EUROPOS BENDRIJŲ KOMISIJA

Briuselis, 2.7.2008
KOM(2008) 414 galutinis

2008/0142 (COD)

Pasiūlymas

EUROPOS PARLAMENTO IR TARYBOS DIREKTYVA

dėl pacientų teisių į sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse įgyvendinimo

{SEC(2008) 2163}
{SEC(2008) 2164}
{SEC(2008) 2183}

(pateiktos Komisijos)

AIŠKINAMASIS MEMORANDUMAS

1. BENDRA INFORMACIJA IR PARENGIAMASIS DARBAS

2003 m. sveikatos ministrai ir kitos suinteresuotosios šalys paragino Komisiją išsiaiškinti, kaip pasiekti didesnio teisinio aiškumo dėl sveikatos priežiūros paslaugų, kurios valstybėse narėse teikiamos pacientams iš kitų valstybių narių, atsižvelgiant į Teisingumo Teismo praktiką, susijusią su pacientų teise gauti medicinos pagalbą kitoje valstybėje narėje[1]. Patys Teismo nutarimai dėl atskirų atvejų yra aiškūs, bet būtina pagerinti aiškumą siekiant užtikrinti, kad būtų bendriau ir veiksmingiau įgyvendinta laisvė gauti ir teikti sveikatos paslaugas. Todėl į Komisijos pateiktą direktyvos dėl paslaugų vidaus rinkoje pasiūlymą 2004 m. pradžioje buvo įtrauktos nuostatos, kuriomis kodifikuojami Teisingumo Teismo nutarimai dėl laisvo judėjimo principų taikymo sveikatos paslaugų srityje. Tačiau Europos Parlamentas ir Taryba nepritarė šiam požiūriui. Buvo manoma, kad nepakankamai atsižvelgta į specifinius sveikatos paslaugų aspektus, visų pirma techninį šių paslaugų sudėtingumą, jautrią visuomenės reakciją jų atžvilgiu ir tai, kad jos daugiausia finansuojamos iš valstybinių fondų. Todėl Komisija parengė politikos iniciatyvą, kurioje sveikatos priežiūros paslaugos nagrinėjamos kaip atskiras klausimas.

2006 m. birželio mėn. Taryba priėmė išvadas dėl Europos Sąjungos sveikatos sistemų bendrų vertybių ir principų, kuriose teigiama, jog manoma, kad ypač svarbu imtis tinkamų iniciatyvų sveikatos paslaugų srityje, kuriomis Europos piliečiai aiškiai informuojami, kokių teisių jie turi, kai vyksta iš vienos ES valstybės narės į kitą, ir dėl kurių šios vertybės bei principai įtvirtinami teisinėje sistemoje siekiant užtikrinti teisinį tikrumą[2].

Europos Parlamentas parengė įvairių ataskaitų ir taip prisidėjo prie diskusijų apie kitose valstybėse narėse teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas. 2005 m. balandžio mėn. Parlamentas priėmė pacientų mobilumo ir sveikatos priežiūros raidos Europos Sąjungoje ataskaitą[3], 2007 m. kovo mėn. – rezoliuciją dėl Bendrijos veiksmų siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse[4], o 2007 m. gegužės mėn. – sveikatos apsaugos paslaugų išbraukimo iš Direktyvos dėl paslaugų vidaus rinkoje poveikio ir pasekmių ataskaitą[5].

Komisija taip pat daug metų įtraukdavo suinteresuotąsias šalis į su pacientų mobilumu ir sveikatos priežiūra susijusią veiklą, visų pirma pasinaudodama Aukšto lygio svarstymų proceso atviru forumu[6] ir Sveikatos paslaugų ir medicininės priežiūros aukšto lygio grupe[7].

---

1 Žr. Pacientų mobilumo ir sveikatos priežiūros raidos Europos Sąjungoje aukšto lygio svarstymų ataskaitą ir Komisijos komunikatą dėl aukšto lygio svarstymų dėl pacientų mobilumo ir sveikatos priežiūros raidos Europos Sąjungoje tolesnės eigos, COM (2004) 31 galutinis, 2004 balandžio 20 d.

2 10173/06 SAN 168 SOC 302 MI 132.

3 A6-0129/2005 galutinis.

4 B6-0098/2007.

5 A6-0173/2007 galutinis.

6 Paskutiniame atvirame sveikatos forume buvo apie 380 dalyvių iš įvairių sveikatos organizacijų. Per 2005 m. lapkričio mėn. forumo konferenciją Komisijai rekomenduota įvertinti į sveikatos priežiūrą orientuotų teisės aktų potencialą, nes subsidiarumas nesuteikia pakankamų garantijų, kad bus įvykdytas pažadas visiems suteikti galimybę gauti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugų. Forume taip pat buvo patvirtinta, kad būtina ES lygmeniu visiškai įgyvendinti veiksmingas apsaugos priemones, skirtas pacientų saugai, laikantis nacionalinių taisyklių, kuriomis užtikrinama kokybė ir sauga. Forume taip pat buvo rekomenduota sukurti interneto portalą, skirtą laisvai keistis informacija, duomenimis ir patirtimi,

Konsultacijos dėl konkrečios sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse iniciatyvos formaliai pradėtos 2006 m. rugsėjo mėn. paskelbus komunikatą[8] ir kviečiant visas suinteresuotąsias šalis prisidėti prie konsultacijų dėl Bendrijos veiksmų sveikatos paslaugų srityje proceso. Konsultacijų tikslas buvo aiškiai nustatyti problemas ir gauti informacijos apie tikslus bei politikos alternatyvas. Komunikatas ir visa atsakymų suvestinė ataskaita[9] buvo paskelbti Komisijos interneto svetainėje[10].

Per šias konsultacijas Komisija gavo 280 atsakymų iš įvairių suinteresuotųjų šalių, įskaitant sveikatos priežiūros specialistų organizacijas, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus, nacionalines ir regionines vyriausybes, draudikus, pramonės įmones ir atskirus piliečius. Buvo iškelta įvairių klausimų, susijusių su sveikatos priežiūra Europoje, visų pirma sveikatos priežiūros paslaugų teikimu kitose valstybėse. Į juos buvo atsižvelgta rengiant šį Komisijos pasiūlymą.

Šis pasiūlymas pagrįstas ir keliomis pastaraisiais metais atliktomis išorės apklausomis, analizėmis ir tyrimais. Visų pirma Europos sveikatos sistemų ir politikos observatorija pateikė nepriklausomų ekspertų analizę[11], kuria visų pirma grindžiamas šio pasiūlymo poveikio vertinimas. Analizėje atsižvelgta į sveikatos priežiūros raidą Europoje, ypatingą dėmesį skiriant septyniems sveikatos priežiūros kitose valstybėse narėse aspektams – išankstiniam leidimui ir galimybei gauti sveikatos priežiūros paslaugas; kokybei ir saugai; pacientų teisėms; tarpvalstybiniam bendradarbiavimui; sveikatos priežiūros paslaugų krepšeliui ir tarifams; ankstesniam sveikatos priežiūros kitose valstybėse narėse paslaugų poveikiui; ir duomenims apie sveikatos priežiūrą kitose valstybėse narėse. Atliekant šią analizę buvo remtasi esamais moksliniais tyrimais, kuriuos daugiausia rėmė Europos Komisija, pavyzdžiais ir tyrimais; analizės tikslas – geriau suprasti kitose valstybėse narėse teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas lyginant minėtus skirtingų nacionalinių sveikatos sistemų aspektus. Analizėje aprašoma, koks buvo esamų teisinių ir neteisinio pobūdžio neaiškumų poveikis kitose valstybėse narėse teikiamoms sveikatos priežiūros paslaugoms apskritai ir konkretiems pirmiau minėtiems aspektams (šiuo metu ir anksčiau), kokiems subjektams daromas poveikis, kokiu būdu ir kokiu mastu.

---

kad būtų skatinamas nuolatinis mokymasis ir inovacijos, Final Report of the Open Health Forum, Health challenges and future strategy, European Public Health Alliance, 2005 m. (Atviro sveikatos forumo galutinė ataskaita, Sveikatos srities problemos ir būsimoji strategija, Europos visuomenės sveikatos aljansas).

7 Sveikatos paslaugų ir medicininės priežiūros aukšto lygio grupėje atstovaujama visoms ES valstybėms narėms, šios grupės darbe dalyvauja ir stebėtojai iš EEE/EFTA valstybių bei pilietinės visuomenės atstovai, Sveikatos paslaugų ir medicininės priežiūros aukšto lygio grupės 2006 m. darbo ataskaita, Europos Komisija, 2006 m.

8 Komisijos komunikatas „Konsultacijos dėl Bendrijos veiksmų sveikatos paslaugų srityje“, SEC(2006) 1195/4, 2006 m. rugsėjo 26 d.

9 Komisijos dokumentas, Konsultacijų dėl Bendrijos veiksmų sveikatos paslaugų srityje atsakymų suvestinė ataskaita, 2007 m.

10 http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/results_open_consultation_en.htm

11 Wismar M, Palm W, Figueras J, Ernst K ir Van Ginneken E, Cross-Border Healthcare: Mapping and Analysing Health Systems Diversity, European Observatory on Health Systems and Policies, 2007.

2. KITOSE VALSTYBĖSE NARĖSE TEIKIAMŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ BENDRIJOS SISTEMOS ELEMENTAI

Komisija siūlo nustatyti Bendrijos sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų kitose valstybėse narėse, sistemą, kaip nustatyta šiame direktyvos pasiūlyme. Būtų nustatytos reikiamos teisinės apibrėžtys ir bendrosios nuostatos, o sistema apimtų šias tris pagrindines sritis:

- **visų ES sveikatos sistemų bendruosius principus**, kuriems pritarta Taryboje 2006 m. birželio mėn. Būtų nustatyta, kurios valstybės narės turi būti atsakingos už tai, kad būtų laikomasi šių sveikatos priežiūros srities bendrųjų principų, ir būtų nustatytos šios atsakomybės ribos siekiant užtikrinti, kad būtų aišku, kurios institucijos nustato ES sveikatos priežiūros standartus ir stebi, kaip jų laikomasi, ir kad šiomis institucijomis būtų pasitikima;

- **konkrečią sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse sistemą**. Direktyvoje bus aiškiai nustatyta pacientų teisė gauti sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse, įskaitant užsienyje suteiktų sveikatos priežiūros narėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo lygį, kuris būtų nustatomas pagal principą, kad pacientai turi teisę gauti kompensaciją, neviršijančią sumos, kurią jiems būtų reikėję mokėti už tą patį gydymą savo valstybėje;

- **Europos masto bendradarbiavimą** sveikatos priežiūros paslaugų srityje: direktyvoje nustatoma Europos masto bendradarbiavimo sistema, apimanti šias sritis: pasienio regionų bendradarbiavimą, kitose valstybėse narėse išduotų receptų pripažinimą, Europos pavyzdinių centrų tinklus, sveikatos srities technologijų vertinimą, duomenų rinkimą ir kokybiškumą bei saugą. Taip siekiama nuolat veiksmingai naudotis šio bendradarbiavimo teikiamomis galimybėmis.

Remiantis teismo praktika, šia iniciatyva siekiama užtikrinti aiškią ir skaidrią sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kitose valstybėse narėse ES sistemą tais atvejais, kai paciento norimos sveikatos priežiūros paslaugos yra teikiamos kitoje valstybėje narėje, o ne jo gyvenamoje šalyje. Tokiais atvejais neturėtų kilti nepagrįstų kliūčių. Sveikatos priežiūros paslaugos turėtų būti saugios ir geros kokybės. Išlaidų apmokėjimo procedūros turėtų būti aiškios ir skaidrios. Laikantis visuotinai pripažintų visuotinumo, geros kokybės sveikatos priežiūros prieinamumo, teisingumo ir solidarumo principų, šios sistemos tikslai yra:

- pakankamai aiškiai reglamentuoti teises į kitose valstybėse narėse suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų apmokėjimą;

- ir užtikrinti, kad būtini kokybiškų saugių ir veiksmingų sveikatos priežiūros paslaugų reikalavimai būtų taikomi ir kitose valstybėse narėse teikiamoms sveikatos priežiūros paslaugoms.

3. DERĖJIMAS SU KITOMIS BENDRIJOS POLITIKOS SRITIMIS

a) Socialinės apsaugos sistemų koordinavimo taisyklės

Šiuo pasiūlymu nebūtų keičiama esama socialinės apsaugos sistemų koordinavimo tvarka, ši tvarka išliks ir toliau – išliks ir visi bendrieji principai, kuriais grindžiamos socialinės

apsaugos sistemų koordinavimo taisyklės, įskaitant tai, kad kitose valstybėse narėse sveikatos priežiūros paslaugas gaunantys pacientai turi būti prilyginami tos valstybės narės gyventojams, nebūtų keičiama ir galiojanti Europos sveikatos draudimo kortelė. Taip būtų užtikrinta, kad pacientams, kurie siekia gauti planinių sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse, būtų leista vykti į užsienį, o bet kokios papildomos gydymo lėšos būtų padengtos iš valstybinių fondų, jeigu jų šalyje laiku negali būti suteikta jiems reikalinga priežiūra atsižvelgiant į jų būklę. Tokia tvarka jau įdiegta taikant socialinės apsaugos sistemų koordinavimo taisykles[12], ji galios ir toliau.

Pagal naują direktyvą dėl sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse būtų nustatyta alternatyvi tvarka, pagrįsta laisvo judėjimo principais ir principais, kuriais grindžiami Teisingumo Teismo sprendimai. Taip pacientai galėtų vykti į kitą valstybę narę ir ten gauti bet kokių sveikatos priežiūros paslaugų, kurių jiems būtų suteikta jų šalyje ir už kurias jie gautų kompensaciją, neviršijančią sumos, kurią būtų reikėję mokėti už tą patį gydymą jų valstybėje, bet jiems tenka finansinė rizika padengti visas papildomas išlaidas.

Šio pasiūlymo ir Reglamento (EB) Nr. 1408/71 nuostatomis dėl teisių numatoma alternatyvi tvarka, pagal kurią įsipareigojama padengti kitose valstybėse narėse suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas. Jei kreipiamasi dėl išankstinio leidimo ir jis suteikiamas pagal Reglamente (EB) Nr. 1408/71 nustatytą sistemą, taikomos to reglamento nuostatos, o laikinojo nedarbingumo išmokos skiriamos remiantis tame reglamente nustatytomis taisyklėmis. Taip būtų visų pirma tuo atveju, kai gydymo paslaugos suteikiamos per Europos pavyzdinių centrų tinklus, kaip nustatyta šioje direktyvoje. Kompensuojant sveikatos priežiūros išlaidas pagal šios direktyvos III skyrių, būtų taikomos direktyvos nuostatos. Tačiau bet kuris apdraustas asmuo visada turės teisę gauti leidimą pagal reglamentus dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo, nurodytus 3.1 str. f punkte, jeigu bus laikomasi Reglamento 1408/71 22.1 str. c punkto ir 22.2 str. sąlygų.

b) Profesinių kvalifikacijų abipusio pripažinimo sistema

Šiuo pasiūlymu nebūtų pažeista galiojanti profesinių kvalifikacijų abipusio pripažinimo sistema, nustatyta 2005 m. rugsėjo 7 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2005/36/EB dėl profesinių kvalifikacijų pripažinimo[13]. Direktyvoje 2005/36/EB nustatytos taisyklės, pagal kurias valstybės narės, suteikiančios galimybę savo teritorijoje užsiimti reglamentuojama profesija, įskaitant sveikatos priežiūros specialisto profesiją, jeigu turimos konkrečios profesinės kvalifikacijos, pripažįsta kitose valstybėse narėse įgytas profesines kvalifikacijas, pagal kurias leidžiama šias kvalifikacijas turinčiam asmeniui užsiimti ta profesija tose valstybėse. Šiuo pasiūlymu nesiekiama iš dalies pakeisti, pakoreguoti galiojančių profesinių kvalifikacijų abipusio pripažinimo taisyklių arba kitokiu būdu daryti poveikio šių taisyklių taikymui. Be to, bet kokiomis priemonėmis, kurių imasi valstybės narės šiam pasiūlymui įgyvendinti užtikrindamos, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų teikiamos laikantis aiškių kokybės ir saugos standartų, neturėtų būti sudaroma naujų kliūčių laisvam sveikatos priežiūros specialistų judėjimui, kaip reglamentuojama Direktyvoje 2005/36/EB.

---

12 1971 m. birželio 14 d. Tarybos reglamentas (EB) Nr. 1408/71 dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims, savarankiškai dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, judantiems Bendrijoje OL L 149, 1971 7 5, p. 2.

13 OL L 255, 2005 9 30, p. 22.

c) Bendrijos asmens duomenų apsaugos sistema

1995 m. spalio 24 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyvoje 95/46/EB dėl asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo[14] ir 2002 m. liepos 12 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyvoje 2002/58/EB dėl asmens duomenų tvarkymo ir privatumo apsaugos elektroninių ryšių sektoriuje[15] nustatyta ES sistema užtikrinamos pacientų teisės į privatumą, susijusį su asmens duomenų tvarkymu, o šiuo pasiūlymu nepažeidžiama ši galiojanti sistema. Ar bus užtikrintas sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumas, kai jos bus teikiamos kitose valstybėse narėse, priklauso nuo laiku perduotų duomenų apie paciento sveikatą. Pagal sistemą, nustatytą Direktyvoje 95/46/EB dėl asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo, nustatyta pacientų teisė susipažinti su savo asmens duomenimis apie savo sveikatą. Taip pat įtraukiama ir teisė susipažinti su pacientų medicininiais dokumentais, pvz., diagnoze, tyrimų rezultatais, gydančiųjų gydytojų vertinimu ir bet kokiu suteiktu gydymu ar atliktomis intervencijomis. Todėl ši direktyva neturėtų pažeisti šios Bendrijos sistemos, nustatytos tomis direktyvomis ir nacionaliniais įstatymais, kuriais įgyvendinamos tos direktyvos.

d) E. sveikata

Šiuo pasiūlymu nepažeidžiama ir esama sistema, nustatyta 2000 m. birželio 8 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2000/31/EB dėl kai kurių informacinės visuomenės paslaugų, ypač elektroninės komercijos, teisinių aspektų vidaus rinkoje (Elektroninės komercijos direktyva)[16]. Ta direktyva prisidedama prie vidaus rinkos veikimo užtikrinant laisvą informacinės visuomenės paslaugų, įskaitant e. sveikatos paslaugas, judėjimą tarp valstybių narių. Toje direktyvoje nustatyti informacijos reikalavimai, taikomi informacinės visuomenės paslaugų teikėjams, komercinių pranešimų taisyklės, elektroninėmis priemonėmis sudaromų sutarčių taisyklės ir tarpinių paslaugų teikėjų atsakomybė. Esama sistema išlieka, o šiuo pasiūlymu numatoma taikyti tik tas priemones, kurios nebuvo numatytos Direktyvoje 2000/31/EB.

e) Rasinė lygybė

Šis pasiūlymas atitinka 2000 m. birželio 29 d. Tarybos direktyvą 2000/43/EB, įgyvendinančią vienodo požiūrio principą asmenims nepriklausomai nuo jų rasės arba etninės priklausomybės. Šia direktyva žmonės Europos Sąjungoje saugomi nuo diskriminavimo rasiniu ir etniniu pagrindu, ji yra taikoma ir visiems asmenims socialinės apsaugos, įskaitant socialinį draudimą ir sveikatos priežiūrą, požiūriu (žr. 3.1 str. e punktą). Todėl vienodo traktavimo principas, nurodytas Direktyvoje 2000/43/EB, kuris reiškia, kad negali būti tiesioginio ar netiesioginio diskriminavimo, grindžiamo rasine ar etnine priklausomybe, lieka galioti ir nėra keičiamas šios direktyvos nuostatomis.

