įsipareigojimų ir naujas teisinis reguliavimas nepagrįstai pablogintų asmens teisinę padėtį (pvz., Konstitucinio Teismo 2009 m. rugsėjo 2 d., 2010 m. birželio 29 d., 2011 m. vasario 14 d. nutarimai). Taigi teisėkūros subjektai, keisdami teisinį reguliavimą, yra saistomi labai konkrečių

teisėtų lūkesčių apsaugą užtikrinančių reikalavimų. Prie šių reikalavimų priskirtinas viešosios valdžios institucijų priimtų įsipareigojimų tęstinumo užtikrinimas (pvz., Konstitucinio Teismo 2002 m. lapkričio 25 d., 2003 m. liepos 4 d. nutarimai), pereinamųjų nuostatų priėmimas ar pakankamo *vacatio legis* laikotarpio nustatymas (pvz., Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas). Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas savo nutarimuose taip pat yra pažymėjęs, kad asmenys, pagal įstatymą įgiję tam tikras teises, turi teisę pagrįstai tikėtis, kad šios teisės nustatytą laiką bus išlaikytos ir įgyvendinamos, todėl keičiant teisinį reguliavimą būtina laikytis *inter alia* principo *lex retro non agit* (Konstitucinio Teismo 2009 m. rugsėjo 2 d., 2003 m. gruodžio 3 d. nutarimai). Atsižvelgiant į šioje byloje ginčijamomis Aprašo nuostatomis reguliuojamus teisinius santykius (sveikatos apsaugos teisiniai santykiai), pažymėtina, kad pagal Konstituciją yra leidžiama tam tikrais atvejais, t. y. siekiant apsaugoti viešąjį interesą, kitas konstitucines vertybes, nukrypti nuo minėtų konstitucinio teisėtų lūkesčių apsaugos principo suponuojamų teisėkūros reikalavimų (pvz., Konstitucinio Teismo 2013 m. vasario 15 d., 2013 m. liepos 1 d. nutarimai). Tokiais atvejais atsižvelgtina į tai, kad Konstitucijoje įtvirtintos vertybės sudaro darnią sistemą, tarp jų yra pusiausvyra. Konstitucijos saugomų vertybių sandūroje būtina rasti sprendimus, užtikrinančius, kad nė viena iš tokių vertybių nebus paneigta ar nepagrįstai apribota. Kitaip būtų pažeista Konstitucijos saugomų vertybių pusiausvyra, konstitucinis atviros, darnios pilietinės visuomenės imperatyvas, konstitucinis teisinės valstybės principas (Konstitucinio Teismo 2002 m. spalio 23 d., 2003 m. kovo 4 d. nutarimai).

77. Teisėtų lūkesčių apsaugos principas, kaip norminių aktų teisėtumo kriterijus, pripažįstamas ir Europos Sąjungos teisės sistemoje (pvz., Europos Sąjungos Teisingumo Teismo 1973 m. birželio 5 d. sprendimo byloje *Komisija prieš Tarybą*, 81/72, 10 p., 1975 m. gegužės 14 d. sprendimo byloje *CNTA SA prieš Komisiją*, 74/74, 533 p.). Pagal šį principą Europos Sąjungos teisė nedraudžia retroaktyvumo teisėkūroje, kai to reikalauja bendrojo intereso tikslai ir yra tinkamai atsižvelgiama į suinteresuotų asmenų teisėtus lūkesčius, taip pat kai iš atitinkamų Sąjungos normų turinio, tikslo ar struktūros aiškiai matyti, kad joms turi būti priskirtas toks poveikis (pvz., Europos Sąjungos Teisingumo Teismo 2009 m. kovo 19 d. sprendimo byloje *Mitsui & Co. Deutschland prieš Hauptzollamt Düsseldorf*, C-256/07, 32 p.). Pereinamųjų nuostatų priėmimo klausimas Europos Sąjungos teisėje sprendžiamas taip pat taikant konkuruojančių interesų nustatymo testą, todėl ir šiuo atveju vertinama, ar egzistuoja viršesnis viešasis interesas (pvz., Europos Sąjungos Teisingumo Teismo 1975 m. gegužės 14 d. sprendimo byloje *CNTA SA prieš Komisiją*, 74/74, 533 p., 2006 m. birželio 22 d. sprendimo sujungtose bylose *Belgija ir Forum 187 prieš Komisiją*, C-182/03 ir C-217/03, 172–174 p.).

78. Nagrinėjamos bylos kontekste išdėstytos nuostatos suponuoja, kad Sveikatos apsaugos ministerijai reguliuojant santykius, susijusius su sveikatos priežiūros teikimo (KKLT paslaugų teikimo) reikalavimais ir iš esmės keičiant teisinį reguliavimą šioje srityje, kuris gali pabloginti kai kurių suinteresuotų grupių (asmenų, kuriems taikomi reikalavimai) padėtį, taikomas reikalavimas paisyti konstitucinio teisėtų lūkesčių apsaugos principo, tačiau tiek, kiek šio principo laikymasis nepaneigia konstitucinės pareigos tinkamai apsaugoti asmens sveikatą ir nepažeidžia būtinumo užtikrinti sveikatos priežiūros, teikiant KKLT paslaugas, kokybės ir prieinamumo. Taigi ir šiuo atveju nagrinėjamoje byloje reikalinga teismui įvertinti, ar iš esmės keičiant nustatytus KKLT teikimo reikalavimus, buvo būtinos tam prielaidos ir siekiami tikslai užtikrinti viešąjį interesą sveikatos apsaugos srityje.