---

[14] OL L 281, 1995 11 23, p. 31.
[15] OL L 201, 2002 7 31, p. 37.
[16] OL L 178, 2000 7 17, p. 1.

4. BENDRIEJI TEISINIAI ASPEKTAI

a) Teisinis pagrindas

Direktyvos pasiūlymas grindžiamas Sutarties 95 straipsniu. Šis teisinis pagrindas yra pateisinamas dėl pasiūlymo tikslo ir turinio. Pagal Sutarties 95 straipsnį priimtomis priemonėmis turėtų būti siekiama, kad būtų sukurta ir veiktų vidaus rinka. Šio pasiūlymo tikslas – nustatyti Europos Sąjungoje bendrą saugių ir veiksmingų kokybiškų kitose valstybėse narėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų sistemą ir užtikrinti laisvą sveikatos paslaugų judėjimą ir aukštą sveikatos apsaugos lygį visiškai atsižvelgiant į valstybių narių atsakomybę dėl sveikatos paslaugų ir medicinos pagalbos organizavimo ir teikimo. Todėl šio pasiūlymo tikslas visiškai atitinka Sutarties 95 ir 152 straipsnių reikalavimus.

Patys Teismo nutarimai pirmiau nurodytais atskirais atvejais yra aiškūs, ir negali būti reikalaujama laikytis kokių nors išankstinių sąlygų norint įgyvendinti Teismo pripažintas pacientų teises. Tačiau būtina užtikrinti, jog praktikoje šios vidaus rinkos teisės būtų plačiau ir veiksmingiau taikomos, ir užtikrinti, kad jos būtų įgyvendinamos tokiu būdu, kuris yra suderinamas su bendrais sveikatos sistemų tikslais: prieinamumu, kokybe ir finansiniu tvarumu. Teismas nusprendė, kad laisvė teikti paslaugas apima laisvę paslaugų gavėjams, įskaitant asmenis, kuriems reikalinga medicinos pagalba, vykti į kitą valstybę narę, kad jiems būtų suteiktas gydymas toje šalyje[17]. Teismas taip pat nusprendė, kad tai, jog paciento valstybės narės teisės aktai negarantuoja pacientui, kuriam šie teisės aktai taikomi, kad bus suteikta tokio dydžio kompensacija, kuri būtų lygiavertė kompensacijai, kurią gauti jis turėtų teisę, jeigu jam sveikatos priežiūros paslaugos būtų buvusios suteiktos jo valstybėje narėje, yra laisvės teikti paslaugas pagal EB sutarties 49 straipsnį apribojimas[18]. Todėl reikia spręsti direktyvoje nurodytus klausimus, susijusius su kitose valstybėse narėse suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimu, kad būtų lengviau naudotis teise teikti ir gauti sveikatos paslaugas.

Be to, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, būtina užtikinti:

- kad pacientai gautų aiškią informaciją, kuri jiems leistų informuotai pasirinkti sveikatos priežiūros paslaugas;
- kad būtų įdiegta tvarka sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir saugai užtikrinti;
- sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumą, kai šias paslaugas teikia skirtingi gydantieji specialistai ir įstaigos;
- ir kad būtų nustatytos priemonės, kuriomis būtų tinkamai apgintos pacientų teisės ir atlyginta už žalą, patirtą gaunant sveikatos priežiūros paslaugas.

Tačiau nėra aiškių Bendrijos lygmens taisyklių, kaip šiuos reikalavimus reikėtų vykdyti, kai sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos kitose valstybėse narėse, arba kas yra atsakingas už tokių reikalavimų nustatymą. Tokia padėtis susidaro nepaisant to, kaip vyksta suteiktų priežiūros paslaugų apmokėjimas: ar jos apmokamos iš valstybinių ar privačių lėšų, ar šios paslaugos teikiamos taikant socialinės apsaugos sistemų koordinavimo taisykles, ar jos teikiamos taikant pirmiau minėtas papildomas teises laisvai judėti.

---

17 Žr. visų pirma bylą C-158/96 Kohll, 35–36 pastraipos.

18 Žr. visų pirma bylą C-368/98 Vanbraekel, 45 pastraipa.

Dažnai pacientams ir specialistams yra sunku nustatyti, kokios teisės yra nustatytos dėl kitose valstybės narėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo. Tai patvirtino „Eurobarometro“ tyrimas[19], kuris parodė, kad 30 % Europos Sąjungos piliečių nežino apie galimybę gauti sveikatos priežiūros paslaugų ne savo šalyje. Esant tokiems neaiškumams ir painiavai dėl bendro teisių gauti kitoje valstybėje narėje suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensaciją taikymo pacientams gali būti sunkiau naudotis savo teisėmis praktikoje, o atsakingi subjektai nenorės įgyvendinti taisyklių ir tvarkos neturėdami apie jas aiškaus supratimo. Jeigu pacientai pageidauja užginčyti pateiktą išaiškinimą arba taikomas taisykles, jiems iškyla sunkumų, nes jie aiškiai nežino savo teisių ir kaip turėtų jomis naudotis.

O šios iniciatyvos tikslas – užtikrinti, kad būtų ES mastu nustatyta aiški pacientams kitose valstybėse narėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų sistema, kad būtų sudaryta galimybė pacientams pasinaudoti savo teisėmis ir būtų užtikrinamas aukštas sveikatos apsaugos lygis šiais būdais:

– suteikiant pakankamai aiškumo apie teisę gauti kitose valstybėse narėse suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensaciją, kad šiomis teisėmis būtų galima naudotis praktikoje;

– ir užtikrinant, kad būtini saugių ir efektyvių kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų reikalavimai būtų taikomi ir kitose valstybėse narėse teikiamoms priežiūros paslaugoms;

ir taip pat užtikrinant, kad kitose valstybėse narėse teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos atitiktų bendruosius valstybių narių tikslus – jų sveikatos sistemose teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę ir saugą. Šiuo pasiūlymu visų pirma užtikrinama, kad dėl šiuo pasiūlymu reglamentuojamų pacientams iš kitų valstybių narių teikiamų paslaugų poveikio nebūtų pakenkta sveikatos ir socialinės apsaugos sistemoms, t. y. dėl tiesioginio finansinio poveikio arba dėl poveikio bendram šių sistemų planavimui ir valdymui.

Šiame pasiūlyme atsižvelgiama į tai, kad visų pirma valstybės narės yra atsakingos už sveikatos sistemas, ir atsižvelgiama į valstybėms narėms tenkančią atsakomybę už sveikatos paslaugų ir medicinos pagalbos organizavimą ir teikimą remiantis EB sutarties 152 straipsniu. Sutarties 95 straipsnio 3 dalyje dar nustatyta, kad Komisija teikiamus pasiūlymus dėl sveikatos paslaugų vidaus rinkos kūrimo ir veikimo turi grįsti aukšto sveikatos apsaugos lygio užtikrinimu ir ypatingą dėmesį skirti visiems moksliniais faktais pagrįstiems pasiekimams. Rengdama šį pasiūlymą Komisija visiškai atsižvelgė į naujausius mokslinių tyrimų rezultatus ir dabartinę geriausią medicinos praktiką. Atliekant parengiamąjį darbą buvo naudojamasi įvairiais ekspertų tyrimais, analizėmis ir mokslinių tyrimų ataskaitomis. Todėl pasiūlymu bus užtikrina, kad būtini saugių ir efektyvių kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų reikalavimai būtų taikomi ir kitose valstybėse narėse teikiamoms sveikatos priežiūros paslaugoms.

b) Subsidiarumas

Bendras šios iniciatyvos tikslas yra užtikrinti, kad būtų aiškiai reglamentuota sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse sistema, pakankamai aiškiai nustatyta pacientų teisės į kitose valstybėse narėse suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimą

---

[19] Apklausa Flash Eurobarometer Series #210, Cross-border health services in the EU (Pacientams iš kitų ES valstybių teikiamos sveikatos paslaugos), analitinė ataskaita, kurią atliko Vengrijos Gallup organizacija, gavusi Europos Komisijos Sveikatos ir vartotojų apsaugos generalinio direktorato (DG SANCO) prašymą, 2007 m.

įgyvendinimo praktikoje tvarka; ir užtikrinti, kad būtini saugių ir efektyvių kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų reikalavimai būtų taikomi ir kitose valstybėse narėse teikiamoms priežiūros paslaugoms.

Valstybės narės vienos negali išspręsti problemų, susijusių su didesnio aiškumo poreikiu Bendrijos teisės aktų srityje. Per konsultacijas keletas valstybių narių nurodė, kad jei valstybės narės veiktų vienos arba Bendrijos lygmens veiksmai būtų nepakankami, tai labai trukdytų saugiai ir veiksmingai teikti sveikatos priežiūros paslaugas pacientams iš kitų valstybių narių ir nebūtų aišku, kaip valstybės narės apskritai pajėgtų valdyti savo sveikatos sistemas ir organizuoti jų veiklą. Pacientams iš kitų valstybių narių teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos apima daug Bendrijos masto tarpvalstybinių aspektų. Šioje srityje ir nacionalinės vyriausybės, ir atskiri piliečiai susiduria su problemomis, kurių valstybės narės vienos negali tinkamai išspręsti.

Pagal EB sutarties 152 straipsnio 5 dalį Bendrija savo veikloje visuomenės sveikatos srityje visiškai pripažįsta valstybių narių atsakomybę už sveikatos paslaugų ir sveikatos priežiūros organizavimą bei teikimą. Tačiau Teismas patvirtino[20], kad pagal šią nuostatą neatmetama galimybė, jog remiantis kitomis Sutarties nuostatomis, pvz., EB sutarties 49 straipsniu, arba pagal kitas Sutarties nuostatas priimtomis Bendrijos priemonėmis, gali būti reikalaujama, kad valstybės narės iš dalies suderintų savo nacionalines sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos sistemas. Teismas nusprendė, kad tai nereiškia, jog tokiu būdu šioje srityje sumažėja jų suverenios galios.

Bet kuriuo atveju valstybės narės atsako už sveikatos paslaugų ir medicinos pagalbos organizavimą ir teikimą. Jos visų pirma atsako už tai, kad būtų nustatyta, kurios taisyklės bus taikomos dėl sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimo pacientams ir dėl šių paslaugų teikimo. Šiuo požiūriu pasiūlymas nieko nekeičia. Svarbu pabrėžti, kad šia iniciatyva nėra pažeidžiama valstybių narių teisė nuspręsti, kurios taisyklės bus taikomos konkrečiu atveju. Priešingai – ši sistema yra skirta bendradarbiavimui Europos mastu sveikatos priežiūros srityje palengvinti, pavyzdžiui, dėl Europos pavyzdinių centrų tinklų, bendras naujų sveikatos technologijų vertinimas arba informacinių ir ryšių technologijų naudojimo veiksmingesnėms sveikatos priežiūros paslaugoms teikti (e. sveikata). Taip bus suteikta papildoma parama valstybėms narėms siekiant visuotinio aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo remiantis teisingumo ir solidarumo principais, kas bus naudinga visiems pacientams – ir vykstantiems į kitas valstybes, ir to nedarantiems.

Kadangi valstybės narės negali deramai pasiekti šio pasiūlymo tikslų, o dėl veiklos masto juos galima tinkamiau pasiekti Bendrijos lygmeniu, šis pasiūlymas atitinka EB sutarties 5 straipsnyje nustatytą subsidiarumo principą.

c) Proporcingumas

Vadovaujantis proporcingumo principu, kaip nustatyta Sutarties 5 straipsnyje, Bendrija nesiima jokių veiksmų, kurie nėra būtini siekiant šių tikslų. Šiame pasiūlyme nustatomi tik bendrieji principai dėl ES lygmens sistemos sukūrimo, bet valstybėms narėms paliekama didelė laisvė šiems principams įgyvendinti atsižvelgiant į nacionalines, regionines ir vietos aplinkybes. Be to, šiame pasiūlyme visapusiškai atsižvelgiama į valstybių narių atsakomybę už sveikatos paslaugų ir sveikatos priežiūros organizavimą, finansavimą ir teikimą. Šiuo

[20] Žr. bylą C-372/04 Watts, 147 pastraipa.

pasiūlymu nepakeičiama valstybių narių teisė apibrėžti sveikatos priežiūros paslaugas, kurias jos nusprendžia teikti savo piliečiams. Jeigu valstybė narė nesuteikia savo piliečiams teisės į konkretų gydymą savo teritorijoje, pagal šią tvarką pacientams nesuteikiama nauja teisė gauti tokį gydymą užsienyje ir gauti jo išlaidų kompensaciją. Šiuo pasiūlymu nepakeičiama valstybių narių teisė nustatyti sąlygas, kurias reikia įvykdyti norint gauti paslaugą, pvz., kreipiantis į bendrosios praktikos gydytoją norint gauti siuntimą specialiam gydymui. Dėl to šis pasiūlymas atitinka ir EB sutarties 5 straipsnyje nustatytą proporcingumo principą.

5. I SKYRIUS

5.1. Direktyvos tikslai

Bendras šio pasiūlymo tikslas – užtikrinti, kad ES mastu būtų nustatyta aiški pacientams iš kitų valstybių teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų sistema. Dėl to reikia imtis priemonių pašalinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kitose valstybėse narėse kliūtims, dėl kurių kyla pavojus aukštam sveikatos apsaugos lygiui.

Kai nėra aišku, kaip bendrai taikyti teises gauti kitose valstybėse narėse suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensaciją, praktikoje atsiranda bendresnio pobūdžio kliūčių laisvam pacientų ir sveikatos paslaugų judėjimui. Tai rodo ir moksliniai tyrimai, ir prieš šių pasiūlymų pateikimą vykusios konsultacijos, įskaitant piliečių apklausas, kuriose nustatyta, kad jaučiamas didelis neaiškumas ir yra didelis skaičius pacientų, kuriems turėjo būti suteikta teisė gauti kitose valstybėse narėse suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensaciją, bet dėl jos nesikreipė.

Teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, būtina užtikinti:

– kad pacientai gautų aiškią informaciją, kuri jiems leistų informuotai pasirinkti sveikatos priežiūros paslaugas;

– kad būtų įdiegta tvarka sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir saugai užtikrinti;

– sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumą, kai šias paslaugas teikia skirtingi gydantieji specialistai ir įstaigos;

– ir kad būtų nustatytos priemonės, kuriomis būtų tinkamai apgintos pacientų teisės ir atlyginta už žalą, patirtą gaunant sveikatos priežiūros paslaugas.

5.2. Direktyvos taikymo sritis

Siūloma direktyva taikoma visoms sveikatos priežiūros paslaugoms, neatsižvelgiant į tai, kaip šios paslaugos organizuojamos, teikiamos ir finansuojamos. Neįmanoma iš anksto žinoti, ar tam tikras sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas teiks paslaugas pacientams iš kitų valstybių narių, ar pacientams iš savo valstybės narės; reikalavimai, kuriais siekiama užtikrinti, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų teikiamos laikantis aiškių kokybės ir saugos standartų, turėtų būti taikomi visoms sveikatos paslaugoms, nediskriminuojant tų sveikatos priežiūros paslaugų skirtingų organizavimo, teikimo ir finansavimo rūšių.

6. II SKYRIUS. VALSTYBIŲ NARIŲ VALDŽIOS INSTITUCIJOS, ATSAKINGOS UŽ BENDRŲJŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRINCIPŲ LAIKYMĄSI

6.1. Valstybės narės, kurioje teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, valdžios institucijų atsakomybės sritys

Kaip nurodyta pirmiau, siekiant užtikrinti laisvą sveikatos paslaugų judėjimą svarbu, kad būtų laikomasi bendrųjų sveikatos priežiūros principų, kai sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos pacientams iš kitų valstybių narių. Moksliniai tyrimai ir vertinimas, įskaitant apklausų metu pateiktus kitose valstybėse narėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų pavyzdžius ir atvejus, kai piliečiai jaučia neaiškumą, rodo, kad dėl įvairių sistemų skirtumų ir neaiškumo dėl to, kuri institucija už ką atsakinga, galėtų kilti kliūčių teikti sveikatos priežiūros paslaugas pacientams iš kitų valstybių narių[21].

Atsižvelgiant į tai, kad neįmanoma iš anksto žinoti, ar konkretus sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas teiks sveikatos paslaugas iš kitų valstybių narių atvykstantiems pacientams, reikalavimai, kurie skirti užtikrinti, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų teikiamos laikantis aiškių bendrųjų principų ir aiškių kokybės ir saugos standartų, turi būti taikomi visoms sveikatos priežiūros paslaugoms siekiant užtikrinti laisvę teikti sveikatos priežiūros paslaugas pacientams iš kitų valstybių narių ir laisvę pacientams gauti sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse, o tai yra šios direktyvos tikslas.