79. Tinkamas diskrecijos naudojimas nustatant teisinį reguliavimą neatsiejamas ir nuo kitų reikalavimų teisėkūrai, *inter alia* išplaukiančių iš konstitucinio teisinės valstybės principo, atsakingo valdymo, gero administravimo principų. Nagrinėjamos bylos kontekste pažymėtina, kad Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas ne kartą savo nutarimuose yra konstatavęs, kad teisinio tikrumo ir teisinio aiškumo imperatyvas suponuoja tam tikrus privalomus reikalavimus teisiniam reguliavimui: jis, be kita ko, privalo būti aiškus ir darnus, teisės normos turi būti formuluojamos tiksliai, jose negali būti dviprasmybių (Konstitucinio Teismo 2003 m. gegužės 30 d., 2004 m. sausio 26 d., 2006 m. gruodžio 21 d., 2009 m. rugsėjo 2 d. nutarimai, 2010 m. balandžio 20 d. sprendimas). Taip pat Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas yra konstatavęs ir tai, kad leidžiant teisės aktus turi būti paisoma teisėkūros procedūrinių reikalavimų, taip pat ir tų, kuriuos yra nusistatęs pats teisėkūros subjektas (Konstitucinio Teismo 2004 m. gruodžio 13 d., 2004 m. gruodžio 29 d., 2005 m. rugsėjo 29 d. nutarimai). Be pirmiau minėto proporcingumo principo Teisėkūros pagrindų

įstatymas taip pat reikalauja laikytis atvirumo ir skaidrumo (3 str. 2 d. 4 p.), efektyvumo (3 str. 2 d. 5 p.), aiškumo (3 str. 2 d. 6 p.), sistemiškumo (3 str. 2 d. 7 p.) principų. Iš Viešojo administravimo įstatyme įtvirtintų principų taip pat pažymėtinas objektyvumo reikalavimas, reiškiantis, kad administracinio sprendimo priėmimas ir kiti oficialūs viešojo administravimo subjekto veiksmai turi būti nešališki ir objektyvūs (3 str. 2 p.). Siekiant užtikrinti šiuos principus, norminiai administraciniai aktai priimami įstatymuose ir kituose teisės aktuose nustatyta tvarka, laikantis procedūrinių reikalavimų.

80. Teisėkūros pagrindų įstatyme reglamentuojami teisėkūros principai, procesas ir tvarka. Iš šios tvarkos elementų paminėtina, kad prieš nustatant naują ar iš esmės keičiant esamą teisinį reguliavimą, gali būti parengta numatomo teisinio reguliavimo koncepcija, kurioje pateikiama esamos padėties analizė, nurodomos spręstinios problemos, numatomo teisinio reguliavimo tikslas, principai ir pagrindinės nuostatos, galimos teigiamos ir neigiamos numatomo teisinio reguliavimo pasekmės, numatomą teisinį reguliavimą pagrindžiančios nuostatos, kita svarbi informacija (12 str.). Taip pat tai, kad rengiant teisės akto, kuriuo numatoma reglamentuoti iki tol neregamentuotus santykius, taip pat kuriuo iš esmės keičiamas teisinis reguliavimas, projektą, privalo būti atliekamas numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimas. Šio vertinimo išsamumas turi būti proporcingas galimoms numatomo teisinio reguliavimo pasekmėms. Sprendimą dėl numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo priima teisės akto projekto rengėjas (15 str. 1 d.). Atliekant numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimą, nustatomas galimas teigiamas ir neigiamas poveikis to teisinio reguliavimo sričiai, asmenims ar jų grupėms, kuriems bus taikomas numatomas teisinis reguliavimas (15 str. 2 d.). Be kita ko, Teisėkūros pagrindų įstatyme reglamentuojama konsultavimosi su visuomene procedūra (7 str.), kuri suprantama, kaip teisėkūros iniciatyvas pareiškiančių, teisės aktų projektus rengiančių, teisės aktus priimančių ir (ar) teisinio reguliavimo stebėseną atliekančių subjektų veiksmai, apimantys teisėkūros iniciatyvų, teisės aktų projektų pateikimą visuomenei susipažinti, informavimą apie atliekamą teisinio reguliavimo stebėseną, taip pat gautų asmenų pasiūlymų įvertinimą ir šio įvertinimo rezultatų paskelbimą. Su visuomene turi būti konsultuojamasi laiku ir dėl esminių klausimų (konsultavimosi efektyvumas), taip pat tiek, kiek yra būtina (konsultavimosi proporcingumas) (7 str. 2, 3 d.).

81. Išdėstytos nuostatos pagrindžia, kad vykdant reglamentavimo veiklą teisės aktuose yra įtvirtintos procedūrinės galimybės teisėkūros subjektui nustatyti priimamo teisinio reguliavimo prielaidas (faktinės situacijos aplinkybės, šias aplinkybes patvirtinančius tam tikrus duomenis), visapusiškai įvertinti priimamų teisės normų (teisės akto projekto) teigiamas ir neigiamas pasekmes, ir tai pateikti teisės akto projekto lydimuosiuose dokumentuose ar pačiame teisės akte (jo prieduose). Šių procedūrinių galimybių išnaudojimas teisėkūros procese, atsižvelgiant į konkrečią reglamentavimo sritį ir nustatomų teisės normų pobūdį, sudaro prielaidas ne tik priimti teisėtus *inter alia* proporcingus, objektyvius ir aiškius norminius administracinius aktus, bet ir užtikrina, jog atsižvelgiant į teisėkūros subjekto pateiktą priimamo teisinio reguliavimo pagrindimą, bus galima tinkamai atlikti priimtų teisinio reguliavimo nuostatų teisėtumo teisminę patikrą.

82. Šiame kontekste pažymėtina, kad Europos Sąjungos teisė iš Europos Sąjungos teisės aktų leidėjo reikalauja motyvuoti priimamus bendro pobūdžio aktus (Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo 296 str. (buvęs EB sutarties 253 str.)). Pagal nusistovėjusią Europos Sąjungos Teisingumo Teismo praktiką, motyvavimas turi atitikti teisės akto pobūdį ir aiškiai bei nedviprasmiškai atskleisti Bendrijos institucijos, kuri priėmė aktą, teisės akto priėmimą padaryti paskatinusias priežastis, kad suinteresuotieji asmenys žinotų, kodėl priemonė priimta, o Bendrijos teismas galėtų vykdyti jos teisminę kontrolę. Nereikalaujama, kad motyvuojant būtų nurodytos visos faktinės ir teisinės aplinkybės, nes nustatant, ar akto motyvai atitinka EB sutarties 253 straipsnio reikalavimus, turi būti atsižvelgiama ne tik į jų formuluotę, bet ir į kontekstą bei visas nagrinėjamą klausimą reglamentuojančias teisės normas (pvz., Europos Sąjungos Teisingumo Teismo 2005 m. liepos 14 d. sprendimo byloje *Nyderlandai prieš Komisiją*, C-26/00, 113 p.). Jei kalbama apie visuotinio taikymo aktą, motyvavimas gali apsiriboti jo priėmimą lėmusia bendra situacija ir juo siekiamais bendrais tikslais (pvz., Europos Sąjungos Teisingumo Teismo 2005 m. kovo 10 d. sprendimo byloje *Ispanija prieš Tarybą*, C-342/03, 55 p., 2006 m. rugsėjo 7 d. sprendimo byloje *Ispanija prieš Europos Tarybą*, C-310/04, 58 p.).

83. Atkreiptinas dėmesys, kad pagal nusistovėjusią Europos Sąjungos Teisingumo Teismo praktiką, Europos Sąjungos akto teisėtumas turi būti vertinamas, atsižvelgiant į jo priėmimo momentu susiklosčiusias faktines ir teises aplinkybes (pvz., Europos Sąjungos Teisingumo Teismo 2011 m. liepos 28 d. sprendimo byloje *Agrana Z. G. prieš Bundesminister für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft*, C-309/10, 31 ir 46 punktai ir juose nurodyta teismo praktika). Tačiau iš šio teismo praktikos taip pat aišku, kad priklausomai nuo priimto teisės akto motyvų pakankamumo, teismui, vertinančiam ginčijamo akto teisėtumą, leidžiama atsižvelgti į Komisijos, priėmusios ginčijamą aktą, per teismo procesą pateiktą papildomą informaciją dėl valstybių narių teisės aktų situacijos, turėjusios įtakos šio reglamento priėmimui, tokia informacija siekiant patikslinti pagrindinio reglamento motyvus. Taigi Europos Sąjungos Teisingumo Teismo praktikoje atsižvelgiama į nagrinėjamo teisės akto motyvų patikslinimus, kurie buvo pateikti per teismo procesą (Europos Sąjungos Teisingumo Teismo 2015 m. rugsėjo 3 d. sprendimas byloje *I. T. Kanatami ir kt. prieš Europos Komisiją*, C-398/13, 30 punktas ir joje nurodyta teismo praktika).

84. Apibendrinus pažymėtina, kad teisėkūros subjekto diskrecija, kad ir esanti labai plati, negali būti aiškinama, kaip paneigianti viešojo administravimo subjekto pareigą apskritai pagrįsti savo priimamus sprendimus, todėl, priimant konkretų norminį administracinį aktą (nustatant konkrečias teisės normas), turi būti aiškūs faktai, argumentai, teisinis pagrindas, kuriuo viešojo administravimo subjektas rėmėsi. Nustatomo teisinio reguliavimo pagrindimas turi būti adekvatus, aiškus ir pakankamas. Tokio pagrindimo stoka apsunkina administracinio teismo atliekamą tokių aktų teisėtumo patikrą, ypač kai administracinis aktas, kurio teisėtumas yra tiriamas, reglamentuoja specialių žinių reikalaujančią sritį. Viešojo administravimo subjektui tenkanti pareiga pagrįsti savo priimamus sprendimus negali būti perkelta teisingumą vykdančiai institucijai.

85. Taigi dėl specifinės, specialių žinių reikalaujančios reglamentavimo srities teisminei kontrolei ir patikros apimčiai esant sudėtingai, iš teisėkūros subjekto, atsižvelgiant į konkrečios teisinės priemonės (priimamų teisės normų) pobūdį ir reglamentavimo sritį, gali būti reikalaujama pakankamai detalai paaiškinti priimamas teises priemones, pateikiant objektyviais ir pakankamais duomenimis (faktais) apibūdintą reglamentuojamos srities situacijos analizę, kuri atskleistų priimamo teisės akto (teisės normų) teises bei faktines prielaidas, numatomo teisinio reguliavimo poveikį reglamentuojamiems santykiams. Šios pareigos, priimant teisėkūros aktus, tinkamas vykdymas turėtų būti toks, kad teismas, atliekantis norminio teisės akto teisėtumo patikrą *inter alia* proporcingumo, teisėtų lūkesčių apsaugos, kitais aspektais, galėtų patikrinti, ar teisėkūros subjektas tinkamai pasinaudojo savo diskrecija.

86. Minėta, žmogaus ir visuomenės sveikata – viena svarbiausių konstitucinių vertybių, jos apsauga – konstituciškai svarbus tikslas, viešasis interesas, rūpinimasis žmonių sveikata – viena iš prioritetinių valstybės funkcijų, todėl nurodyti viešojo administravimo subjekto veiklos įgyvendinant administracinio reglamentavimo (teisėkūros) diskreciją, reikalavimai yra neatsiejami, vykdamas konstitucinę, t. y. Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje įtvirtintą, valstybės priedermę tinkamai pasirūpinti žmonių sveikata ir efektyviai realizuoti konstitucinę asmens teisę į kokybišką ir prieinamą sveikatos priežiūrą.

87. Nagrinėjamos norminės administracinės bylos kontekste išdėstytos nuostatos reiškia, kad pagal kompetenciją reglamentuodama sveikatos priežiūros paslaugų – šiuo atveju KKLТ paslaugų – teikimą ir KKLТ atlikimui taikomus reikalavimus, Sveikatos apsaugos ministerijai kyla pareiga ne tik nustatyti tokį poįstatyminį teisinį reguliavimą, kuris atitiktų iš konstitucinio teises valstybės principo kylančius reikalavimus *inter alia* jis turi būti proporcingas (tinkamas ir būtinas teisėtiems tikslams pasiekti), nepažeisti teisėtų lūkesčių, bet ir priimant teisės aktus, nustatant konkrečias teisės normas (reikalavimus sveikatos priežiūrai), gebėti tinkamai, adekvačiai, aiškiai jas paaiškinti, taip pat konkrečių duomenų, aplinkybių pagrindu pagrįsti *inter alia* jų proporcingumą, atitikimą kitiems principams taip, kad vykdamas teisminę nustatytų sveikatos priežiūros reikalavimų kontrolę, būtų aiškūs priimamo teises reguliavimo motyvai, tikslai, faktinės, teises prielaidos, pateiktas numatomo teises reguliavimo poveikio vertinimas, ir teismas, remdamasis šiais duomenimis, galėtų patikrinti, ar nustatytasis teises reguliavimas atitinka siekiamus tikslus, yra tinkamas, būtinas, taigi galėtų patikrinti, ar Sveikatos apsaugos ministerija tinkamai įgyvendino savo diskreciją ir realizavo iš Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje kylančią valstybės priedermę tinkamai pasirūpinti žmonių sveikata