Tai reiškia du dalykus. Pirma, yra aišku, kad valstybės narės turėtų būti atsakingos už atitikties bendriesiems sveikatos priežiūros principams užtikrinimą kiekvienu sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse atveju. Per konsultaciją iki šių pasiūlymų pateikimo buvo aiškiai sutarta, kad šiuo klausimu reikia daugiau aiškumo, o geriausias pasirinkimas būtų nustatyti, kad valstybės narės, kurioje teikiama gydymo paslauga, valdžios institucijos turėtų būti atsakingos už atitikties bendriesiems principams, taikytiniems ir sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse atvejais, užtikrinimą.

Tačiau vien tik to nepakanka. Kitas dalykas – tai minimalus aiškumas dėl visų sveikatos priežiūros paslaugų, kurias atitinkamos valstybės narės institucijos užtikrins savo šalies teritorijoje. Atsižvelgiant į tai, kad šioje srityje valstybės narės yra įdiegusios daug įvairių skirtingų sistemų, struktūrų ir mechanizmų, šiuo pasiūlymu bus užtikrinti pagrindiniai minimalūs bendrieji principai, kuriais galės remtis pacientai ir specialistai iš kitų valstybių narių.

Valstybės narės ir toliau turės priimti sprendimus dėl savo nacionalinių sveikatos priežiūros paslaugų standartų. Tai netrukdo valstybėms narėms organizuoti savo sveikatos sistemas savo nuožiūra. Siekiant užtikrinti, kad numatomas harmonizavimo lygis išliktų proporcingas, direktyvos principai grindžiami 2006 m. birželio mėn. Tarybos išvadomis dėl ES sveikatos sistemų bendrų vertybių ir principų, todėl neturėtų prireikti iš esmės keisti esamų sistemų. Komisija parengs gaires, kad šiuos principus būtų lengviau įgyvendinti.

---

[21] Žr. poveikio vertinimą ir pirmiau nurodyto mokslinių tyrimų projekto „Europe 4 Patients“ rezultatus.

Kaip nustatyta šiose bendrose vertybėse ir principuose, įvairios valstybės narės skirtingais būdais siekia, kad šiomis vertybėmis būtų vadovaujamasi praktikoje. Pvz., jos skirtingai sprendžia šiuos klausimus: ar atskiri asmenys turėtų mokėti asmenines įmokas už jiems teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas, ar mokama bendra įmoka ir ar tokios paslaugos apmokamos papildomo draudimo lėšomis. Valstybės narės įgyvendino skirtingas nuostatas teisingumo principui užtikrinti: kai kurios jų pasirinko tai reglamentuoti kaip pacientų teises; kitos – kaip įpareigojimus sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams. Įgyvendinimas irgi užtikrinamas skirtingai – vienose valstybėse narėse tai daroma per teismus, kitose – per tarybas, ombudsmenus ar pagal kitą tvarką.

Direktyvoje vis tiek numatoma valstybių narių laisvė organizuoti jų sveikatos sistemas savo nuožiūra, kad būtų įgyvendinti šie bendrieji principai laikantis EB Sutarties 152 straipsnio 5 dalies nuostatų. Šios sistemos tikslas – tiesiog aiškiai nustatyti, kuriai valstybei narei tenka atsakomybė konkrečioje situacijoje, siekiant išvengti neatitikimo atvejų ar veiklos dubliavimo ir aiškiau išdėstyti, kokia yra valstybių narių atsakomybė praktikoje. Direktyvoje nustatomi šie bendrieji principai:

– pirmieji trys bendrieji principai (tai, kad valstybių narių institucijos aiškiai apibrėžia sveikatos priežiūros kokybės ir saugos standartus, pacientų ir specialistų atžvilgiu taikomų standartų skaidrumas, priemonės, skirtos užtikrinti, kad šie standartai būtų įgyvendinti praktikoje, ir stebėsena) skirti užtikrinti, kad būtų nustatyti esminiai sveikatos priežiūros kokybės ir saugos užtikrinimo elementai. Tai yra svarbiausi elementai, kuriuos nustačius pacientai ir specialistai įgytų pasitikėjimo dėl visiems pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir saugos, nes visi sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai laikytųsi bendrų įsipareigojimų;

– jeigu pacientai neturi galimybės gauti svarbios medicininės, finansinės ir praktinės informacijos apie pageidaujamas sveikatos priežiūros paslaugas, tai būtų aiški kliūtis naudotis laisve gauti sveikatos priežiūros paslaugų kitoje valstybėje narėje, nes pacientams būtų sunku apgalvotai ir informuotai pasirinkti paslaugų teikėją iš skirtingų paslaugų teikėjų, įskaitant paslaugų teikėjus kitose valstybėse narėse;

– valstybės narės turi nustatyti tvarką ir sistemą, kurios būtų taikomos žalos, padarytos teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, atvejais. Akivaizdu, kad pacientai žino, kad sveikatos priežiūros paslaugos gali būti teikiamos neteisingai; – 78 % ES piliečių mano, kad medikų klaidos yra svarbi problema. Ši nuomonė nėra nepagrįsta; mokslinių tyrimų duomenys rodo, kad teikiant sveikatos priežiūros paslaugas žala sukeliama 10 % atvejų. Todėl svarbu užtikrinti aiškių bendrų įsipareigojimų laikymąsi atlyginant patirtą žalą dėl sveikatos priežiūros paslaugų norint išvengti pasitikėjimo šiomis priemonėmis stokos, kuri taptų kliūtimi sveikatos priežiūros paslaugų teikimui kitose valstybėse narėse.

– Valstybė narė, kurioje suteikta sveikatos priežiūros paslauga, taip pat turi užtikrinti, kad būtų nustatyta tvarka pacientams siekti žalos atlyginimo ir kompensacijos, jei jie patyrė žalą gaudami sveikatos priežiūros paslaugas kitoje valstybėje narėje. Tačiau valstybių narių kompetencija yra nustatyti tokių priemonių pobūdį ir jų taikymo būdus, pavyzdžiui, per profesinės atsakomybės draudimą arba suteikiant garantijas ar nustatant panašaus pobūdžio priemones, kurios būtų lygiavertės ar iš esmės atitiktų tikslą, kuriam yra skirtos. Šis

reikalavimas turėtų užtikrinti bent lygiavertę apsaugą teikiant sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse gyvenantiems pacientams. Tokios priemonės turėtų atitikti rizikos pobūdį ir mastą, kad šis reikalavimas nebūtų neproporcingas kitose valstybėse narėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų atžvilgiu ir būtų taikomas tinkamai atsižvelgiant į garantijas, jau suteiktas sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo valstybėje narėje, kai šios garantijos skiriasi.

– siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros tęstinumą reikia perduoti susijusius sveikatos duomenis, visų pirma medicininius paciento dokumentus, bet tai yra akivaizdžiai labai opus klausimas. Per konsultacijas išryškėjo, kad daug kam neaišku, kaip galima užtikrinti praktikoje sveikatos duomenų perdavimą kitoms šalims – kartais rūpinimasis asmens duomenų apsauga gali trukdyti tinkamai perduoti duomenis, kurie yra būtini sveikatos priežiūros tęstinumui užtikrinti. Todėl labai svarbu užtikrinti pasitikėjimą, kad bus užtikrintas asmens duomenų privatumas ir apsauga perduodant sveikatos duomenis į kitas valstybes nares, siekiant išvengti nepakankamo pasitikėjimo, nes tai trukdytų laisvam sveikatos paslaugų judėjimui, ir siekiant išvengti atvejų, kai perduodama nepakankamai duomenų, nes tai gali pakenkti sveikatos priežiūros tęstinumui ir dėl to kiltų papildomas pavojus, kad sveikata nebus tinkamai apsaugota;

– ir siekiant išvengti sveikatos priežiūros paslaugų poveikio tvarumui svarbu užtikrinti, kad tiek savo šalies pacientai, tiek pacientai iš kitų valstybių narių nebūtų diskriminuojami. Ekonominiu požiūriu taip išvengiama ydingo skatinimo teikti prioritetą pacientams iš užsienio, o ne savo šalies pacientams, arba išvengiama ilgalaikio neigiamo poveikio kapitalo investicijoms į sveikatos sritį. Sveikatos požiūriu, būtina gydyti pacientus laikantis teisingumo principo siekiant užtikrinti, kad pacientams iš kitų valstybių narių teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų poveikis sveikatos sistemų aspektams, pvz., laukimo trukmei, būtų priimtinas ir suvaldomas. Be to, pagal bendruosius teisingumo ir nediskriminavimo principus pacientai neturėtų būti diskriminuojami dėl jų lyties, rasės, odos spalvos, etninės ar socialinės kilmės, genetinių ypatumų, kalbos, religijos ar tikėjimo, politinės ar bet kurios kitos nuomonės, priklausymo nacionalinei mažumai, nuosavybės, gimimo vietos, negalios, amžiaus ar seksualinės orientacijos. Kadangi šioje direktyvoje laikomasi pagrindinių teisių ir pripažįstami visų pirma Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijos nustatyti bendrieji principai, ji turi būti įgyvendinama ir taikoma laikantis lygybės prieš įstatymą teisės ir nediskriminavimo principo atsižvelgiant į bendruosiuos minėtos Chartijos 20 ir 21 straipsniuose nustatytus teisės principus.

7. III SKYRIUS. NAUDOJIMASIS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOMIS KITOJE VALSTYBĖJE NARĖJE

7.1. Kitoje valstybėje narėje teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos

Pacientų kaip apdraustų asmenų teisė į kitoje valstybėje narėje suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimą pagal privalomojo socialinio draudimo

sistemą buvo Teisingumo Teismo pripažinta keliuose sprendimuose[22]. Teismas nusprendė, kad laisvė teikti paslaugas apima ir paslaugų gavėjų laisvę, įskaitant asmenis, kuriems reikia gydymo paslaugų, vykti į kitą valstybę narę gauti sveikatos priežiūros paslaugų[23]. Reikia prisiminti, kad visos Teisingumo Teismo bylos šiais klausimais pagrįstos pavienių piliečių, siekiančių pasinaudoti savo individualiomis teisėmis pagal EB sutartį, inicijuotos bylomis.

Teismas taip pat nusprendė, kad tai, jog paciento valstybės narės teisės aktai negarantuoja pacientui, kuriam šie teisės aktai taikomi, kad bus suteikta tokio dydžio kompensacija, kuri būtų lygiavertė kompensacijai, kurią gauti jis turėtų teisę, jeigu jam sveikatos priežiūros paslaugos būtų buvusios suteiktos jo valstybėje narėje, yra laisvės teikti paslaugas pagal EB sutarties 49 straipsnį apribojimas[24]. Moksliniai tyrimai ir prieš pateikiant šiuos pasiūlymus vykusios konsultacijos rodo, kad iškilo tam tikrų neaiškumų dėl bendro šiuose sprendimuose nustatytų teisių taikymo praktikoje, ir tai trukdo laisvam paslaugų judėjimui. Todėl reikia spręsti direktyvoje nurodytus klausimus, susijusius su kitose valstybėse narėse suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimu, kad būtų lengviau naudotis teise teikti ir gauti sveikatos paslaugas. Todėl 6, 7 ir iš dalies 8 ir 9 straipsniuose nustatoma, kad būtų kompensuojamos kitoje valstybėje narėje suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos siekiant supaprastinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą.

Šioje direktyvoje nenumatomas nei socialinės apsaugos teisių perkėlimas iš vienos valstybės narės į kitą, nei socialinės apsaugos sistemų koordinavimas. Vienintelė socialinės apsaugos sistema, susijusi su direktyvos III skyriaus nuostatomis, – tai tos valstybės narės, kurioje pacientas yra apdraustas, socialinės apsaugos sistema, o vienintelė teisė, numatyta III skyriuje, – tai teisė, nustatyta pagal valstybės narės, kurioje pacientas yra apdraustas, socialinės apsaugos sistemą. Nuostatų dėl kitoje valstybėje narėje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir šių paslaugų išlaidų kompensavimo tikslas – suteikti pacientams ir paslaugų teikėjams laisvę teikti bei gauti sveikatos priežiūros paslaugas ir pašalinti nepagrįstas kliūtis šios pamatinės laisvės taikymui valstybėje narėje, kurioje pacientas yra apdraustas.

Šiuo pasiūlymu nepakeičiama valstybių narių teisė apibrėžti išmokas, kurias jos nusprendžia taikyti. Jeigu valstybė narė nesuteikia savo piliečiams teisės į konkretų gydymą savo šalyje, pagal šią direktyvą pacientams nesuteikiama nauja teisė gauti tokį gydymą užsienyje ir kompensuoti jo išlaidas. Be to, pasiūlymu nėra trukdoma valstybėms narėms išplėsti savo apdraustiesiems taikomų išmokų natūra schemas įtraukiant užsienyje teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas – šia galimybe jau pasinaudojo kelios valstybės narės. Poveikio vertinime pateikti turimi duomenys rodo, kad taikant laisvo judėjimo principą dėl naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis kitose valstybėse ir neviršijant sveikatos draudimo sistemos garantuojamo draudimo sumos dydžio valstybėje narėje, kurioje pacientas apdraustas, nebus pažeistas valstybių narių sveikatos sistemų ar jų socialinės apsaugos sistemų tvarumas.

---

22 Žr. visų pirma Byla C-158/96 Kohll [1998] ECR I-1931; Byla C-120/95 Decker [1998] ECR I-1831, Byla C–368/98 Vanbraekel [2001] ECR I-5363; byla C-157/99 Smits and Peerbooms [2001] ECR I-5473; byla C-56/01 Inizan [2003] ECR I-12403; byla C-8/02 Leichtle [2004] ECR I-2641; bylą C-385/99 Müller-Fauré ir Van Riet [2003] ECR I-4503 ir bylą C-372/04 Watts, ECR I–4325.

23 Žr. visų pirma Kohll, 35–36 pastraipos.

24 Žr. visų pirma Vanbraekel, 45 pastraipa.

Atsižvelgiant į Teisingumo Teismo praktiką nėra tikslinga nustatyti arba palikti galioti reikalavimą, kad būtų suteiktas bet koks išankstinis leidimas dėl kitoje valstybėje narėje suteiktų nestacionariosios sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimo iš valstybės narės, kurioje asmuo yra apdraustas, socialinės apsaugos sistemos lėšų. Jeigu tokių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos kompensuojamos neviršijant pagal valstybės narės, kurioje pacientas apdraustas, sveikatos draudimo sistemą garantuojamo draudimo dydžio, išankstinio sutikimo reikalavimo nebuvimas neturėtų pažeisti finansinė socialinės apsaugos sistemų pusiausvyros[25]. Tačiau dėl stacionariosios sveikatos priežiūros Teisingumo Teismas pripažino, kad negalima atmesti galimybės, jog kilus pavojui, kad gali būti rimtai pažeista socialinės apsaugos sistemos finansinė pusiausvyra arba gali būti trukdoma įgyvendinti tikslą užtikrinti visiems prieinamas subalansuotas medicinines ir gydymo ligoninėje paslaugas, jis gali būti laikomas svaria visuotinės svarbos priežastimi, kuria galima pateisinti laisvės teikti paslaugas principo taikymo apribojimą. Teisingumo Teismas pripažino, kad turi būti įmanoma planuoti šiuos aspektus: ligoninių skaičių, jų geografinį pasiskirstymą, jų veiklos organizavimo pobūdį, joms teikiamą įrangą ir net ligoninėse teikiamų medicininių paslaugų pobūdį.

Todėl šioje direktyvoje nėra įvedamas privalomas išankstinio leidimo reikalavimas, tačiau leidžiama valstybėms narėms nustatyti privalomo išankstinio leidimo sistemą prisiimant kitoje valstybėje narėje suteiktų stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų padengimą, jeigu tos valstybės narės gali įrodyti, kad laikomasi šių sąlygų:

– jeigu sveikatos priežiūros paslaugos būtų suteiktos jos teritorijoje, jų suteikimo išlaidos pagal tos valstybės socialinės apsaugos sistemą būtų kompensuotos; bei

– atitinkamas išvykstančių pacientų srautas dėl direktyvos įgyvendinimo rimtai pažeistų arba galėtų rimtai pažeisti valstybės socialinės apsaugos sistemos finansų pusiausvyrą ir (arba) tas pacientų srautas turėtų esminį poveikį arba galėtų turėti esminį poveikį ligoninių sektoriaus planavimo ir racionalizavimo veiklai, kuria siekiama išvengti lovų pertekliaus, išbalansuotų (galėtų išbalansuoti) stacionariosios sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, sukeltų (galėtų sukelti) nereikalingų logistikos ir finansinių sąnaudų, apsunkintų (galėtų apsunkinti) subalansuotų visiems prieinamų medicininių ir ligoninių paslaugų teikimą arba sumažintų (galėtų sumažinti) atitinkamos valstybės narės teritorijoje esančius sveikatos priežiūros paslaugų teikimo pajėgumus ar medicininę kompetenciją.

Tokiais atvejais pagal atitinkamą jurispundenciją išankstinio leidimo, kuris apribos piliečių naudojimąsi tiesiogiai EB sutarties suteiktomis teisėmis, įvedimas turi būti proporcingas ir pagrįstas svariomis priežastimis, kaip jau minėti pačioje byloje. Kai kuriais atvejais valstybės narės gali būti nenustačiusios tam tikrų priežiūros paslaugų išlaidų kompensacijos dydžio, pvz., kai sveikatos sistemos grindžiamos integruota valstybinio finansavimo ir paslaugų teikimo struktūra. Tokiu atveju valstybės narės turėtų įdiegti sistemą apskaičiuoti išlaidoms, kurias turi būti įsipareigota padengti iš įstatymais nustatytos socialinės apsaugos sistemos lėšų, su sąlyga, kad ši sistema būtų pagrįsta iš anksto žinomais objektyviais nediskriminaciniais kriterijais, o išlaidos, kurias įsipareigota padengti taikant šią sistemą, nebūtų mažesnės negu tuo

[25] Žr. visų pirma Kohll, 42 pastraipa.

atveju, jeigu tos pačios ar panašios sveikatos paslaugos būtų buvusios suteiktos valstybės narės, kurioje pacientas yra apdraustas, teritorijoje.

7.2. Nestacionarioji sveikatos priežiūra

Remiantis pirmiau nurodytu dabartinės ir būsimos pacientams iš kitų valstybių narių teikiamų nestacionariosios sveikatos priežiūros paslaugų apimties vertinimu, nėra duomenų, rodančių, kad dėl tokių priežiūros paslaugų bus pakenkta bendram finansiniam sveikatos ir socialinės apsaugos sistemų tvarumui ar sveikatos paslaugų organizavimui, planavimui ir teikimui[26]. Taigi kliūtis laisvam judėjimui, kylanti dėl reikalavimo gauti išankstinį leidimą norint, kad pacientui būtų suteikta nestacionariosios sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse, nėra pateisinama, todėl neturi būti reikalaujama gauti išankstinį leidimą dėl nestacionariosios sveikatos priežiūros paslaugų.