ir užtikrinti kokybišką sveikatos priežiūros (*inter alia* KKLТ) paslaugų teikimą. Taigi ginčijamo teisinio reguliavimo (Aprašo 12.2, 13.1.1 ir 13.1.2 papunkčių) teisėtumas šioje byloje pirmiausia vertintinas pagal tai, ar Aprašo pakeitimams, kuriais nustatyti sugriežtinti KKLТ teikimo reikalavimai, priimti buvo konkrečios faktinės ir teisinės prielaidos, ar šie reikalavimai grindžiami tinkamai nustatytomis objektyviomis aplinkybėmis (duomenimis), ar šių KKLТ teikimo reikalavimų teisėtumo teismui patikrinimui Sveikatos apsaugos ministerija yra pateikusi tinkamą pagrindimą.

VII.

Dėl ginčijamo teisinio reguliavimo atitikties aukštesnės galios teisiniu reguliavimu

88. Išplėstinė teisėjų kolegija, vertindama ginčijamo teisinio reguliavimo teisėtumą, pirmiausia Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies nuostatos, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, požiūriu, taip pat jo atitiktį konstituciniam proporcingumo principui, atkreipia dėmesį, kad teisės akte, kuriuo buvo keičiamas Aprašas ir įtvirtinti iš esmės nauji (griežtesni) reikalavimai universiteto ligoninėms, teikiančioms KKLТ paslaugas (t. y. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakyme Nr. V-830), nėra nurodyti jokie šio teisės akto priėmimo motyvai ir tikslai, o 2016 m. birželio 15 d. įsakymo Nr. V-830 projekto lydimojuose dokumentuose priimamo teisinio reguliavimo pagrindimas išdėstomas itin lakoniškai.

89. Sveikatos apsaugos ministerija tiek atsiliepime į pareiškimus, tiek teismo posėdyje paaiškino, kad Aprašo 12.2, 13.1.1 ir 13.1.2 papunkčiuose nustatytu teisiniu reguliavimu siekiama užtikrinti kokybišką ir saugią asmens sveikatos priežiūrą. 2016 m. birželio 15 d. įsakymo Nr. V-830 aiškinamajame rašte nurodyta, kad teisinio reguliavimo pakeitimais siekiama užtikrinti KKLТ kokybę ir pacientų saugą, taip pat racionalų ir efektyvų PSDF biudžeto lėšų naudojimą. Šiame rašte taip pat teigiama, kad būtina nustatyti šiuolaikinę medicinos pažangą, tarptautines rekomendacijas atitinkančius reikalavimus KKLТ paslaugas teikiančioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms bei šiuos reikalavimus suderinti su sveikatos apsaugos ministro 2014 m. gruodžio 31 d. įsakymu Nr. V-1462 patvirtinta 2015–2025 metų transplantacijos programa, o būtent:

- šios programos 6 punktu, kuriame nurodyta, kad transplantacijos paslaugos Lietuvoje plėtojamos vadovaujantis technologijų, medicinos personalo bei vadybos išteklių koncentracijos principu ir siekiant sukurti referencijos centrus. Referencijos centrai taiko pažangiausią šiuolaikinę medicinos praktiką, vykdo mokslo tiriamąjį darbą, mokymą bei metodinį vadovavimą transplantacijų srityje;

- šios programos 7 punktu, kuriame nustatyta, kad Kauno klinikose leidžiama atlikti ne daugiau, kaip 20 AUTOKKLТ suaugusiesiems (TLK-10-AM kodas C90.0) per metus.

90. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymo Nr. V-830 projekto aiškinamajame rašte taip pat teigiama, kad reikalavimai įstaigoms dėl atitinkamo kiekio suteiktų paslaugų skaičiaus turėjimo pagrindžiami pirmiausia argumentais, kad profesines klaidas ar komplikacijas ligoninėse labiausiai lemia, be kita ko, klinikinės patirties stoka. Diagnozavimo ir gydymo klaidos labiau tikėtinos tose ligoninėse, kurių personalas retai susiduria su tam tikromis ligomis ir būklėmis. Klinikinė patirtis (suteiktų paslaugų skaičius) tiesiogiai lemia įstaigos teikiamų paslaugų kokybę, kuri yra svarbiausias rodiklis. Šiame rašte nurodoma ir tai, kad rengiant projektą, atsižvelgta į kitų šalių patirtį.

91. Išplėstinė teisėjų kolegija sutinka, kad asmens sveikatos priežiūros (šiuo atveju KKLТ paslaugų) tinkamumas (kokybė ir efektyvumas), pacientų sauga, taip pat ekonomiškasis PSDF biudžeto lėšų naudojimas – visuotinai svarbūs ir teisėti tikslai. Išplėstinė teisėjų kolegija taip pat nekvestionuoja, kad didelė įstaigų patirtis, atliekant KKLТ, yra vienas iš svarbiausių veiksnių, lemiančių aukštą šių paslaugų kokybę ir pacientų saugą, tačiau vien tik tokių deklaratyvių nuostatų pateikimas pats savaime negali pagrįsti faktinių ir teisinių prielaidų atlikti teisinio reguliavimo pakeitimus ir šiais pakeitimais tokiu mastu griežtinti KKLТ teikimo reikalavimus įstaigoms egzistavimo. Nei aiškinamajame rašte, nei kituose lydimojuose dokumentuose nėra atskleista esama situacija teikiant KKLТ paslaugas Lietuvoje, nepateikti konkretūs duomenys, be kita ko, apie teikiamą

paslaugų kiekį, esamą ar prognozuojamą poreikį, pasiskirstymą teritoriniu aspektu, kokybinius rodiklius, konkrečiai neįvertintos teigiamos ir neigiamos numatomo teisinio reguliavimo pasekmės. Teisminės patikros metu šie duomenys taip pat nepateikti.

92. 2015–2025 metų transplantacijos programoje pateikiami tam tikri su KKLT susiję skaičiai (pvz., 2012 m. Lietuvoje atlikta 144 KKLT, išgyvenamumo po KKLT procentai), pateikiami programos tikslų vertinimo kriterijai (AUTOKKLT ir ALOKKLT, tenkančių milijonui gyventojų, skaičius), numatomi rezultatai (AUTOKKLT, tenkančių milijonui gyventojų, skaičius – 33, ALOKKLT, tenkančių milijonui gyventojų, skaičius – 23), siektini rodikliai (siekiamas mirtingumo ir išgyvenamumo po KKLT procentas), tačiau tokių duomenų nepakanka, siekiant tinkamai įvertinti ginčijamo teisinio reguliavimo įtaką KKLT kokybei ir prieinamumui.

93. Nagrinėjamoje byloje Sveikatos apsaugos ministerijos pateikti paaiškinimai, kodėl buvo būtina keisti esamą teisinį reguliavimą, yra priešaringi. Viena vertus, teigiama, jog reikalavimai KKLT teikimui nebuvo koreguojami nuo 2004 m., todėl, kaip galima suprasti, jie nebeatitinka mokslo tyrimais pagrįstų reikalavimų, t. y. neužtikrina paslaugų kokybės. Kita vertus, teigiama, kad teisinio reguliavimo pakeitimais siekiama užtikrinti esamą KKLT kokybę ir nepabloginti jos ateityje, todėl, kaip galima suprasti, paslaugų kokybės augimas ateityje nėra pagrindinis teisėkūros subjekto motyvas. Dėl to nei sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymo Nr. V-830 parengiamuosiuose dokumentuose, nei teismo nagrinėjimo metu Sveikatos apsaugos ministerija nepaiškino, kodėl buvo būtina griežtinti nustatytus reikalavimus, konkrečių duomenų pagrindu neatskleidė, ar esant iki 2016 m. lapkričio 1 d. nustatytajam reguliavimui, buvo neužtikrinamos kokybiškos ir saugios KKLT paslaugos sveikatos priežiūros įstaigose, atsižvelgiant ir į tai, kad iki Aprašo pakeitimo galiojęs teisinis reguliavimas, t. y. jame įtvirtinti KKLT teikimo reikalavimai, atitiko Tarptautinio akreditavimo komiteto patvirtintus akreditavimo standartus. Pažymėtina ir tai, kad Sveikatos apsaugos ministerijos teikti paaiškinimai rodo, kad keičiant Aprašą ir griežtinant KKLT paslaugų teikimo reikalavimus, buvo siekiama KKLT paslaugas koncentruoti vienoje universiteto ligoninėje. Tam tikrų sveikatos priežiūros paslaugų koncentravimas *ipso jure* gali būti laikomas teisėtu tikslu, tačiau nei iš ginčijamo teisinio reguliavimo priėmimo parengiamųjų dokumentų, nei iš į bylą pateiktų duomenų negalima vienareikšmiškai spręsti, kad KKLT teikimo reikalavimų griežtinimas yra vienintelė, neišvengiamai būtina ir tinkama nurodyto tikslo siekimo priemonė, atsižvelgiant, be kita ko, į tai, kad sveikatos priežiūros paslaugų koncentravimui Sveikatos apsaugos ministerija turi kitų teisinių įrankių.

94. Nesant konkrečiais duomenimis pagrįsto teisėkūros subjekto paaiškinimo, kaip nesuderinamas su Sveikatos apsaugos ministerijos deklaruojamais tikslais kaupti kuo didesnę patirtį universiteto ligoninėje teikiant KKLT ir taupyti PSDF biudžeto lėšas, vertintinas reikalavimas pirmuosius dešimt veiklos metų atlikti ne daugiau, kaip 20 AUTOKKLT suaugusiems pacientams, sergantiems mielomine liga. Reikalavimas pirmus dešimt metų atlikti ne daugiau, kaip 20 AUTOKKLT, esant mielominės ligos indikacijai, nedera ir su atsakovo nurodoma aplinkybe, jog Lietuvoje atliekamų KKLT skaičius per metus nėra didelis (apie 200), vertinant tai, kad keičiant Aprašą sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymu Nr. V-830, buvo papildytas indikacijų, t. y. atvejų, kada galima taikyti KKLT procedūrą, sąrašas. Be to, Lietuvos hematologų draugija į bylą pateiktoje nuomonėje nurodo, kad jau 2014 m. Lietuvoje atliktų transplantacijų skaičius 10 mln. gyventojų buvo didesnis, nei transplantacijų skaičius panašaus ekonominio išsivystymo valstybėse ir prilygo transplantacijų skaičiui 10 mln. gyventojų didesnio ekonominio išsivystymo valstybėse. Iš bylos duomenų nėra aišku, ar šios aplinkybės priimant ginčijamą teisinį reguliavimą, atsakovo buvo vertinamos. Teismo nagrinėjimo metu Sveikatos apsaugos ministerija taip pat nepaiškino, ar nurodytos aplinkybės turi įtakos, vertinant ginčijamo teisinio reguliavimo santykį su deklaruojamu KKLT paslaugų kokybės (be kita ko, ir prieinamumo) didinimu. Pažymėtina, kad nuostata dėl minimaliai leidžiamų 20 AUTOKKLT, atliekamų suaugusiems, sergantiems mielomine liga, įtvirtinta sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintoje 2015–2025 metų transplantacijos programoje, t. y. tos pačios galios teisės akte, kurio nuostatų įgyvendinimas pats savaime negali pagrįsti nustatomo analogiško teisinio reguliavimo teisėtumo.