Tačiau valstybės narės gali nustatyti paslaugų teikėjo pasirinkimo apribojimų ar taikyti kitas planavimo priemones savo teritorijoje, įskaitant sąlygas, tinkamumo kriterijus ir reglamentavimo bei administracinius formalumus. Jos taip pat gali būti taikomos ir pacientams iš kitų valstybių narių teikiamų nestacionariosios sveikatos priežiūros paslaugų atveju, jeigu jomis nevaržomos vidaus rinkos laisvės, o bet kokie apribojimai gauti nestacionariosios sveikatos priežiūros paslaugų yra būtini, proporcingi ir nediskriminaciniai.

7.3. Stacionarioji sveikatos priežiūra

Kaip jau minėta, Teisingumo Teismo sprendimuose pripažinta, kad stacionariosios sveikatos priežiūros paslaugos yra ypatingo pobūdžio, nes jas reikia planuoti[27]. Tačiau įvairiose ES sveikatos sistemose nėra nuosekliai apibrėžta, kas yra stacionarioji sveikatos priežiūra. Dėl tokio skirtingo supratimo Teisingumo Teismo nustatyti laisvo sveikatos paslaugų judėjimo principai praktikoje valstybėse narėse aiškinami skirtingai. Todėl tai, kad naudojamos skirtingos apibrėžtys, gali būti kliūtis pacientams gauti sveikatos priežiūros paslaugų, nes pacientų atžvilgiu būtų taikomos skirtingos nuostatos pagal šią direktyvą priklausomai nuo stacionariosios sveikatos priežiūros apibrėžties. Siekiant panaikinti šią kliūtį būtina Bendrijos mastu nustatyti minimalią stacionariosios sveikatos priežiūros apibrėžtį. Šioje direktyvoje nustačius minimalią suderintą apibrėžtį taip pat bus užtikrinta, kad nebūtų iškraipoma konkurencija tarp skirtingų sveikatos sistemų, nes visų jų atžvilgiu bus taikomos nuoseklios taisyklės.

Panašiausia dažnai naudojama stacionariosios sveikatos priežiūros apibrėžtis – tai stacionare teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, reiškiančios gydymą, kai reikia bent vienai nakčiai likti ligoninėje arba klinikoje. Dėl šios priežasties tuo remiantis 8 straipsnio 1 dalyje pateikiama Bendrijos masto minimali stacionariosios sveikatos priežiūros apibrėžtis. Tačiau gali būti tikslinga stacionariosios sveikatos priežiūros paslaugomis laikyti ir tam tikras kitas stacionariojo gydymo paslaugas, jeigu teikiant tokias gydymo paslaugas reikia naudotis labai specializuota ir daug išlaidų reikalaujančia medicinine infrastruktūra ar medicinos įranga arba reikia teikti

---

26 Žr. visų pirma Müller-Fauré ir van Riet, 93 pastraipa.

27 Žr. visų pirma Smits ir Peerbooms, 76-80 pastraipos.

gydymo paslaugas, kurios ypač rizikingos pacientams ar gyventojams. Todėl 8 straipsnio 1 dalyje taip pat numatyta, kad reguliariai atnaujinamą tokių gydymo paslaugų techninį sąrašą turi nustatyti Komisija.

Kaip pirmiau minėta ir atsižvelgiant, kad Teisingumo Teismas yra nusprendęs dėl laisvo paslaugų judėjimo nuostatų, taikomų pacientų judumo srityje, išankstinio leidimo dėl kitoje valstybėje narėje suteiktų stacionariosios sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimo sistema gali būti pateisinama, jeigu būtina planuoti ligoninių infrastruktūros kiekį, jų geografinį pasiskirstymą, jų veiklos organizavimo pobūdį, joms teikiamą įrangą ir net ligoninėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų pobūdį. Tokio planavimo tikslas – užtikrinti, kad kiekvienoje valstybėje narėje būtų įmanoma naudotis subalansuota kokybiškų stacionariosios sveikatos priežiūros paslaugų įvairove, užtikrinti veiksmingą sąnaudų valdymą ir kad būtų kuo mažiau eikvojami finansiniai, techniniai ir žmogiškieji ištekliai[28].

Tačiau kaip ir nestacionariosios sveikatos priežiūros paslaugų atveju, remiantis pirmiau nurodytu dabartinės ir būsimos pacientams iš kitų valstybių narių teikiamų stacionariosios sveikatos priežiūros paslaugų apimties vertinimu, nėra duomenų, rodančių, kad dėl tokių priežiūros paslaugų bus pakenkta bendram finansiniam sveikatos ir socialinės apsaugos sistemų tvarumui ar sveikatos paslaugų organizavimui, planavimui ir teikimui. Nepaisant to, kitose valstybėse narėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų atveju, kai pažeidžiama ar galėtų būti pažeidžiama valstybės narės sveikatos ir socialinės apsaugos sistemos finansinė pusiausvyra, trukdoma ar galėtų būti trukdoma užtikrinti visiems prieinamas subalansuotas medicinines ir stacionariosios sveikatos priežiūros paslaugas arba išlaikyti gydymo pajėgumus ar medicininę kompetenciją tų valstybių narių teritorijoje, valstybės narės turėtų galėti nustatyti išankstinių leidimų sistemą siekdamos spręsti dėl konkrečios situacijos iškilusias problemas. Tačiau tokios išankstinio leidimo sistemos turėtų būti tik tais atvejais, kai yra akivaizdu, kad išvykstančių pacientų srautas dėl sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse pažeistų ar galėtų pažeisti bendrą sveikatos ir socialinės apsaugos sistemų finansų tvarumą arba sveikatos paslaugų organizavimą, planavimą ir teikimą, ir kad išankstinis leidimas yra būtinas ir proporcingas atitinkamos sveikatos ir socialinės apsaugos sistemos finansų ir organizacinei pusiausvyrai išlaikyti. Siekiant išvengti tokio poveikio, išankstinių leidimų sistema turi būti proporcinga ir taikoma tik būtinais atvejais ir neturi tapti savavališka diskriminavimo priemone.

Bet kokiu atveju, kaip ir teikiant nestacionariosios priežiūros paslaugas, valstybės narės dėl su planavimu susijusių priežasčių savo teritorijoje gali taikyti apribojimus kitose valstybėse sveikatos priežiūros paslaugų teikimo atžvilgiu, įskaitant sąlygas, tinkamumo kriterijus, reglamentavimo ir administracinius formalumus, jeigu taip nepažeidžiamos vidaus rinkos laisvės, o tokie apribojimai gauti stacionariosios sveikatos priežiūros paslaugas užsienyje yra būtini, proporcingi ir nediskriminaciniai.

7.4. Procedūrinės garantijos

Remiantis nusistovėjusia teismų praktika, bet kokios nacionalinės administracinės procedūros ir sprendimai, kurių reikia laikytis, kad būtų suteikta galimybė gauti

[28] Žr. visų pirma Smits ir Peerbooms, 76-80 pastraipos.

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

7.5. Informacija pacientams ir nacionaliniai kontaktiniai centrai

Reikiamos informacijos suteikimas pacientams yra būtina sąlyga, kad būtų pagerintas pacientų pasitikėjimas kitose valstybėse narėse teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis ir taip būtų užtikrintas laisvas sveikatos paslaugų judėjimas vidaus rinkoje bei aukštas sveikatos apsaugos lygis. Šiuo metu informacija apie kitose valstybėse narėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų aspektus pacientams teikiama ganai retai. Daug prieš pateikiant šiuos pasiūlymus vykusių konsultacijų dalyvių manė, kad šiuo metu pacientams sunku išsiaiškinti, kokių jie turi teisių gauti sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse. Respondentų nuomone, dažnai trūksta aiškios informacijos. Buvo daug kalbėta apie tai, kad daugelio valstybių narių pacientai nežino apie savo galimybes ir teises gauti gydymo paslaugų užsienyje ir šio gydymo išlaidų kompensaciją. Pvz., *Health Consumer Powerhouse* atliktas tyrimas Prancūzijoje, Lenkijoje, Jungtinėje Karalystėje, Ispanijoje ir Vokietijoje rodo, kad 25 % piliečių mano, jog jie neturi teisės gauti gydymo paslaugų užsienyje, o 30 % asmenų to tiksliai nežino[29]. Kaip jau minėta, tai patvirtino „Eurobarometro“ tyrimas[30], kuris parodė, kad 30 % Europos Sąjungos piliečių nežino apie galimybę gauti sveikatos priežiūros paslaugų ne savo šalyje.

Todėl šioje direktyvoje nustatomi vidaus rinkos tikslams įgyvendinti reikalingi reikalavimai dėl pacientams pateiktinos informacijos apie visus svarbiausius kitose valstybėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų aspektus. Siekiant geriau teikti pacientams informaciją apie kitose valstybėse narėse teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, tikslinga reikalauti, kad tokia informacija būtų lengvai prieinama, o svarbiausia, kad būtų įsteigti nacionaliniai kontaktiniai centrai, susiję su kitose valstybėse narėse teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis. Valstybės narės turės nuspręsti dėl tokių nacionalinių kontaktinių centrų struktūros ir skaičiaus. Nacionaliniai kontaktiniai centrai gali būti sujungti su jau veikiančiais informaciniais centrais arba būti steigiami jų veiklos pagrindu, jeigu bus aiškiai nurodyta, kad

---

29 http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co147.pdf

30 Apklausa Flash Eurobarometer Series #210, Cross-border health services in the EU (Pacientams iš kitų ES valstybių teikiamos sveikatos paslaugos), analitinė ataskaita, kurią atliko Vengrijos Gallup organizacija, gavusi Europos Komisijos Sveikatos ir vartotojų apsaugos generalinio direktorato (DG SANCO) prašymą, 2007 m.

informaciniai centrai yra ir nacionaliniai kontaktiniai centrai, kuriuose teikiama informacija apie kitose valstybėse narėse teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas. Nacionaliniams kontaktiniams centrams turėtų būti suteiktos tinkamos patalpos, kad jose būtų galima teikti informaciją apie galimybes naudotis kitose valstybėse teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis ir tvarką, kurios reikia laikytis tokiu atveju, bei prireikus teikti pacientams praktinę pagalbą. Tokia informacija apie galimybės gauti sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse procesą (pvz.: procedūras, kurių reikia laikytis, išlaidų kompensavimo terminus) yra kitokia nei informacija apie pačių sveikatos priežiūros paslaugų turinį (pvz.: išlaidos, galimybės gauti paslaugas terminai, paslaugų teikimo rezultatai), kuri turėtų būti teikiama atitinkamų paslaugų teikėjų ir kuri reglamentuojama II skyriuje. Nacionalinių kontaktinių centrų buvimas nereiškia, kad valstybės narės, atsižvelgdamos į jų sveikatos priežiūros sistemos organizavimo ypatumus, negali steigti kitų kontaktinių centrų regioniniu ar vietos lygiais.

7.6. Taisyklės, taikytinos sveikatos priežiūros paslaugoms

Jeigu pacientas gauna sveikatos priežiūros paslaugas valstybėje narėje, kuri nėra šalis, kurioje jis yra apdraustas, jis turi žinoti iš anksto, kokios taisyklės turi būti taikomos. Reikalingas aiškumas ir tada, kai sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai laikinai vyksta į kitą valstybę narę teikti sveikatos priežiūros paslaugų, ar kai sveikatos priežiūros paslauga teikiama kitoje valstybėje narėje. Atsižvelgiant į tai, kad pagal Sutarties 152 str. 5 dalį už sveikatos paslaugų ir medicinos pagalbos organizavimą ir teikimą atsakingos valstybės narės, direktyvoje apibrėžtų sveikatos priežiūros paslaugų (4 str. a punkte) teikimui taikytinos taisyklės yra tos, kurias taiko valstybė narė, kurioje sveikatos priežiūros paslauga yra teikiama. Aiškus šio principo reglamentavimas padės pacientui informuotai pasirinkti ir išvengti nesusipratimų bei klaidingo supratimo. Tai leis padidinti paciento ir sveikatos priežiūros specialisto tarpusavio pasitikėjimą.

8. IV SKYRIUS. BENDRADARBIAVIMAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SRITYJE

8.1. Pareiga bendradarbiauti

Norint išnaudoti kitose valstybėse narėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų vidaus rinkos galimybes reikalingas įvairių valstybių narių paslaugų teikėjų, paslaugų pirkėjų ir reguliuojančių institucijų bendradarbiavimas nacionaliniu, regioniniu ar vietos lygiu siekiant užtikrinti saugias, kokybiškas ir veiksmingas pacientams iš kitų valstybių narių teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas. Svarstymų apie pacientų judumą laikotarpiu[31] sveikatos ministrai ir kitos suinteresuotosios šalys nustatė sritis, kuriose dėl visų valstybių narių koordinuojamų veiksmų masto ekonomijos nacionalinėms sveikatos sistemoms gali būti suteikta papildomos naudos. Naudingas gali būti bendras planavimas, procedūrų ar standartų abipusis pripažinimas ar pritaikymas, atitinkamų nacionalinių informacinių ir ryšių technologijų sistemų sąveika, praktinės priemonės sveikatos priežiūros tęstinumui užtikrinti ar palankesnės sąlygos, reikalingos sveikatos priežiūros specialistams

[31] Daugiau informacijos ir Aukšto lygio svarstymo apie pacientų judėjimą ir sveikatos priežiūros sistemų plėtros Europos Sąjungoje eigos ataskaitos tekstą žr. http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/co_operation/mobility/patient_mobility_en.htm

laikinai ar konkrečiais atvejais praktikoje teikti sveikatos priežiūros paslaugas pacientams iš kitų valstybių narių.

Siekiant tikslo išnaudoti vidaus rinkos galimybes, šioje direktyvoje reikalaujama, kad valstybės narės suteiktų savitarpio pagalbos, reikalingos šiai direktyvai įgyvendinti, ir sudarytų palankesnes sąlygas regionų ir vietos lygiu teikti sveikatos priežiūros paslaugas pacientams iš kitų valstybių narių. Kadangi nacionalinė, regioninė ir vietinė sveikatos priežiūros sektoriaus administravimo praktika labai skiriasi, abipusis skirtingų sveikatos sistemų bendradarbiavimas padės išvengti bereikalingų kliūčių laisvam sveikatos paslaugų judėjimui.

8.2. Kitoje valstybėje narėje išduotų receptų pripažinimas

Dažnai aprūpinimas vaistais bus kitose valstybėse narėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų dalis ir gali būti tebesitęsiančio paciento gydymo plano, kurio reikia laikytis pacientui net ir išvykus į kitą valstybę narę, dalis. Tačiau kitose valstybėse narėse išduoti receptai pripažįstami ne visose valstybėse narėse, dėl to kyla praktinių kliūčių sveikatos priežiūros paslaugoms teikti pacientams iš kitų valstybių narių. Visi vaistai, kuriems Bendrijoje suteikiama licencija, turi atitikti darniuosius kokybės, saugos ir veiksmingumo standartus, todėl iš esmės turėtų būti įmanoma vienoje valstybėje narėje įgalioto asmens išrašytu konkrečiam pacientui skirtu receptu pasinaudoti kitoje valstybėje narėje, jeigu recepto autentiškumas ir turinys yra aiškūs. Siekiant užtikrinti aukštą sveikatos apsaugos lygį ir palengvinti laisvą sveikatos paslaugų judėjimą, reikėtų nustatyti specialias priemones, skirtas patikrinti recepto autentiškumą ir jį išdavusį įgaliotą asmenį, užtikrinti, kad pacientas suprastų informaciją apie farmacinį produktą ir (atsižvelgiant į skirtingus pavadinimus ir pateikimo formas įvairiose šalyse) nustatyti atitinkamą vaistą, o tam tikrų kategorijų vaistų atžvilgiu šių priemonių reikėtų netaikyti.

8.3. Europos pavyzdinių centrų tinklai ir sveikatos srities technologijų vertinimas

Šioje direktyvoje taip pat numatytas bendradarbiavimas konkrečiose srityse, kuriose dėl visų valstybių narių koordinuojamų veiksmų masto ekonomijos nacionalinėms sveikatos sistemoms gali būti suteikta didelės papildomos naudos. Taip būtų Europos pavyzdinių centrų tinklų atveju (15 straipsnis) – jie turėtų teikti sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, kuriems gydyti atsižvelgiant į jų būklę reikia sutelkti daug išteklių ar žinių, kad būtų teikiamos prieinamos, kokybiškos ekonomiškai veiksmingos sveikatos priežiūros paslaugos, ir jie taip pat galėtų būti medicinos mokymo ir mokslinių tyrimų, informacijos sklaidos ir vertinimo centrai. Įkūrus tokių Europos pavyzdinių centrų tinklus, maksimaliai padidėtų medicinos mokslo naujovių ir sveikatos srities technologijų sklaidos greitis ir mastas ir taip būtų lengviau teikti kokybiškas ekonomiškai veiksmingas sveikatos priežiūros paslaugas ir išnaudoti vidaus rinkos galimybes šioje srityje, o pacientams ir sveikatos priežiūros sistemoms būtų suteikta vidaus rinkos teikiamos naudos, be to, būtų lengviau skatinti kuo kokybiškesnę sveikatos priežiūrą. Sveikatos paslaugų ir medicininės priežiūros aukšto lygio grupė jau parengė bendrus reikalavimus ir kriterijus, kuriuos turėtų atitikti Europos pavyzdinių centrų tinklai ir kuriuos reikėtų išsamiai išdėstyti priimant įgyvendinimo priemones, kuriose bus atsižvelgta į šiuo metų vykdomų bandomųjų projektų rezultatus.