95. Nei minėtame aiškinamajame rašte, nei atsiliepime, nei teismo posėdžio metu Sveikatos apsaugos ministerija taip pat nepagrindė konkrečių įstaigos patirties reikalavimų (pirmus dešimt veiklos metų atlikti tik AUTOKKLT suaugusiems pacientams, sergantiems mielomine liga ir atlikti ne

daugiau, kaip 20 tokių AUTOKKLT per metus; atlikti ne mažiau, kaip 200 AUTOKKLT; atlikti ne mažiau, kaip 800 AUTOKKLT suaugusiems pacientams ir 80 AUTOKKLT vaikams; ne trumpiau, kaip 5 metus atlikti giminingo donoro ALOKKLT; atlikti ne mažiau, kaip 200 giminingo donoro ALOKKLT suaugusiems ir ne mažiau, kaip 20 giminingo donoro ALOKKLT vaikams), t. y. nenurodė, kokių konkrečių mokslinių tyrimų ar užsienio šalių duomenimis remiantis nustatyti ginčijamuose Aprašo papunkčiuose įvardyti reikalaujami patirties metai ir operacijų skaičiai, juolab, kad jie palyginus su iki 2016 m. lapkričio 1 d. galiojusiais reikalavimais, yra itin sugriežtinti.

96. Byloje yra pateikta Lietuvos hematologų draugijos nuomonė, kurioje daromos tam tikros išvados dėl KKLT kokybės, atsižvelgiant į nurodomus mokslinius tyrimus, kuriais, be kita ko, remiasi ir kiti nuomonę byloje teikę asmenys. Šioje nuomonėje teigiama, kad pacientų išgyvenamumas po penkerių metų skyrėsi apie 10 proc., kai ALOKKLT buvo vykdomos mažiausiai per metus atliekančiame centre palyginti su daugiausiai transplantacijų atliekančiais centrais, t. y. iš dešimties pacientų vienas mirė, mirties priežastį siejant su transplantacijos atlikimu mažesnę patirtį turinčiame centre. Taip pat, kaip teigiama nuomonėje, transplantacijų rezultatai geresni centruose, kuriuose kiekvienas gydytojas atlieka daugiau transplantacijų, t. y. centruose, kuriuose kiekvienas gydytojas atliko daugiau, kaip 20 ALOKKLT transplantacijų per metus, pacientų mirtingumo tikimybė buvo 33 proc. mažesnė palyginus su tais centrais, kuriuose gydytojas atliko mažiau, kaip 20 transplantacijų per metus. Be to, transplantacijų rezultatai geresni tuose centruose, kuriuose transplantacijos atliekamos ilgiau, t. y. transplantuotų pacientų išgyvenamumas po penkerių metų skyrėsi apie 10 proc. tarp transplantacijų centrų, kurių ALOKKLT patirtis buvo mažiau, kaip 5 metai palyginus su tais centrais, kuriuose transplantacijos atliekamos ilgiausiai, t. y. 15–19 metų. Tačiau, išplėstinės teisėjų kolegijos vertinimu, šios moksliniais tyrimais paremtos išvados nėra pakankamos ginčijamų KKLT teikimo reikalavimų pagrįstumui įvertinti, kadangi išvadose kalbama vien tik apie ALOKKLT paslaugas, nors ginčijamos Aprašo nuostatos apima ir AUTOKKLT teikimo reikalavimus; operacijų skaičių vienam gydytojui, nors ginčijami Aprašo papunkčiai įtvirtina reikalaujamą skaičių operacijų, kurias būtų atlikusi sveikatos priežiūros įstaiga. Nuomonėje nedaromos jokios išvados, kad atsižvelgiant *inter alia* į gyventojų skaičių ar atliekamų operacijų skaičių per tam tikrą laikotarpį, yra būtina ir reikalinga pirmiausia per 10 metų atlikti 200 AUTOKKLT, o vėliau per 10 metų 800 AUTOKKLT suaugusiems pacientams ir 80 vaikams.

97. Taigi išplėstinė teisėjų kolegija, atsižvelgusi į tai, kas išdėstyta, įvertinusi reglamentuojamos srities svarbą kiekvienam žmogui ir visai visuomenei, negali daryti išvados, kad esant tokiems ginčijamo teisinio reguliavimo motyvavimo, konkrečių teisinių nuostatų (KKLT atlikimo reikalavimų) pagrindimo trūkumams, vykdant norminio administracinio akto teisminę kontrolę yra įmanoma visapusiškai, objektyviai ir teisingai patikrinti jo teisėtumą ir įvertinti, ar Sveikatos apsaugos ministerija, nustačiusi ginčijamuose Aprašo 12.2, 13.1.1 ir 13.1.2 papunkčiuose įtvirtintą teisinį reguliavimą, tinkamai įgyvendino jai teisės aktais priskirtą diskreciją ir įvykdė konstitucinę valstybės priedermę tinkamai pasirūpinti žmonių sveikata ir efektyviai realizuoti konstitucinę asmens teisę į kokybišką ir prieinamą sveikatos priežiūrą. Nesant galimybių patikrinti KKLT teikimo reikalavimų pagrįstumo *inter alia* jų proporcingumo (būtinumo, reikalingumo ir tinkamumo siekiamiems tikslams), negalima teigti, kad tokiu teisiniu reguliavimu sudaromos ir prielaidos užtikrinti, kad bus įgyvendinti iš Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies išplaukiantys imperatyvai. Kartu dėl nurodytų trūkumų negalint patikrinti nustatyto teisinio reguliavimo proporcingumo, negalima teigti, jog teisėkūros subjekto veikla nagrinėjamu aspektu atitinka konstitucinį atsakingo valdymo principą. Todėl tiek, kiek Aprašo 12.2, 13.1.1 ir 13.1.2 papunkčiuose įtvirtintas teisinis reguliavimas nėra tinkamai motyvuojamas būtinumu ir reikalingumu užtikrinti sveikatos priežiūros (KKLT paslaugų teikimo) tinkamumą ir prieinamumą, tiek, kiek jis nėra pagrindžiamas patikimais, konkrečiais, aiškiais ir objektyviais duomenimis, negali būti laikomas proporcingu ir atitinkančiu Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies nuostatą, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, o teisėkūros procedūros požiūriu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymo Nr. V-830 2.13–2.15 papunkčiai negali būti laikomi atitinkančiais konstitucinį atsakingo valdymo principą.

98. Kiek tai susiję su konstitucinio teisėtų lūkesčių apsaugos principo užtikrinimu, keičiant teisinį reguliavimą sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymu Nr. V-830,

pažymėtina, kad byloje ginčijami Aprašo pakeitimai, patvirtinti minėtu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu, įsigaliojo nuo 2016 m. lapkričio 1 d. Vadinasi, pereinamosios nuostatos, atidedant naujo teisinio reguliavimo įsigaliojimą, buvo įtvirtintos. Pareiškėjai argumentų, kad naujo teisinio reguliavimo įsigaliojimui nustatytas laikotarpis nėra pakankamas, neteikia. Tačiau išplėstinė teisėjų kolegija atkreipia dėmesį, kad sveikatos apsaugos ministras, nustatydamas naujus ir iš esmės griežtesnius reikalavimus, siekiant atlikti KKLТ, neįtvirtino jokių teisinio reguliavimo nuostatų, susijusių su suinteresuotų asmenų, kuriems nustatyti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimai taikomi, teisine padėtimi, atsiradusia iki įsigaliojant teisiniam reguliavimui, patvirtintam Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymui Nr. V-830, ir šių asmenų galimybės teikti KKLТ paslaugas, įgytos galiojant ankstesniems sveikatos priežiūros paslaugų reikalavimams, išsaugojimu.

99. Minėta, kad konstitucinis teisėtų lūkesčių apsaugos principas nėra absoliutus. Nuo jo nukrypstančios nuostatos gali būti pateisinamos siekiu apsaugoti viešąjį interesą ar kitas konstitucines vertybes. Kokybiškų, tinkamų ir prieinamų KKLТ paslaugų užtikrinimas šiuo atveju pripažintinas bendrus interesus atitinkančiu, konstituciškai svarbiu teisėkūros tikslu, tačiau aptariamais Aprašo pakeitimams, t. y. iš esmės sugriežtintų KKLТ teikimo reikalavimų įtvirtinimui, turi egzistuoti būtinybė apsaugoti konstitucinius siekius sveikatos apsaugos srityje. Todėl tam, kad teismas galėtų patikrinti, ar sveikatos apsaugos ministrui neišvengiamai buvo būtina griežtinti KKLТ teikimo reikalavimus, nepaisant šių reikalavimų siekiančių atitikti subjektų jau įgytų galimybių teikti KKLТ paslaugas, reikalinga įvertinti keičiamo teisinio reguliavimo faktines bei teisines prielaidas, reguliuojamų teisinių santykių (faktinę) situaciją, išanalizuoti teisėkūros subjekto pateiktas teisinio reguliavimo keitimo priežastis, numatomo teisinio reguliavimo poveikį visuomeniniams santykiams. Kadangi, kaip šiame procesiniame sprendime aptarta pirmiau, Sveikatos apsaugos ministerija, nei rengdama Aprašo pakeitimus, nei teismo nagrinėjimo metu tinkamai nemotyavo griežtinamų KKLТ teikimo reikalavimų, nepateikė nustatytas teisines priemones galinčių pagrįsti konkrečių duomenų ir aplinkybių, o, kaip minėta šio sprendimo 76–78 punktuose, ginčijamo teisinio reguliavimo atitikties teisėtų lūkesčių apsaugos principui vertinimas apima ir patikrą, ar nustatyta teisinga pusiausvyra tarp konkuruojančių interesų. Šiomis aplinkybėmis bylą nagrinėjantis teismas neturi galimybių nuspręsti dėl ginčijamo teisinio reguliavimo atitikties konstituciniam teisėtų lūkesčių apsaugos principui materialiąja prasme. Tačiau, atsižvelgiant į tai, kartu vertintina, kad tiek, kiek Aprašo 12.2, 13.1.1 ir 13.1.2 papunkčiuose įtvirtintas teisinis reguliavimas nėra tinkamai motyvuojamas būtinumu ir reikalingumu užtikrinti sveikatos priežiūros (KKLТ paslaugų teikimo) tinkamumą ir prieinamumą, nepaisant suinteresuotų asmenų (sveikatos priežiūros įstaigų) jau įgytų galimybių teikti kai kurias KKLТ paslaugas, tiek, kiek šis būtinumas nėra pagrindžiamas patikimais, konkrečiais, aiškiais ir objektyviais duomenimis, negali būti laikomas teisėtu ir atitinkančiu konstitucinį teisinės valstybės principo suponuojamą teisėtų lūkesčių apsaugos principą, o teisėkūros procedūros požiūriu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymo Nr. V-830 2.13–2.15 papunkčiai negali būti laikomi atitinkančiais konstitucinį atsakingo valdymo principą.

100. Dėl pirmiau nurodytų priežasčių išplėstinė teisėjų kolegija konstatuoja, kad Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 9 d. įsakymu Nr. V-632 patvirtinto Žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugų, apmokamų iš transplantacijos programos lėšų, teikimo reikalavimų, bazinių kainų ir mokėjimo tvarkos aprašo 12.2.1 papunktis, 12.2.2 papunktis tiek, kiek jame nustatyta, kad suaugusiesiems AUTOKKLТ atliekama vienuoliktais ir vėlesniais metais nuo įstaigoje suaugusiųjų AUTOKKLТ atlikimo pradžios, kai, be kita ko, įstaigoje atlikta suaugusiesiems ne mažiau, kaip 200 AUTOKKLТ, esant mielominės ligos (C90) AUTOKKLТ indikacijai, 13.1.1 ir 13.1.2 papunkčiai (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymo Nr. V-830 redakcija) prieštarauja konstitucinio teisinės valstybės principo suponuojamiems proporcingumo, teisėtų lūkesčių apsaugos principams, Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies nuostatai, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymo Nr. V-830 2.13 papunktis tiek, kiek juo pakeistas 12.2.1 papunktis ir 12.2.2 papunktyje įtvirtinta, kad suaugusiesiems AUTOKKLТ atliekama vienuoliktais ir vėlesniais

metais nuo įstaigoje suaugusiųjų AUTOKKLT atlikimo pradžios, kai, be kita ko, įstaigoje atlikta suaugusiesiems ne mažiau, kaip 200 AUTOKKLT, esant mielominės ligos (C90) AUTOKKLT indikacijai, 2.14 ir 2.15 papunkčiai prieštarauja konstituciniam atsakingo valdymo principui.