Be to, šioje direktyvoje numatyta įdiegti Bendrijos sveikatos srities technologijų vertinimo tinklą (17 straipsnis), kuris turėtų skatinti atsakingų nacionalinių institucijų bendradarbiavimą, padėtų teikti objektyvią, patikimą, laiku pateikiamą, skaidrią ir lengvai perduodamą informaciją apie trumpalaikį ir ilgalaikį sveikatos srities technologijų efektyvumą, leistų veiksmingai keistis šia informacija šiame tinkle bei padėtų valstybėms narėms priimti politikos sprendimus. Tose pačiose ir skirtingose valstybėse narėse atliekami tokie vertinimai labai skiriasi ir dažnai yra dubliuojami atsižvelgiant į taikomą metodiką ir su ja susijusių naujovių diegimą. Tai trukdo laisvam minėtų technologijų judėjimui ir (dėl skirtumų sveikatos priežiūros srityje) visoje Europos Sąjungoje silpninamas pasitikėjimas saugos ir kokybės standartais. Bendradarbiaujant dėl bendrų kriterijų nustatymo, kad būtų sukurta tokia Europos masto duomenų bazė, bus lengviau skleisti gerąją patirtį, vengti išteklių dubliavimo ir parengti bendrus svarbiausios informacijos rinkinius ir metodus, kuriais galėtų naudotis valstybės narės siekiant joms padėti geriausiai pasinaudoti naujomis technologijomis, terapijos būdais ir metodais, ir, kaip ir Europos pavyzdinių centrų tinklų atveju, maksimaliai padidėtų medicinos mokslo naujovių ir sveikatos srities technologijų sklaidos greitis ir mastas, o dėl to būtų lengviau išnaudoti vidaus rinkos teikiamas galimybes šioje srityje.

8.4. E. sveikata

Teikiant sveikatos priežiūros paslaugas pacientams kitose valstybėse narėse nebūtinai reikia, kad pacientai ar specialistai fiziškai nuvyktų į kitą šalį – šias paslaugas galima teikti ir naudojantis informacinėmis ir ryšių technologijomis. Toks paslaugų teikimo būdas vadinamas „paslaugų teikimu kitose šalyse“ arba „e. sveikata“. Šis paslaugų teikimo būdas tampa vis svarbesnis, tačiau dėl to kyla specifinių problemų siekiant užtikrinti, kad įvairios valstybių narių sveikatos sistemų informacinės ir ryšių technologijos būtų suderinamos. Bendrijoje naudojamos labai skirtingų ir nesuderinamų formatų ir standartų informacinės ir ryšių technologijos sveikatos priežiūros paslaugoms teikti, dėl to atsiranda kliūčių tokio pobūdžio sveikatos priežiūros paslaugoms pacientams iš kitų valstybių narių teikti ir kyla pavojus sveikatos apsaugai. Todėl būtina numatyti, kad ši sritis būtų suderinta Bendrijos mastu siekiant valstybių narių informacinių ir ryšių technologijų sąveikos. Tačiau pasiūlyme nėra įpareigojimo įvesti kokias nors e. sveikatos sistemas ar paslaugas, bet juo siekiama užtikrinti sąveiką valstybėms narėms nusprendus įvesti tokias sistemas.

8.5. Duomenų rinkimas

Nors Komisijai (remiantis plataus masto moksliniais tyrimais ir prieš pateikiant šiuos pasiūlymus vykusias konsultacijas) pavyko nustatyti tikėtiną pacientams iš kitų valstybių narių teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų apimties mastą ir pobūdį, neturima pakankamai duomenų apie pacientams iš kitų valstybių narių teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, kad būtų galima atlikti ilgalaikį tokių paslaugų vertinimą ir jas valdyti ilguoju laikotarpiu. Tokie duomenys yra labai svarbūs, kad būtų įmanoma atlikti kitose valstybėse narėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų ir jų bendro poveikio sveikatos sistemoms stebėseną ir būtų pasiekta tinkama pusiausvyra teikiant nemokamas sveikatos priežiūros paslaugas, užtikrinant aukštą sveikatos apsaugos lygį ir atsižvelgiant į valstybių narių atsakomybę, kad būtų pasiekti bendri jų sveikatos sistemų tikslai.

8.6. Įgyvendinimo komitetas

Šios direktyvos įgyvendinimo priemones reikėtų priimti pagal Tarybos sprendimą 1999/468/EB, nustatantį Komisijos naudojimosi jai suteiktais įgyvendinimo įgaliojimais tvarką. Visų pirma Komisijai reikėtų suteikti įgaliojimus nustatyti šiai direktyvai įgyvendinti reikalingą gydymo paslaugų, kurias teikiant nereikia pasilikti įstaigoje nakčiai ir kurioms taikomas tas pats režimas kaip stacionariosios sveikatos priežiūros atveju, sąrašą; papildomas priemones, kad specifinės vaistų ar cheminių medžiagų kategorijos būtų išbrauktos iš receptų, išrašytų kitoje valstybėje narėje ir kurie gali būti pripažinti, kaip nustatyta šioje direktyvoje; specialių kriterijų ir sąlygų, kurias turi atitikti Europos pavyzdinių centrų tinklai, sąrašą; Europos pavyzdinių centrų tinklų sudarymo tvarką. Kadangi šios priemonės yra bendro pobūdžio ir yra skirtos iš dalies pakeisti neesminėms šios direktyvos nuostatoms ar papildyti ją naujomis neesminėmis nuostatomis, jos turi būti patvirtintos taikant reguliavimo procedūrą su tikrinimu, numatytą Sprendimo 1999/468/EB 5a straipsnyje.

2008/0142 (COD)

Pasiūlymas

EUROPOS PARLAMENTO IR TARYBOS DIREKTYVA

dėl pacientų teisių į sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse įgyvendinimo

EUROPOS SĄJUNGOS PARLAMENTAS IR TARYBA,

atsižvelgdama į Europos bendrijos steigimo sutartį, ypač į jos 95 straipsnį,

atsižvelgdami į Komisijos pasiūlymą[32],

atsižvelgdami į Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komiteto nuomonę[33],

Atsižvelgdami į Regionų komiteto nuomonę[34],

pasikonsultavę su Europos duomenų apsaugos kontrolieriumi[35],

laikydamiesi Sutarties 251 straipsnyje numatytos tvarkos[36],

kadangi:

(1) Sutarties 152 straipsnio 1 dalyje teigiama, kad žmonių sveikatos aukšto lygio apsauga užtikrinama nustatant ir įgyvendinant visas Bendrijos politikos ir veiklos kryptis. Tai reiškia, kad turi būti užtikrintas aukštas žmonių sveikatos apsaugos lygis, kai priimami Bendrijos teisės aktai pagal kitas Sutarties nuostatas.

(2) Atsižvelgiant į tai, kad laikomasi Sutarties 95 straipsnyje nustatytų sąlygų kaip teisinio pagrindo, Bendrijos teisės aktai grindžiami šiuo teisiniu pagrindu, net jei visuomenės sveikatos apsaugos motyvai yra pasirinkimą lemiantis veiksnys; šiuo požiūriu Sutarties 95 straipsnio 3 dalyje aiškiai nustatyta, kad siekiant suderinimo turėtų būti garantuojamas aukštas žmonių sveikatos apsaugos lygis atsižvelgiant visų pirma į bet kokias mokslo faktais pagrįstas naujoves.

(3) Šioje direktyvoje laikomasi pagrindinių teisių ir pagrindinių teisės principų, pripažintų visų pirma Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijoje, teisė gauti sveikatos priežiūros paslaugas ir teisė gauti medicinos paslaugų išlaidų kompensavimą pagal nacionalinių įstatymų reikalavimus ir praktiką yra nustatytos Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijos[37] 35 straipsnyje. Konkrečiai direktyva turi būti įgyvendinta

---

32 OL C […], […], p. […].
33 OL C […], […], p. […].
34 OL C […], […], p. […].
35 OL C[…], […], p. […].
36 OL C […], […], p. […].
37 OL C 364, 2000 12 18, p. 1.

ir taikoma laikantis asmeninio ir šeimos gyvenimo, asmens duomenų apsaugos, lygybės prieš įstatymą teisių bei nediskriminavimo principo ir teisių į veiksmingą gynybą bei nešališką teismą pagal bendruosius teisės principus, nurodytus Chartijos 7, 8, 20, 21, 47 straipsniuose.

(4) Bendrijos sveikatos sistemos yra labai svarbios užtikrinant aukštą Europos socialinės apsaugos lygį bei prisideda prie socialinės sanglaudos, socialinio teisingumo ir tvarios plėtros[38]. Jos yra ir platesnės bendrų interesų paslaugų sistemos dalis.

(5) Kaip keletą kartų patvirtino Teisingumo Teismas, nors ir pripažindamas šių paslaugų specifinį pobūdį, visos sveikatos paslaugos patenka į Sutarties taikymo sritį.

(6) Teisingumo Teismas jau nagrinėjo kai kurias su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu kitose valstybėse susijusias problemas, visų pirma kitoje valstybėje narėje nei ta, kurioje gyvena sveikatos priežiūros paslaugų gavėjas, suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimo problemą. Kadangi sveikatos priežiūros paslaugos buvo išbrauktos iš 2006 m. gruodžio 12 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos 2006/123/EB dėl paslaugų vidaus rinkoje[39] taikymo srities, yra svarbu reglamentuoti šiuos klausimus specialiu Bendrijos teisės aktu, kad būtų galima pasiekti Teisingumo Teismo principų, suformuluotų nagrinėjant konkrečias bylas, bendresnį ir veiksmingesnį taikymą.

(7) 2006 m. birželio 1–2 d. išvadose[40] Europos Sąjungos Taryba priėmė pareiškimą dėl „Europos Sąjungos sveikatos sistemų bendrų vertybių ir principų" ir pripažino ypač svarbia iniciatyvą dėl sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse, kuri užtikrintų aiškesnį Europos piliečių teisių ir galimybių įgyvendinimo reglamentavimą, kai jie keliauja iš vienos valstybės narės į kitą, siekiant teisinio tikrumo.

(8) Šia direktyva siekiama nustatyti bendrą saugių ir veiksmingų aukštos kokybės kitose valstybėse narėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų Bendrijoje sistemą ir užtikrinti pacientų judumą bei laisvę teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir aukšto lygio sveikatos apsaugą visiškai atsižvelgiant į valstybių narių atsakomybę už socialinės apsaugos išmokų, susijusių su sveikata, nustatymą ir už sveikatos paslaugų ir medicinos pagalbos organizavimą ir teikimą bei socialinės apsaugos išmokas, visų pirma ligos atveju.

(9) Ši direktyva dėl pacientų teisės į kitose valstybėse narėse teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas taikoma visų rūšių sveikatos priežiūros paslaugoms. Kaip patvirtino Teisingumo Teismas, nepaisant specifinio sveikatos paslaugų pobūdžio, nei jų organizavimo ar finansavimo būdo, joms negali būti netaikomas pamatinis judėjimo laisvės principas. Dėl ilgalaikės priežiūros – direktyva nėra taikoma pagalbos ir paramos šeimoms ar asmenims, kuriems to dėl jų būklės reikia ilgesnį laiką, atvejais. Ji nėra taikoma, pavyzdžiui, globos namams ar būstui, socialinių darbuotojų ar savanorių ar specialistų, išskyrus sveikatos priežiūros specialistams, pagyvenusiems žmonėms ar vaikams teikiamoms paslaugoms.

---

38 Tarybos išvados dėl Europos Sąjungos sveikatos sistemų bendrų vertybių ir principų, OL C 146, 2006 6 22, p. 1.

39 OL L 376, 2006 12 27, p. 36.

40 OL C 146, 2006 6 22, p. 1.

(10) Šioje direktyvoje „sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse“ koncepcija apima šiuos sveikatos priežiūros paslaugų pasiūlos būdus:

- Sveikatos priežiūros paslaugų gavimas užsienyje (t. y.: pacientų vykimas gydytis pas sveikatos priežiūros paslaugų teikėją kitoje valstybėje narėje); tai , kas vadinama „pacientų mobilumu“.

- Sveikatos priežiūros paslaugos kitose valstybėse narėse (t. y.: paslaugų teikimas iš vienos valstybės narės teritorijos į kitos valstybės narės teritoriją); tokios paslaugos, kaip telemedicinos paslaugos, nuotolinė diagnostika ir receptai, laboratoriniai tyrimai;

- Nuolatinis sveikatos priežiūros paslaugų teikimas (t. y.: sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo įsisteigimas kitoje valstybėje narėje); taip pat

- Laikinas asmenų buvimas (t. y.: sveikatos priežiūros specialistų judėjimas, pvz., laikinas atvykimas į valstybę narę, iš kurios yra pacientas, teikti paslaugų).

(11) Kaip valstybės narės pripažino Tarybos išvadose dėl Europos Sąjungos sveikatos sistemų bendrų vertybių ir principų[41], egzistuoja veiklos principai, kurie yra bendri visoms sveikatos sistemoms Bendrijoje. Šie veiklos principai apima kokybę, saugą, pagrįstą įrodymais ir etika sveikatos priežiūrą, pacientų įtraukimą, žalos atlyginimą, pamatinę teisę į privatumą apdorojant asmens duomenis ir konfidencialumą. Pacientai, specialistai ir už sveikatos sistemas atsakingos valdžios institucijos turi sugebėti remtis šiais bendraisiais principais ir struktūromis, skirtomis jiems įgyvendinti visoje Bendrijoje. Todėl tikslinga reikalauti, kad valstybės narės, kurios teritorijoje teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, valdžios institucijos būtų atsakingos už šių veiklos principų laikymąsi. Tai reikalinga norint užtikrinti pacientų pasitikėjimą kitose valstybėse teikiama sveikatos priežiūra, o tai savaime yra būtina siekiant pacientų judumo ir laisvo sveikatos priežiūros paslaugų teikimo judėjimo vidaus rinkoje bei aukšto sveikatos apsaugos lygio.

(12) Atsižvelgiant į tai, kad neįmanoma iš anksto žinoti, ar konkretus sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas teiks sveikatos priežiūros paslaugas iš kitos valstybės narės atvykstančiam pacientui, ar pacientui iš savos valstybės narės, reikia, kad reikalavimai užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą laikantis bendrų principų ir aiškių kokybės bei saugos standartų būtų taikomi visų rūšių sveikatos priežiūros paslaugoms siekiant užtikrinti laisvę teikti ir gauti sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse, o to ir siekiama šia direktyva. Valstybių narių valdžios institucijos turi laikytis bendrų vertybių – visuotinumo, geros kokybės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, teisingumo ir solidarumo, – kurios jau buvo pripažintos Bendrijos institucijų ir visų valstybių narių kaip bendra visų Europos sveikatos sistemų vertybių sistema. Valstybės narės taip pat turi užtikrinti, kad šių vertybių būtų laikomasi pacientų ir piliečių iš kitų valstybių narių atžvilgiu, o visi pacientai būtų traktuojami vienodai atsižvelgiant į jų sveikatos priežiūros poreikius, o ne į jų priklausomybę savo valstybių narių socialinės apsaugos sistemoms. Tai atlikdamos valstybės narės turi gerbti laisvo judėjimo vidaus rinkoje, nediskriminavimo, *inter alia*, tautybės atžvilgiu (arba juridinių asmenų atveju, nediskriminavimo valstybės narės, kurioje jie įsisteigę,

[41] OL C 146, 2006 6 22, p. 1.

atžvilgiu), būtinumo ir proporcingumo kaip nors ribojant laisvą judėjimą principų. Tačiau šioje direktyvoje nėra jokių reikalavimų priimti planiniam gydymui arba prioriteto tvarka pacientus iš kitų valstybių narių kitų pacientų, turinčių panašių sveikatos paslaugų poreikių, sąskaita, pavyzdžiui, ilginant gydymo laukimo trukmę.

(13) Be to, pacientai iš kitų valstybių narių turėtų turėti lygias galimybes su valstybės narės, kurioje teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, pacientais, o pagal bendruosius teisingumo ir nediskriminavimo principus, nurodytus Chartijos 21 str., pacientai neturėtų būti diskriminuojami dėl jų lyties, rasės, odos spalvos, etninės ar socialinės kilmės, genetinių ypatumų, kalbos, religijos ar tikėjimo, politinės ar bet kurios kitos nuomonės, priklausymo nacionalinei mažumai, nuosavybės, gimimo vietos, negalios, amžiaus ar seksualinės orientacijos. Valstybės narės gali skirtingai traktuoti atskiras pacientų grupes, tik jei jos gali įrodyti, kad tai yra pagrįsta teisėtais medicininiais argumentais, pavyzdžiui, moterims taikomų specifinių priemonių atveju (pvz., atrankinė patikra dėl krūties vėžio) arba tam tikroms amžiaus grupėms (pvz., nemokami skiepai vaikams ar pagyvenusiems žmonėms). Kadangi šioje direktyvoje laikomasi pagrindinių teisių ir pripažįstami Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijos nustatyti bendrieji principai, ji turi būti įgyvendinama ir taikoma laikantis lygybės prieš įstatymą teisės ir nediskriminavimo principo atsižvelgiant į bendruosius minėtos Chartijos 20 ir 21 straipsniuose nurodytus teisės principus. Šis pasiūlymas taikomas nepažeidžiant 2000 m. birželio 29 d. Tarybos direktyvos 2000/43/EB, įgyvendinančios vienodo požiūrio principą asmenims nepriklausomai nuo jų rasės arba etninės priklausomybės, ir kitų direktyvų, įgyvendinančių EB Sutarties 13 straipsnį. Atsižvelgiant į tai direktyvoje numatyta, kad pacientai turi būti traktuojami vienodai su valstybės narės, kurioje teikiama sveikatos priežiūros paslauga, gyventojais, įskaitant apsaugą nuo diskriminavimo, numatytą Bendrijos teisės aktais ir valstybės narės, kurioje teikiama sveikatos priežiūros paslauga, teisės aktais.

(14) Bet kokiu atveju visos priemonės, kurių imasi valstybės narės norėdamos užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pagal aiškius kokybės ir saugos standartus, neturėtų sudaryti naujų kliūčių laisvam sveikatos specialistų judėjimui, kaip reglamentuota Sutartyje ir visų pirma 2005 m. rugsėjo 7 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyvoje 2005/36/EB dėl profesinių kvalifikacijų pripažinimo[42].

(15) Moksliniai tyrimai rodo, kad žala dėl sveikatos priežiūros paslaugų patiriama 10 % atvejų. Todėl svarbu užtikrinti aiškių bendrų įsipareigojimų laikymąsi atlyginant patirtą žalą dėl sveikatos priežiūros paslaugų norint išvengti pasitikėjimo šiomis priemonėmis stokos, kuri taptų kliūtimi sveikatos priežiūros paslaugų teikimui kitose valstybėse narėse. Žalos atlyginimas ir kompensavimas šalies, kurioje suteiktos gydymo paslaugos, sistemoje turėtų nepažeisti valstybių narių galimybių taikyti jų vidaus kompensavimo sistemas ir savo pacientams, kurie nori gauti sveikatos priežiūros paslaugas užsienyje, jeigu tai pacientui labiau tinka, visų pirma tais atvejais, kai pacientui būtina gauti sveikatos priežiūros paslaugų kitoje valstybėje narėje.

(16) Valstybės narės turėtų užtikrinti, kad, sveikatos priežiūros paslaugas teikiant jų teritorijoje, žalos, sukeltos teikiant sveikatos priežiūros paslaugas jų teritorijoje, atveju būtų nustatytos pacientų apsaugos ir tokios žalos kompensavimo priemonės, ir tos

---

[42] OL L 255, 2005 9 30, p. 22. Direktyva su paskutiniais pakeitimais, padarytais Tarybos direktyva 2006/100/EB (OL L 363, 2006 12 20, p. 141).

priemonės turi atitikti rizikos pobūdį ir mastą. Tačiau valstybių narių kompetencija yra nustatyti tokių priemonių pobūdį ir (arba) taikymo ypatumus.

(17) Teisė į asmens duomenų apsaugą yra pagrindinė teisė, pripažinta Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijos[43] 8 straipsnyje. Sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse tęstinumas priklauso nuo su paciento sveikata susijusių asmens duomenų perdavimas. Šie asmens duomenys turėtų galėti laisvai cirkuliuoti tarp valstybių narių, tačiau tuo pačiu metu turėtų būti saugomos pagrindinės asmenų teisės. 1995 m. spalio 24 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyvoje 95/46/EB dėl asmens duomenų apsaugos apdorojant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo[44] nustatyta teisė asmenims gauti su jų sveikata susijusius asmens duomenis, pavyzdžiui, iš paciento medicininių dokumentų, kuriuose yra informacija apie diagnozę, tyrimų rezultatus, gydančių gydytojų vertinimus ir taikytą gydymą ar intervencijas. Šios nuostatos taikomos ir šioje direktyvoje reglamentuojamoms kitose valstybėse narėse teikiamoms sveikatos priežiūros paslaugoms.

(18) Pacientų kaip apdraustų asmenų teisė gauti kitoje valstybėje narėje suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensaciją iš privalomojo socialinio draudimo sistemos pripažinta keliuose Teisingumo Teismo sprendimuose. Teisingumo Teismas nusprendė, kad Sutarties nuostatos dėl laisvės teikti paslaugas apima laisvę paslaugų gavėjams, įskaitant asmenis, kuriems reikalinga medicinos pagalba, vykti į kitą valstybę narę, kad jiems būtų suteiktos medicinos paslaugos toje šalyje. Ta pati nuostata taikoma ir sveikatos priežiūros paslaugų gavėjams, norintiems gauti sveikatos priežiūros paslaugas kitoje valstybėje narėje kitomis priemonėmis, pavyzdžiui, pasinaudojant e. sveikatos paslaugomis. Nors Bendrijos teisė neatima iš valstybių narių įgaliojimų organizuoti savo sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos sistemų, valstybės narės turi naudotis savo įgaliojimais laikydamosi Bendrijos teisės, visų pirma Sutarties nuostatų dėl laisvės teikti paslaugas. Šios nuostatos draudžia valstybėms narėms įvesti ar palaikyti nepagrįstus tokios laisvės apribojimus sveikatos priežiūros sektoriuje.

(19) Laikantis Teisingumo Teismo nustatytų principų ir nesukeliant pavojaus valstybių narių sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos sistemų finansų stabilumui, reikalingas teisinis tikrumas dėl sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimo pacientams, taip pat sveikatos priežiūros specialistams, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams ir socialinės apsaugos institucijoms.

(20) Ši direktyva nereglamentuoja sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų prisiėmimo, kai išlaidos buvo būtinos dėl medicininių priežasčių apdraustų asmenų laikino buvimo kitoje valstybėje narėje metu. Ši direktyva nereglamentuoja pacientų teisės gauti išankstinį leidimą dėl sveikatos priežiūros kitoje valstybėje narėje, kai laikomasi sąlygų, numatytų reglamentuose dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo, visų pirma 1971 m. birželio 14 d. Reglamento (EB) Nr. 1408/71 dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims ir jų šeimų nariams, judantiems Bendrijoje[45], 22 straipsnyje ir 2004 m. balandžio 29 d. Europos Parlamento

---

43 OL C 364, 2000 12 18, p. 1.

44 OL L 281, 1995 11 23, p. 31.

45 OL L 149, 1971 7 5, p. 2. Reglamentas su paskutiniais pakeitimais, padarytais Reglamentu (EB) Nr. 1992/2006 (OL L 392, 2006 12 30, p. 4).

ir Tarybos reglamento (EB) Nr. 883/2004 dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo[46] 20 straipsnyje.

(21) Yra tikslinga reikalauti, kad ir pacientai, kurie vyksta gauti sveikatos priežiūros paslaugų į kitą valstybę narę tomis aplinkybėmis, kai nėra taikoma Reglamentu (EB) Nr. 1408/71 nustatyta socialinės apsaugos sistemų koordinavimo sistema, turėtų galimybę pasinaudoti laisvo paslaugų judėjimo principais pagal Sutartį ir šios direktyvos nuostatomis. Pacientams taip pat turėtų būti garantuojamas šių sveikatos priežiūros išlaidų padengimas bent jau tokiu lygiu, kokiu tų pačių ar panašių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos būtų padengtos, jeigu tos paslaugos būtų buvusios suteiktos šalių, kuriose jie apdrausti, teritorijoje. Tokia nuostata visiškai atitinka valstybių narių atsakomybę nustatyti, kokiu mastu jų piliečiams padengiamos išlaidos ligos atveju, ir leidžia išvengti reikšmingo poveikio jų nacionalinių sveikatos sistemų finansavimui. Tačiau valstybės narės gali nacionaliniuose teisės aktuose numatyti gydymo išlaidų kompensavimą pagal tos valstybės narės, kurioje pacientas buvo gydomas, galiojančius tarifus, jeigu tai bus naudingiau pacientui. Taip gali būti visų pirma tuo atveju, kai sveikatos priežiūros paslaugos suteikiamos per Europos pavyzdinių centrų tinklus, kaip nurodyta šios direktyvos 15 straipsnyje.

(22) Todėl paciento atžvilgiu abi sistemos yra suderintos; arba taikoma ši direktyva, arba Reglamentas 1408/71. Visais atvejais kiekvienam apdraustam asmeniui, kuris prašo išankstinio leidimo gauti jo būklės požiūriu tinkamą gydymo paslaugą kitoje valstybėje narėje, reikia suteikti tokį leidimą reglamentuose 1408/71 ir 883/04 nustatytomis sąlygomis, jeigu reikalinga sveikatos priežiūros paslauga negali būti suteikta per mediciniškai pagrįstą laikotarpį atsižvelgiant į paciento sveikatos būklę ir galimą ligos eigą. Pacientas neturėtų netekti palankesnių teisių, garantuotų pagal reglamentus 1408/71 ir 883/04, jei laikomasi nustatytų sąlygų.

(23) Pacientas gali pasirinkti, kurios tvarkos pageidauja, bet visais atvejais, kai Reglamento 1408/71 taikymas yra pacientui naudingesnis, jam turėtų būti leista pasinaudoti to reglamento garantuojamomis teisėmis.

(24) Visais atvejais pacientas neturėtų siekti finansinės naudos iš kitoje valstybėje narėje suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų, o išlaidų padengimas turėtų apsiriboti faktinėmis gautų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidomis.

(25) Šia direktyva nesiekiama suteikti teisę į gydymo kitoje valstybėje narėje išlaidų kompensavimą, jeigu toks gydymas nėra kompensuojamas pagal valstybės narės, kurioje pacientas apdraustas, teisės aktus. Taip pat šia direktyva nedraudžiama valstybėms narėms išplėsti jų apdraustiesiems taikomas išmokų schemas įtraukiant kitoje valstybėje narėje teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas pagal nacionalinių teisės aktų nuostatas.

(26) Šioje direktyvoje nenumatomas socialinės apsaugos teisių perkėlimas iš vienos valstybės narės į kitą ar kitoks socialinės apsaugos sistemų koordinavimas. Vienintelis nuostatų dėl išankstinio leidimo dėl kitoje valstybėje narėje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų ir šių paslaugų išlaidų kompensavimo tikslas yra suteikti laisvę teikti sveikatos priežiūros paslaugas pacientams ir sveikatos priežiūros paslaugų

---

[46] OL L 166, 2004 4 30, p. 1.

teikėjams ir pašalinti nepagrįstas kliūtis šios pamatinės laisvės taikymui valstybėje narėje, kurioje pacientas yra apdraustas. Todėl direktyvoje visiškai atsižvelgiama į nacionalinių sveikatos priežiūros sistemų skirtumus ir valstybių narių atsakomybę už sveikatos paslaugų ir medicinos pagalbos organizavimą ir teikimą.

(27) Šioje direktyvoje numatyta ir paciento teisė gauti bet kokius vaistus, kuriais leidžiama prekiauti valstybėje narėje, kurioje sveikatos priežiūros paslaugos yra teikiamos, net jei tuo vaistu nėra leidžiama prekiauti valstybėje narėje, kurioje pacientas yra apdraustas, kadangi tai yra neišvengiama veiksmingo gydymo kitoje valstybėje narėje dalis.

(28) Valstybės narės gali nustatyti bendras sąlygas, tinkamumo kriterijus ir reglamentavimo bei administracinius formalumus dėl sveikatos priežiūros paslaugų gavimo ir sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo, pavyzdžiui, reikalavimą konsultuotis su bendrosios praktikos gydytoju prieš konsultuojantis su specialistu arba prieš gulantis į ligoninę, taip pat ir pacientams, norintiems gauti sveikatos priežiūros paslaugas kitoje valstybėje narėje, jeigu tokios sąlygos yra būtinos, proporcingos siekiamam tikslui ir nėra išskiriančios bei diskriminuojančios. Taigi yra tikslinga reikalauti, kad šios bendros sąlygos ir formalūs reikalavimai būtų taikomi objektyviai, skaidriai ir nediskriminuojant ir žinomi iš anksto, būtų pagrįsti visų pirma medicininiais motyvais ir nesudarytų papildomos naštos pacientams, norintiems gauti sveikatos priežiūros paslaugas kitoje valstybėje narėje, palyginti su pacientais, gaunantiems sveikatos priežiūros paslaugas valstybėje narėje, kurioje jie yra apdrausti, o sprendimai būtų priimami kaip įmanoma greičiau. Ši nuostata taikoma nepažeidžiant valstybių narių teisių nustatyti išankstinio leidimo kriterijus ar sąlygas, jeigu pacientai siekia gauti sveikatos priežiūros paslaugų valstybėje narėje, kurioje yra apdrausti.

(29) Bet kurios sveikatos priežiūros paslaugos, kurios nėra priskiriamos stacionariajai sveikatos priežiūrai pagal šios direktyvos nuostatas, turėtų būti laikomos nestacionariosios sveikatos priežiūros paslaugomis. Atsižvelgiant į Teisingumo Teismo praktiką dėl laisvo paslaugų judėjimo yra tikslinga nenustatyti reikalavimo dėl bet kokio išankstinio leidimo dėl kitoje valstybėje narėje suteiktų nestacionariosios sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimo iš valstybės narės, kurioje asmuo yra apdraustas, valstybinės socialinės apsaugos sistemos lėšų. Jeigu tokių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos kompensuojamos neviršijant pagal valstybės narės, kurioje pacientas apdraustas, sveikatos draudimo sistemą garantuojamo draudimo dydžio, išankstinio leidimo reikalavimo nebuvimas neturėtų pažeisti finansinės socialinės apsaugos sistemų pusiausvyros.

(30) Nėra nustatyta, kas sudaro stacionariąją sveikatos priežiūrą skirtingose Bendrijos sveikatos sistemose, o skirtingi aiškinimai gali sudaryti kliūtį pacientų laisvei gauti sveikatos priežiūros paslaugas. Siekiant panaikinti šią kliūtį būtina nustatyti Bendrijos stacionariosios sveikatos priežiūros sąvokos apibrėžtį. Stacionarioji sveikatos priežiūra paprastai reiškia sveikatos priežiūrą, kurią teikiant pacientas įstaigoje turi pasilikti nakčiai. Tačiau gali būti tikslinga tą patį stacionariosios sveikatos priežiūros režimą taikyti ir teikiant tam tikras kitas sveikatos priežiūros paslaugas, jeigu teikiant tokias sveikatos priežiūros paslaugas reikia naudotis labai specializuota ir daug išlaidų reikalaujančia medicinine infrastruktūra ar medicinos įranga (pvz., diagnostikai naudojami aukšto lygio technologijos skeneriai) arba reikia taikyti gydymą, kuris ypač rizikingas pacientui ar gyventojams (pvz., rimtos infekcinės ligos gydymas). Komisija

nustatys nuolat atnaujinamą tokių gydymo būdų sąrašą taikydama komitologijos procedūrą.

(31) Turimi duomenys rodo, kad taikant laisvo judėjimo principą sveikatos priežiūros paslaugų kitoje valstybėje narėje teikimo srityje ir neviršijant privalomojo sveikatos draudimo sistemos garantuojamo lygio valstybėje narėje, kurioje asmuo yra apdraustas, nebus pažeistas valstybių narių sveikatos sistemų ar jų socialinės apsaugos sistemų tvarumas. Tačiau Teisingumo Teismas pripažino, kad negalima atmesti galimybės, jog kilus pavojui, kad gali būti rimtai pažeista socialinės apsaugos sistemos finansinė pusiausvyra arba gali būti trukdoma įgyvendinti tikslą užtikrinti visiems prieinamas subalansuotas medicinines ir stacionariosios sveikatos priežiūros paslaugas, jis gali būti laikomas svaria visuotinės svarbos priežastimi, kuria galima pateisinti laisvės teikti paslaugas principo taikymo apribojimą. Teisingumo Teismas pripažino, kad turi būti įmanoma planuoti šiuos aspektus: ligoninių skaičių, jų geografinį pasiskirstymą, jų veiklos organizavimo pobūdį, joms teikiamą įrangą ir net ligoninėse teikiamų medicininių paslaugų pobūdį. Šioje direktyvoje turėtų būti nustatyta išankstinio leidimo sistema prisiimant kitoje valstybėje narėje suteiktų stacionariosios sveikatos priežiūros išlaidų padengimą, jeigu laikomasi šių sąlygų: jei sveikatos priežiūros paslauga būtų suteikta jos teritorijoje, jos išlaidos būtų apmokamos šios valstybės socialinio draudimo sistemos, o atitinkamas išvykstančių pacientų srautas dėl direktyvos įgyvendinimo rimtai pažeistų arba galėtų rimtai pažeisti valstybės socialinės apsaugos sistemos finansų pusiausvyrą ir (arba) tas pacientų srautas turėtų esminį poveikį arba galėtų turėti esminį poveikį ligoninių sektoriaus planavimo ir racionalizavimo veiklai, kuria siekiama išvengti lovų pertekliaus, išbalansuotų (galėtų išbalansuoti) stacionariosios sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, sukeltų (galėtų sukelti) nereikalingų logistikos ir finansines sąnaudų, apsunkintų (galėtų apsunkinti) subalansuotų medicininių ir ligoninių paslaugų teikimą visiems arba sumažintų (galėtų sumažinti) atitinkamos valstybės narės teritorijoje esančius sveikatos priežiūros paslaugų teikimo pajėgumus ar medicininę kompetenciją. Kadangi, norint įvertinti tikėtino išvykstančių pacientų srauto poveikį, reikalingos sudėtingos hipotezės ir skaičiavimai, direktyvoje leidžiama išankstinio leidimo sistema, jeigu yra pakankamai motyvų manyti, kad socialinės apsaugos sistemai bus padaryta didelė žala. Tai turėtų būti taikoma ir dabartinėms išankstinio leidimo sistemoms, kurios atitinka 8 straipsnyje nustatytas sąlygas.

(32) Visais atvejais, jeigu valstybė narė nusprendžia taikyti išankstinio leidimo sistemą dėl įsipareigojimo padengti kitose valstybėse narėse suteiktų stacionariosios ar specializuotos sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas laikantis šioje direktyvoje nustatytos tvarkos, tokių kitoje valstybėje narėje suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos turėtų būti kompensuojamos valstybėje narėje, kur asmuo yra apdraustas, tokiu lygiu, kuris atitiktų valstybėje narėje, kur asmuo yra apdraustas, suteiktų tokių pačių ar panašių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimo dydį, neviršijant faktinių gautų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų. Tačiau, jeigu įvykdytos Reglamento (EB) Nr. 1408/71 22 straipsnio 2 dalyje išdėstytos leidimo suteikimo sąlygos, leidimas turėtų būti suteiktas ir išmokos mokamos laikantis to reglamento nuostatų. Tai taikoma visų pirma tais atvejais, kai leidimas yra suteiktas po administracinio ar juridinio prašymo nagrinėjimo ir kai tas pateikęs prašymą asmuo gavo gydymo paslaugas kitoje valstybėje narėje. Tokiu atveju šios direktyvos 6, 7, 8 ir 9 straipsniai netaikomi. Tai atitinka Teisingumo Teismo praktiką; Teismas nurodė, kad pacientai, kuriems buvo atsisakyta suteikti leidimą, o vėliau atsisakymas pripažintas

nepagrįstu, turi teisę į gydymo paslaugų kitoje valstybėje narėje visų išlaidų padengimą laikantis valstybės narės, kurioje suteiktos gydymo paslaugos, nacionalinių teisės aktų nuostatų.

(33) Valstybių narių nustatytos procedūros dėl kitose valstybėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų turėtų suteikti pacientams objektyvumo, nediskriminavimo ir skaidrumo garantijas, kurios užtikrintų nacionalinių valdžios institucijų sprendimų priėmimą laiku ir atsižvelgiant į šiuos bendruosius principus ir individualias aplinkybes kiekvienu atveju. Tai taikoma ir faktiniam kitoje valstybėje narėje suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimui pacientui sugrįžus. Yra tikslinga, kad pacientai sprendimą dėl kitose valstybėse narėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų paprastai turėtų gauti per penkiolika kalendorinių dienų. Tačiau tas laikotarpis galėtų būti trumpesnis, jeigu tokio prašomo gydymo reikia skubiai. Visais atvejais 2005 m. rugsėjo 7 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyvoje 2005/36/EB dėl profesinių kvalifikacijų pripažinimo nustatytų pripažinimo procedūrų ir paslaugų teikimo taisyklių taikymui neturėtų daryti įtakos šios bendros taisyklės.