101. Pareiškėjai šioje norminėje administracinėje byloje ginčijamas teisinio reguliavimo nuostatas kvestionuoja ir kitų aukštesnės galios teisės aktų požiūriu. Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo praktikoje laikomasi pozicijos, kad kai keliamas klausimas dėl norminio administracinio akto (ar jo dalies) atitikties keliems aukštesnės galios teisės aktams (jų dalims), norminio administracinio akto teisėtumo bylą nagrinėjantis administracinis teismas, konstatavęs norminio administracinio akto prieštaravimą vienai aukštesnės galios teisės akto nuostatai, nebeprivalo tirti norminio administracinio akto teisėtumo kitų aukštesnės galios teisės aktų nuostatų atžvilgiu (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2006 m. liepos 25 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. I¹-2/2006, 2009 m. vasario 26 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. I⁴⁴⁴-6/2009, 2011 m. kovo 21 d. sprendimas administracinėje byloje Nr. I⁵⁷⁵-3/2011).

102. Šiame baigiamajame teismo akte jau konstatuotas Aprašo dalies prieštaravimas konstitucinio teisinės valstybės principo suponuojamiems proporcingumo, teisėtų lūkesčių apsaugos principams, Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies nuostatai, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, taip pat Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymo Nr. V-830 dalies prieštaravimas konstituciniam atsakingo valdymo principui, todėl neteisėtu pripažinto teisinio reguliavimo tyrimas dėl atitikties kitoms aukštesnės galios teisės normoms, išplėstinės teisėjų kolegijos vertinimu, šiuo atveju nebėra reikšmingas.

Vadovaudamasi Lietuvos Respublikos administracinių bylų teisenos įstatymo 116 straipsnio 1 dalimi, 117 straipsnio 1 dalies 2 punktu, 119 straipsnio 1 dalimi, išplėstinė teisėjų kolegija

n u s p r e n d ž i a:

Norminės administracinės bylos dalį dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 9 d. įsakymu Nr. V-632 patvirtinto Žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugų, apmokamų iš transplantacijos programos lėšų, teikimo reikalavimų, bazinių kainų ir mokėjimo tvarkos aprašo 12.1.2–12.1.6, 13.1.3–13.1.6 papunkčių (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymo Nr. V-830 redakcija) atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijos 40 straipsnio 3 daliai, 46 straipsnio 1, 3 ir 4 dalims, 48 straipsnio 1 daliai, 53 straipsnio 1 daliai, Lietuvos Respublikos konkurencijos įstatymo 4 straipsniui, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 4 straipsnio 1 ir 2 dalims, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto statuto 6.1–6.2, 8, 85 ir 110 punktam, Lietuvos Respublikos darbo kodekso 2 straipsnio 1 dalies 2 punktui, Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymo 3 straipsnio 2 dalies 1–4 punktam ir 7 straipsniui nutraukti.

Norminės administracinės bylos dalį dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 9 d. įsakymu Nr. V-632 patvirtinto Žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugų, apmokamų iš transplantacijos programos lėšų, teikimo reikalavimų, bazinių kainų ir mokėjimo tvarkos aprašo 12.2, 13.1.1, 13.1.2 papunkčių (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymo Nr. V-830 redakcija) atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijos 40 straipsnio 3 daliai, 48 straipsnio 1 daliai, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto statuto 6.1–6.2, 8, 85, 110 punktam, Lietuvos Respublikos darbo kodekso 2 straipsnio 1 dalies 2 punktui nutraukti.

Norminės administracinės bylos dalį dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymo Nr. V-830 Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 9 d. įsakymo Nr. V-632 „Dėl žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugų, apmokamų iš Žmogaus organų ir audinių transplantacijos paprastųjų išlaidų finansavimo programos lėšų, teikimo reikalavimų, bazinių kainų ir mokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo 2.13–2.15 papunkčių atitikties Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymo 3 straipsnio 2 dalies 1 punktui nutraukti.

Pripažinti, kad Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 9 d. įsakymu Nr. V-632 patvirtinto Žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugų, apmokamų iš Transplantacijos programos lėšų, teikimo reikalavimų, bazinių kainų ir mokėjimo tvarkos aprašo 12.2.1 papunktis, 12.2.2 papunktis tiek, kiek jame nustatyta, kad suaugusiesiems AUTOKKLT atliekama vienuoliktais ir vėlesniais metais nuo įstaigoje suaugusiųjų AUTOKKLT atlikimo pradžios, kai, be kita ko, įstaigoje atlikta suaugusiesiems ne mažiau, kaip 200 AUTOKKLT, esant mielominės ligos (C90) AUTOKKLT indikacijai, 13.1.1 ir 13.1.2 papunkčiai (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymo Nr. V-830 redakcija) prieštarauja konstitucinio teisinės valstybės principo suponuojamiems proporcingumo, teisėtų lūkesčių apsaugos principams, Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies nuostatai, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus.

Pripažinti, kad Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. birželio 15 d. įsakymo Nr. V-830 Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 9 d. įsakymo Nr. V-632 „Dėl žmogaus kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugų, apmokamų iš Žmogaus organų ir audinių transplantacijos paprastųjų išlaidų finansavimo programos lėšų, teikimo reikalavimų, bazinių kainų ir mokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo 2.13 papunktis tiek, kiek juo pakeistas 12.2.1 papunktis ir 12.2.2 papunktyje įtvirtinta, kad suaugusiesiems AUTOKKLT atliekama vienuoliktais ir vėlesniais metais nuo įstaigoje suaugusiųjų AUTOKKLT atlikimo pradžios, kai, be kita ko, įstaigoje atlikta suaugusiesiems ne mažiau, kaip 200 AUTOKKLT, esant mielominės ligos (C90) AUTOKKLT indikacijai, 2.14 ir 2.15 papunkčiai prieštarauja konstituciniam atsakingo valdymo principui.

Sprendimą skelbti Teisės aktų registre.

Sprendimas neskundžiamas.

Teisėjai

Artūras Drigotas

Ramūnas Gadliauskas

Irmantas Jarukaitis

Dainius Raižys

Virginija Volskienė