(34) Siekiant suteikti pacientams galimybę praktikoje naudotis savo teisėmis gauti sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse būtina teikti pacientams tinkamą informaciją visais svarbiausiais kitose valstybėse narėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų klausimais. Kai sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos kitose valstybėse, veiksmingiausia priemonė tokiai informacijai teikti yra įsteigti kiekvienoje valstybėje narėje kontaktinius centrus, į kuriuos pacientai galėtų kreiptis ir kurie galėtų teikti informaciją apie kitose valstybėse narėse teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas atsižvelgdami į padėtį tos valstybės narės sveikatos sistemoje. Kadangi sprendžiant su kitose valstybėse teikiama sveikatos priežiūra susijusius klausimus skirtingų valstybių narių valdžios institucijos turi bendradarbiauti tarpusavyje, šie kontaktiniai centrai turėtų sudaryti tinklą, per kurį tokie klausimai galėtų būti sprendžiami veiksmingiausiai. Šie kontaktiniai centrai turėtų bendradarbiauti vienas su kitu ir turėtų sudaryti pacientams galimybę informuotai pasirinkti sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse. Jie taip pat turėtų teikti informaciją apie esamas alternatyvas tuo atveju, kai kyla problemų dėl kitose valstybėse narėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų, visų pirma apie neteisminio tarptautinio pobūdžio ginčų nagrinėjimo sistemas.

(35) Jeigu pacientas gauna sveikatos priežiūros paslaugas valstybėje narėje, kuri nėra šalis, kurioje jis yra apdraustas, jis turi žinoti iš anksto, kokios taisyklės turi būti taikomos. Reikalingas aiškumas ir tada, kai sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai laikinai vyksta į kitą valstybę narę teikti medicinos paslaugų, ir kai sveikatos priežiūros paslauga teikiama kitoje valstybėje narėje. Šiais atvejais sveikatos priežiūros paslaugoms taikytinos taisyklės yra tos, kurios nustatytos valstybės narės, kurioje sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos, įstatymų laikantis 5 str. nustatytų bendrųjų principų atsižvelgiant į tai, kad pagal Sutarties 152 str. 5 dalį už sveikatos paslaugų ir medicinos pagalbos organizavimą ir teikimą atsakingos valstybės narės. Tai padės pacientui informuotai pasirinkti ir leis išvengti nesusipratimų bei klaidingo supratimo. Tai leis padidinti paciento ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo tarpusavio pasitikėjimą.

(36) Valstybės narės turėtų nuspręsti dėl tokių nacionalinių kontaktinių centrų formos ir skaičiaus. Nacionaliniai kontaktiniai centrai gali būti inkorporuoti ir į esamų informacinių centrų struktūrą arba būti steigiami jų veiklos pagrindu, jeigu bus aiškiai

nurodyta, kad informaciniai centrai yra ir nacionaliniai kitose valstybėse narėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kontaktiniai centrai. Nacionaliniai kontaktiniai centrai turėtų turėti tinkamas patalpas informacijai apie pagrindinius kitose valstybėse narėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų aspektus teikti ir prireikus teikti pacientams praktinei pagalbai. Komisija turėtų dirbti kartu su valstybėmis narėmis siekdama pagerinti bendradarbiavimą, susijusį su nacionaliniais kitose valstybėse narėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kontaktiniais centrais, įskaitant tinkamos informacijos teikimą Bendrijos lygiu, pavyzdžiui, panaudojant Europos sveikatos portalą. Nacionaliniai kontaktiniai centrai neturėtų trukdyti valstybėms narėms steigti kitus susijusius kontaktinius centrus regionų ar vietos lygiu atsižvelgiant į jų sveikatos priežiūros sistemos organizavimo ypatumus.

(37) Norint išnaudoti kitose valstybėse narėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų vidaus rinkos galimybes reikalingas įvairių valstybių narių paslaugų teikėjų, paslaugų pirkėjų ir reguliuojančių institucijų bendradarbiavimas nacionaliniu, regioniniu ar vietos lygiu siekiant užtikrinti saugias, kokybiškas ir veiksmingas pacientams iš kitų valstybių narių teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas. Tai ypač svarbu bendradarbiavimui pasienio regionuose, kai paslaugų teikimas kitoje valstybėje narėje gali būti veiksmingiausias sveikatos paslaugų teikimo organizavimo būdas vietos gyventojams, tačiau siekiant tvaraus paslaugų teikimo abipus sienos reikalingas skirtingų valstybių narių sveikatos sistemų bendradarbiavimas. Tokio bendradarbiavimo formos galėtų būti bendras planavimas, procedūrų ar standartų abipusis pripažinimas ar pritaikymas, atitinkamų nacionalinių informacinių ir ryšių technologijų sistemų sąveika, praktinės priemonės užtikrinti sveikatos priežiūros tęstinumui ar praktinė pagalba sveikatos priežiūros specialistams teikiant sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse laikinai ar nereguliariai. Direktyvoje 2005/36/EB dėl profesinių kvalifikacijų pripažinimo nustatyta, kad laisvas paslaugų teikimas laikinai ar nereguliariai, įskaitant sveikatos priežiūros specialistų teikiamas paslaugas, kitoje valstybėje narėje, reglamentuojamas specialių Bendrijos teisės aktų nuostatų, neturėtų būti ribojamas dėl jokių su profesinėmis kvalifikacijomis siejamų motyvų. Ši direktyva neturėtų pažeisti minėtų Direktyvos 2005/36/EB nuostatų.

(38) Komisija turėtų skatinti valstybių narių bendradarbiavimą šios direktyvos IV skyriuje nurodytose srityse ir pagal Sutarties 152 straipsnio 2 dalį gali, glaudžiai bendradarbiaudama su valstybėmis narėmis, imtis bet kokios naudingos iniciatyvos tokiam bendradarbiavimui skatinti ir palengvinti. Ypatingą dėmesį reikėtų skirti galimybei pasitelkti Europos teritorinio bendradarbiavimo grupę (ETBG).

(39) Kai vaistai yra registruoti paciento gyvenamoje valstybėje narėje pagal 2001 m. lapkričio 6 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyvą 2001/83/EB dėl Bendrijos kodekso, reglamentuojančio žmonėms skirtus vaistus[47], ir buvo išrašyti kitoje valstybėje narėje pacientu vadinamam asmeniui, iš esmės turėtų būti galima tokius receptus pripažinti medicinine prasme ir naudoti paciento gyvenamoje valstybėje narėje. Reglamentavimo ir administracinių barjerų tokiam pripažinimui pašalinimas nereiškia, kad nėra būtina kiekvienu atskiru atveju gauti tinkamą pacientą gydančio gydytojo ir vaistininko sutikimą, jeigu to reikia žmonių sveikatos apsaugai ir tai yra būtina ir proporcinga priemonė tam tikslui pasiekti. Toks medicininis pripažinimas

[47] OL L 311, 2001 11 28, p. 67. Direktyva su paskutiniais pakeitimais, padarytais Europos Parlamento ir Tarybos reglamentu (EB) Nr. 1901/2006 (OL L 378, 2006 12 27, p. 1).

neturėtų pažeisti ir valstybės narės, kurioje asmuo yra apdraustas, teisės spręsti tokių vaistų įtraukimo į socialinės apsaugos sistemos, kurioje asmuo yra apdraustas, kompensacijų sistemą. Įgyvendinti pripažinimo principą padės paciento saugos užtikrinimui reikalingų priemonių priėmimas ir vengimas neteisingai vartoti vaistus ar klaidinti dėl jų vartojimo.

(40) Europos pavyzdinių centrų tinklai turėtų teikti sveikatos priežiūros paslaugas visiems pacientams, kuriems gydyti atsižvelgiant į jų būklę reikia sutelkti itin daug išteklių ar žinių, siekdami suteikti prieinamas, kokybiškas ir ekonomiškai efektyvias sveikatos priežiūros paslaugas ir kartu galėtų būti medicinos mokymo ir mokslinių tyrimų, informacijos sklaidos ir vertinimo centrai. Reikėtų nustatyti Europos pavyzdinių centrų tinklų identifikavimo ir plėtojimo tvarką siekiant organizuoti Europos lygiu vienodai prieinamą visiems pacientams bei sveikatos priežiūros specialistams konkrečios medicinos srities aukšto lygio bendros ekspertizės sistemą.

(41) Kitose valstybėse narėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų technologiniai laimėjimai naudojant informacines ir ryšių technologijas gali sukelti neaiškumų dėl valstybių narių atsakomybės atliekant priežiūrą ir taip trukdyti laisvam sveikatos priežiūros paslaugų judėjimui bei kelti papildomų pavojų sveikatos apsaugai teikiant paslaugas tokiu būdu. Taikant informacines ir ryšių technologijas teikti sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse visoje Bendrijoje yra naudojami labai skirtingi ir nesuderinami formatai ir standartai, o tai sudaro kliūtis sveikatos priežiūros paslaugų teikimui kitose valstybėse narėse ir kelia galimus pavojus sveikatos apsaugos požiūriu. Todėl būtina siekti suderinimo šiose srityse Bendrijos mastu ir tai atlikti suteikiant Komisijai įgaliojimus priimti įgyvendinimo priemones siekiant leisti pakankamai greitai nustatyti ir atnaujinti atsakomybės ir standartų reglamentavimą šioje srityje, kad būtų atsižvelgiama į nuolatinę atitinkamų technologijų ir technikos pažangą.

(42) Įprastinė sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kitose valstybėse narėse statistika ir papildomi duomenys reikalingi visų sveikatos priežiūros paslaugų bei kitose valstybėse narėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingai stebėsenai, planavimui ir valdymui, o tokios statistikos ir duomenų rengimas turėtų būti įtraukti į esamas duomenų rinkimo sistemas, kad būtų galima tinkama stebėsena ir planavimas atsižvelgiant į kitose valstybėse teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, įskaitant atitinkamas Bendrijos lygio struktūras, tokias kaip Bendrijos statistikos sistema ir visų pirma Europos Parlamento ir Tarybos reglamentu (EB) Nr…./… dėl Bendrijos visuomenės sveikatos ir sveikatos bei saugos darbe statistikos [COM (2007)46], sveikatos informacinė sistema, nustatyta pagal sveikatos programą, patvirtintą 2002 m. rugsėjo 23 d. Europos Parlamento ir Tarybos sprendimu Nr. 1786/2002/EB priimančiu Bendrijos veiksmų 2003–2008 m. programą visuomenės sveikatos srityje[48], ir kiti stebėsenos veiksmai, pavyzdžiui, atliekami Europos ligų prevencijos ir kontrolės centro, įsteigto 2004 m. balandžio 21 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentu (EB) Nr. 851/2004, įsteigiančiu Europos ligų profilaktikos ir kontrolės centrą[49].

(43) Nuolatinė medicinos mokslo ir sveikatos technologijų pažanga yra kartu ir galimybė, ir iššūkis valstybių narių sveikatos sistemoms. Bendradarbiavimas vertinant naujas sveikatos technologijas gali padėti valstybėms narėms masto ekonomijos požiūriu ir

---

48 OL L 271, 2002 10 9, p. 1.

49 OL L 142, 2004 4 30, p. 1.

padėti išvengti pastangų dubliavimo bei pateikti geresnių įrodymų dėl optimalaus naujų technologijų naudojimo siekiant užtikrinti saugią, kokybišką ir veiksmingą sveikatos priežiūrą. Tai būtų naudinga ir vidaus rinkos požiūriu, nes būtų maksimaliai greitai ir didžiausiu galimu mastu diegiamos medicinos mokslo ir sveikatos srities technologijų inovacijos. Tokiam bendradarbiavimui reikia stabilių struktūrų, apimančių visas reikiamas valdžios institucijas visose valstybėse narėse ir sukurtų remiantis esamais bandomaisiais projektais.

(44) Šiai direktyvai įgyvendinti reikalingos priemonės turėtų būti priimamos pagal 1999 m. birželio 28 d. Tarybos sprendimą 1999/468/EB, nustatantį Komisijos naudojimosi jai suteiktais įgyvendinimo įgaliojimais tvarką[50].

(45) Visų pirma Komisijai turėtų būti suteikti įgaliojimai patvirtinti šias priemones: stacionariosios sveikatos priežiūros režimu teikiamų gydymo paslaugų, išskyrus tas, kurioms reikalingas paciento pasilikimas nakčiai, sąrašą; papildomas priemones, kad specifinės vaistų ar cheminių medžiagų kategorijos būtų išbrauktos iš receptų, išrašytų kitoje valstybėje narėje ir kurie gali būti pripažinti, kaip nustatyta šioje direktyvoje; specialių kriterijų ir sąlygų, kurias turi atitikti Europos pavyzdinių centrų tinklai, sąrašą; Europos pavyzdinių centrų tinklų sudarymo tvarką. Kadangi šios priemonės yra bendro pobūdžio ir skirtos šios direktyvos neesminėms nuostatoms iš dalies pakeisti arba papildyti direktyvą papildomomis naujomis neesminėmis nuostatomis, jos turėtų būti priimamos laikantis Sprendimo 1999/468/EB 5a straipsnyje numatytos reguliavimo procedūros su tikrinimu.

(46) Kadangi šios direktyvos tikslo, t. y. saugių, kokybiškų ir veiksmingų sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse Europos Sąjungoje bendros teisinės sistemos nustatymo, valstybės narės negali deramai pasiekti ir kadangi dėl šio veiksmo masto to tikslo būtų geriau siekti Bendrijos lygmeniu, laikydamasi Sutarties 5 straipsnyje nustatyto subsidiarumo principo Bendrija gali priimti priemones. Remiantis tame straipsnyje nustatytu proporcingumo principu, šioje direktyvoje nenumatoma daugiau nei būtina šiems tikslams pasiekti.

PRIĖMĖ ŠIĄ DIREKTYVĄ:

I SKYRIUS

BENDROSIOS NUOSTATOS

1 straipsnis

Tikslas

Šia direktyva nustatomi saugių, kokybiškų ir veiksmingų sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse bendrieji principai.

---

[50] OL L 184, 1999 7 17, p. 23. Sprendimas su paskutiniais pakeitimais, padarytais Sprendimu 2006/512/EB (OL L 200, 2006 7 22, p.11).

2 straipsnis

Taikymo sritis

Ši direktyva taikoma sveikatos priežiūrai, nepaisant to, kaip ji organizuota, vykdoma ir finansuojama, nei to, ar ji vieša, ar privati.

3 straipsnis

Ryšys su kitomis Bendrijos nuostatomis

1. Ši direktyva taikoma nepažeidžiant:

   a) Direktyvos 95/46/EB dėl asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo ir Direktyvos 2002/58/EB dėl asmens duomenų tvarkymo ir privatumo apsaugos elektroninių ryšių sektoriuje[51];

   b) 2004 m. kovo 31 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamento (EB) Nr. 726/2004, nustatančio Bendrijos leidimų dėl žmonėms skirtų ir veterinarinių vaistų išdavimo ir priežiūros tvarką ir įsteigiančio Europos vaistų agentūrą[52] ir Direktyvos 2001/83/EB dėl Bendrijos kodekso, reglamentuojančio žmonėms skirtus vaistus;

   c) 2001 m. balandžio 4 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos 2001/20/EB dėl valstybių narių įstatymų ir kitų teisės aktų, susijusių su geros klinikinės praktikos įgyvendinimu atliekant žmonėms skirtų vaistų klinikinius tyrimus, suderinimo[53];

   d) 1996 m. gruodžio 16 d. Europos Parlamento ir Tarybos Direktyvos 96/71/EB dėl darbuotojų komandiravimo paslaugų teikimo sistemoje[54];

   e) 2000 m. birželio 29 d. Tarybos Direktyvos 2000/43/EB, įgyvendinančios vienodo požiūrio principą asmenims nepriklausomai nuo jų rasės arba etninės priklausomybės;

   f) socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentų, visų pirma, 1971 m. birželio 14 d. Tarybos reglamento (EB) Nr. 1408/71 dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims ir jų šeimų nariams, judantiems Bendrijoje[55], 22 straipsnio ir 2004 m. balandžio 29 d. Europos

---

51 OL L 201, 2002 7 31, p. 37. Direktyva su paskutiniais pakeitimais, padarytais Direktyva 2006/24/EB (OL L 105, 2006 4 13, p. 54).

52 OL L 136, 2004 4 30, p. 1. Reglamentas su pakeitimais, padarytais Reglamentu (EB) Nr. 1901/2006 (OL L 378, 2006 12 27, p. 1).

53 OL L 121, 2001 5 1, p. 34.

54 OL L 18, 1997 1 21, p. 1.

55 OL L 149, 1971 7 5, p. 2. Reglamentas su paskutiniais pakeitimais, padarytais Reglamentu (EB) Nr. 1992/2006 (OL L 392, 2006 12 30, p. 4).

Parlamento ir Tarybos reglamento Nr. 883/2004 dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo[56].

g) 2006 m. liepos 5 d. Reglamento (EB) Nr. 1082/2006 dėl Europos teritorinio bendradarbiavimo grupės (ETBG)[57].

2. Jeigu vykdomos sąlygos, pagal kurias turi būti išduotas leidimas vykti į kitą valstybę narę atitinkamai gydytis, kaip nustatyta Reglamento (EB) Nr. 1408/71 22 straipsnyje, taikomos to reglamento nuostatos, o šios direktyvos 6, 7, 8 ir 9 straipsnių nuostatos netaikomos. Ir atvirkščiai – jeigu apdraustasis nori pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis kitoje valstybėje narėje kitomis sąlygomis, taikomi šios direktyvos 6, 7, 8 ir 9 straipsniai, o Tarybos reglamento (EB) Nr. 1408/71 22 straipsnis netaikomas. Tačiau jeigu vykdomos Reglamento (EB) Nr. 1408/71 22 straipsnio 2 dalyje išdėstytos leidimo išdavimo sąlygos, leidimas išduodamas ir išmokos mokamos laikantis to reglamento nuostatų. Tokiu atveju šios direktyvos 6, 7, 8 ir 9 straipsniai netaikomi.

3. Jeigu šios direktyvos nuostatos prieštarauja kito Bendrijos teisės akto, reglamentuojančio konkrečius sveikatos priežiūros aspektus, nuostatai, tuomet galioja kito Bendrijos teisės akto nuostata ir taikoma tomis atitinkamomis konkrečiomis aplinkybėmis. Tai yra šios programos ir iniciatyvos:

a) Direktyva 2005/36/EB dėl profesinių kvalifikacijų pripažinimo;

b) 2000 m. birželio 8 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2000/31/EB dėl kai kurių informacinės visuomenės paslaugų, ypač elektroninės komercijos, teisinių aspektų vidaus rinkoje[58].

4. Valstybės narės taiko šios direktyvos nuostatas laikydamosi EB sutarties teisės normų.

4 straipsnis

Apibrėžtys

Šioje direktyvoje taikomos tokios apibrėžtys:

a) „sveikatos priežiūra“ – sveikatos priežiūros paslauga, teikiama sveikatos priežiūros specialisto, atliekančio savo profesines pareigas nepaisant to, kaip ji organizuota, vykdoma ir finansuojama nacionaliniu lygmeniu, nei to, ar ji vieša, ar privati;

b) „sveikatos priežiūros paslaugos kitose valstybėse narėse“ – sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos kitoje valstybėje narėje nei ta, kurioje pacientas yra apdraustas, arba sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos kitoje valstybėje

---

56 OL L 166, 2004 4 30, p. 1.
57 OL L 210, 2006 7 31, p. 19.
58 OL L 178, 2000 7 17, p. 1.

narėje nei ta, kurioje gyvena, yra registruotas arba įsisteigęs sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas;

c) „naudojimasis sveikatos priežiūros paslaugomis kitoje valstybėje narėje“ – sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos kitoje valstybėje narėje nei ta, kurioje pacientas yra apdraustas;

d) „sveikatos priežiūros specialistas“ – medicinos gydytojas, bendrosios praktikos slaugytojas, gydytojas odontologas, akušeris arba vaistininkas, kaip apibrėžta Direktyvoje 2005/36/EB, arba kitos sveikatos priežiūros sektoriaus profesinės veiklos rūšys, kurios priskiriamos tik Direktyvos 2005/36/EB 3 straipsnio 1 dalies a punkte apibrėžtoms reglamentuojamoms profesijoms;

e) „sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas“ – fizinis arba juridinis asmuo, teisėtai teikiantis sveikatos priežiūros paslaugas valstybės narės teritorijoje;

f) „pacientas“ – fizinis asmuo, kuris gauna arba nori gauti sveikatos priežiūros paslaugų valstybėje narėje;

g) „apdraustasis“ – tai:

   i) iki Reglamento (EB) Nr. 883/2004 taikymo pradžios dienos: asmuo, apdraustas laikantis Reglamento (EB) Nr. 1408/71 1, 2 ir 4 straipsnių nuostatų,

   ii) nuo Reglamento (EB) Nr. 883/2004 taikymo pradžios dienos: asmuo, kuris yra apdraustasis kaip apibrėžta Reglamento (EB) Nr. 883/2004 1 straipsnio c punkte;

h) „valstybė narė, kurioje pacientas apdraustas“ – valstybė narė, kurioje pacientas yra apdraustas;

i) „valstybė narė, kurioje teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos“ – valstybė narė, kurios teritorijoje faktiškai teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos pacientams iš kitų valstybių narių;

j) „vaistas“ – vaistas, kaip apibrėžta Direktyvoje 2001/83/EB;

k) „receptas“ – gydytojo receptas, kaip apibrėžta Direktyvoje 2001/83/EB, taip pat receptai, išduodami ir perduodami elektroninėmis priemonėmis (e. receptai);

l) „žala“ – nepageidaujami reiškiniai arba sužeidimai, padaryti teikiant sveikatos priežiūros paslaugas.

II SKYRIUS

VALSTYBIŲ NARIŲ VALDŽIOS INSTITUCIJOS, ATSAKINGOS UŽ BENDRŲJŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRINCIPŲ LAIKYMĄSI

5 straipsnis

Valstybės narės, kurioje teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, valdžios institucijų atsakomybės sritys

1. Valstybės narės, kuriose teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, atsako už sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą ir teikimą. Tokiomis aplinkybėmis jos, paisydamos visuotinumo, galimybės naudotis geros kokybės sveikatos priežiūros paslaugomis, teisingumo ir solidarumo principų, aiškiai apibrėžia jų teritorijoje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės bei saugos standartus ir užtikrina, kad:

   a) būtų numatyti metodai, skirti užtikrinti, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai galėtų laikytis tokių standartų, atsižvelgiant į tarptautinį medicinos mokslą ir į bendrai pripažintą gerąją medicinos patirtį;

   b) būtų reguliariai stebima, kaip sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai taiko tokius standartus, o jeigu atitinkamų standartų nesilaikoma − būtų imamasi korekcinių veiksmų, atsižvelgiant į medicinos mokslo ir sveikatos srities technologijų pažangą;

   c) sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai pateiktų visą svarbią informaciją, kad pacientai galėtų pasirinkti paslaugas ja remdamiesi, visų pirma, informaciją apie galimybes pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis, teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kainas ir rezultatus, apie jų draudimo apsaugą ar kitokius asmeninės arba kolektyvinės apsaugos būdus profesinės atsakomybės atžvilgiu;

   d) pacientai turėtų galimybę pateikti skundą, ir būtų užtikrinti teisės gynimo būdai bei kompensacija, jeigu jiems naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis padaryta žala;

   e) profesinės atsakomybės draudimo sistemos atitiktų rizikos pobūdį ir dydį arba suteiktų garantiją ar panašų susitarimą, atitinkančius jų paskirtį arba iš esmės jam prilygstančius ir atitinkančius jų teritorijoje teikiamo gydymo rizikos pobūdį ir dydį;

   f) pagrindinė teisė į privatumą tvarkant asmens duomenis būtų apsaugota pagal nacionalines priemones, įgyvendinančias Bendrijos nuostatas dėl asmens duomenų apsaugos, visų pirma − Direktyvas 95/46/EB ir 2002/58/EB;

   g) pacientai iš kitų valstybių narių traktuojami vienodai su valstybės narės, kurioje teikiama sveikatos priežiūros paslauga, gyventojais, įskaitant apsaugą

nuo diskriminavimo pagal galiojančius Bendrijos ir nacionalinius valstybės narės, kurioje teikiama sveikatos priežiūros paslauga, teisės aktus.

2. Visose priemonėse, kurių valstybės narės imsis šiam straipsniui įgyvendinti, atsižvelgiama į Direktyvos 2005/36/EB dėl profesinių kvalifikacijų pripažinimo ir Direktyvos 2000/31/EB dėl kai kurių informacinės visuomenės paslaugų, ypač elektroninės komercijos, teisinių aspektų vidaus rinkoje nuostatas.

3. Jeigu būtina supaprastinti sveikatos priežiūros paslaugų kitoje valstybėje teikimą, Komisija, bendradarbiaudama su valstybėmis narėmis, parengia gaires, kurių pagrindas – aukštas sveikatos apsaugos lygis, skirtas padėti įgyvendinti 1 dalies nuostatas.

III SKYRIUS

NAUDOJIMASIS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOMIS KITOJE VALSTYBĖJE NARĖJE

6 straipsnis

Kitoje valstybėje narėje teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos

1. Jeigu taikomos šios direktyvos nuostatos, ypač 7, 8 ir 9 straipsniai, valstybė narė, kurioje pacientas apdraustas, užtikrina, kad apdraustajam, vykstančiam į kitą valstybę narę gauti sveikatos priežiūros paslaugų arba norinčiam gauti kitoje valstybėje narėje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų, nebūtų kliudoma gauti kitoje valstybėje narėje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų, jeigu aptariamas gydymas kompensuojamas pagal valstybės narės, kurioje pacientas apdraustas, teisės aktus. Valstybė narė, kurioje pacientas apdraustas, kompensuoja visas apdraustojo išlaidas, kurios būtų kompensuojamos iš jo šalies įstatymų nustatytos socialinės apsaugos sistemos lėšų, jeigu tokios ar panašios sveikatos priežiūros paslaugos būtų suteiktos tos šalies teritorijoje. Bet kuriuo atveju valstybė narė, kurioje pacientas yra apdraustas, sprendžia, kokios sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos yra kompensuojamos, nepaisant to, kur tos paslaugos teikiamos.

2. Valstybė narė, kurioje pacientas apdraustas, kompensuoja kitoje valstybėje narėje suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas laikydamasi šios direktyvos nuostatų taip, kaip būtų kompensuojamos valstybėje narėje, kurioje asmuo yra apdraustas, suteiktų tokių pačių ar panašių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos, neviršijant faktinių sveikatos priežiūros paslaugų, kuriomis pasinaudota, išlaidų.

3. Valstybė narė, kurioje pacientas apdraustas, pacientui, norinčiam gauti kitoje valstybėje narėje teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, gali taikyti tokias pačias sveikatos priežiūros paslaugų gavimo ir išlaidų kompensavimo sąlygas, tinkamumo kriterijus ir reglamentavimo bei administracinius formalumus, kokie būtų taikomi teikiant tokias pačias ar panašias sveikatos priežiūros paslaugas jos teritorijoje, jeigu

tos sąlygos ir formalumai nėra diskriminaciniai ir nekliudo laisvam asmenų judėjimui.

4. Valstybės narės turi turėti metodą apskaičiuoti išlaidoms, kurios apdraustiesiems, pasinaudojusiems sveikatos priežiūros paslaugomis kitoje valstybėje narėje, turi būti kompensuojamos iš įstatymų nustatytos socialinio draudimo sistemos lėšų. Šis metodas turi būti pagrįstas objektyviais, nediskriminaciniais ir iš anksto žinomais kriterijais, o pagal šį metodą turi būti kompensuojama ne mažiau išlaidų, nei būtų kompensuojama, jei tokios pačios ar panašios sveikatos priežiūros paslaugos būtų suteiktos valstybės narės, kurioje asmuo yra apdraustas, teritorijoje.

5. Pacientams, vykstantiems į kitą valstybę narę gauti sveikatos priežiūros paslaugų arba norintiems gauti kitoje valstybėje narėje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų, turi būti užtikrinta galimybė susipažinti su savo medicininiais dokumentais pagal nacionalines priemones, įgyvendinančias Bendrijos nuostatas dėl asmens duomenų apsaugos, visų pirma − Direktyvas 95/46/EB ir 2002/58/EB.

7 straipsnis

Nestacionarioji sveikatos priežiūra

Valstybė narė, kurioje pacientas apdraustas, nekelia sąlygos gauti išankstinį leidimą, kad kompensuotų nestacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas, jeigu tos priežiūros paslaugų išlaidos būtų apmokėtos iš tos valstybės socialinės apsaugos sistemos lėšų, tokias paslaugas suteikus tos šalies teritorijoje.

8 straipsnis

Stacionarioji sveikatos priežiūra ir specializuota sveikatos priežiūra

1. Šioje direktyvoje kitoje valstybėje suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimo požiūriu stacionarioji sveikatos priežiūra yra:

   a) sveikatos priežiūra, kai reikalingas paciento, kuriam teikiama paslauga, pasilikimas bent vienai nakčiai;

   b) sveikatos priežiūra, įtraukta į specialų sąrašą, kai nėra reikalingas paciento pasilikimas bent vienai nakčiai. Šis sąrašas apima:

   - sveikatos priežiūros paslaugas, kai reikia naudotis labai specializuota ir išlaidoms imlia medicinos infrastruktūra ar medicinos įranga; arba

   - sveikatos priežiūros paslaugas, kai gydymas yra ypač pavojingas pacientui ar gyventojams.

2. Šį sąrašą sudaro ir gali nuolat atnaujinti Komisija. Tokios priemonės, skirtos šios direktyvos neesminėms nuostatoms iš dalies pakeisti ją papildant, priimamos laikantis 19 straipsnio 3 dalyje nurodytos reguliavimo procedūros su tikrinimu.

3. Valstybė narė, kurioje pacientas apdraustas, gali nustatyti išankstinio leidimo stacionariosios sveikatos priežiūros paslaugų, suteiktų kitoje valstybėje narėje, išlaidų kompensavimo savo socialinės apsaugos lėšomis sistemą, jeigu laikomasi šių sąlygų:

   a) jeigu sveikatos priežiūros paslaugos būtų suteiktos jos teritorijoje, jų suteikimo išlaidos pagal tos valstybės socialinės apsaugos sistemą būtų kompensuotos; bei

   b) sistemos tikslas yra reglamentuoti išvykstančių įgyvendinant šį straipsnį pacientų srautą ir išvengti, kad nebūtų rimtai pažeista arba negalėtų būti rimtai pažeista:

      i) valstybės narės socialinės apsaugos sistemos finansų pusiausvyra; ir (arba)

      ii) ligoninių sektoriaus planavimo ir racionalizavimo veikla, kuria siekiama išvengti ligoninių lovų pertekliaus, nebūtų išbalansuota stacionariosios sveikatos priežiūros paslaugų pasiūla ir sukeltos nereikalingos logistikos ir finansinės sąnaudos, nebūtų apsunkintas visiems prieinamų subalansuotų medicinos ir ligoninių paslaugų teikimas arba nesumažėtų sveikatos priežiūros pajėgumai ar medicininė kompetencija atitinkamos valstybės narės teritorijoje.

4. Išankstinių leidimų sistemoje turi būti numatyta tik tai, kas būtina tokiam poveikiui išvengti, turi būti proporcinga ir neturi tapti savavališka diskriminavimo priemone.

5. Valstybė narė viešai skelbia visą reikiamą informaciją apie išankstinių leidimų sistemas, nustatytas pagal 3 dalį.

9 straipsnis

Naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis kitoje valstybėje narėje procedūrinės garantijos

1. Valstybė narė, kurioje pacientas apdraustas, užtikrina, kad administracinės procedūros, susijusios su naudojimusi sveikatos priežiūros paslaugomis kitoje valstybėje narėje, kai reikalaujama bet kokio išankstinio leidimo, nurodyto 8 straipsnio 3 dalyje, kitoje valstybėje narėje gautų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimu ir kitomis 6 straipsnio 3 dalyje nurodytomis sąlygomis bei formalumais būtų pagrįstos iš anksto paskelbtais objektyviais ir nediskriminaciniais kriterijais, kurie yra būtini ir proporcingi tikslui pasiekti. Tačiau bet kuris apdraustasis visada turės teisę gauti išankstinį leidimą pagal reglamentus dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo, nurodytus 3.1 str. f punkte, jeigu bus laikomasi Reglamento 1408/71 22.1 str. c punkto ir 22.2 str. sąlygų.

2. Bet kuri procedūrinė sistema turi būti lengvai prieinama ir pajėgi užtikrinti, kad paraiškos būtų tvarkomos objektyviai ir nešališkai, laikantis terminų, kuriuos nustato ir iš anksto skelbia valstybės narės.

3. Valstybės narės iš anksto ir skaidriai apibrėžia atsisakymo suteikti 8 straipsnio 3 dalyje nurodytą išankstinį leidimą kriterijus.

4. Valstybės narės, nustatydamos paraiškų dėl naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis kitoje valstybėje narėje tvarkymo laikotarpius, atsižvelgia į:

   a) konkrečią sveikatos būklę,

   b) paciento kenčiamą skausmą,

   c) paciento negalios pobūdį, ir

   d) paciento gebėjimą užsiimti profesine veikla.

5. Valstybės narės užtikrina, kad visi administraciniai sprendimai dėl naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis kitoje valstybėje narėje būtų peržiūrimi administracine tvarka ir kad šiuos sprendimus būtų galima apskųsti teismui ir numatyti laikinąsias priemones.

10 straipsnis

Informacija pacientams apie naudojimąsi sveikatos priežiūros paslaugomis kitoje valstybėje narėje

1. Valstybė narė, kurioje pacientas apdraustas, užtikrina, kad būtų numatytos priemonės pacientams paprašius teikti informaciją apie sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse ir apie terminus bei sąlygas, kurios būtų taikomos, *inter alia*, kai teikiant sveikatos priežiūros paslaugas kitoje valstybėje narėje padaroma žala.

2. Turi būti sudarytos galimybės lengvai, taip pat elektroninėmis priemonėmis, gauti 1 dalyje nurodytą informaciją, įskaitant informaciją apie paciento teises, procedūras, taikomas norint pasinaudoti tomis teisėmis ir apie apskundimo bei žalos atlyginimo sistemas, jeigu pacientui neleidžiama pasinaudoti šiomis teisėmis.

3. Komisija, laikydamasi 19 straipsnio 2 dalyje nurodytos tvarkos, gali parengti standartinę Bendrijos formą, skirtą išankstinei 1 dalyje nurodytai informacijai.

11 straipsnis

Kitoje valstybėje narėje teikiamoms sveikatos priežiūros paslaugoms taikytinos taisyklės

1. Kai sveikatos priežiūros paslauga teikiama kitoje valstybėje narėje nei ta, kurioje pacientas yra apdraustasis, arba kitoje valstybėje narėje nei ta, kurioje sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas reziduoja, yra registruotas arba įsisteigęs, ši sveikatos priežiūros paslauga yra teikiama pagal valstybės narės, kurioje ji yra teikiama, įstatymus laikantis 5 straipsnio.

2. Šis straipsnis nėra taikomas profesinių kvalifikacijų pripažinimo atvejais.

12 straipsnis

Sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse nacionaliniai kontaktiniai centrai

1. Valstybės narės skiria sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse nacionalinius kontaktinius centrus ir praneša Komisijai jų pavadinimus bei kontaktinius duomenis.

2. Valstybės narės, kurioje pacientas apdraustas, nacionalinis kontaktinis centras, glaudžiai bendradarbiaudamas su kitomis kompetentingomis nacionalinėmis institucijomis ir kitų valstybių narių − visų pirma su valstybės narės, kurioje teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, − kontaktiniais centrais bei su Komisija:

   a) teikia ir platina informaciją pacientams apie jų teises, susijusias su sveikatos priežiūros paslaugomis kitose valstybėse, apie kokybės bei saugos garantijas, asmens duomenų apsaugą, skundų teikimo bei nagrinėjimo tvarką ir žalos, padarytos teikiant sveikatos priežiūros paslaugas kitoje valstybėje narėje, atlyginimo būdus ir apie taikomas taisykles bei sąlygas;

   b) padeda pacientams ginti savo teises ir, jeigu teikiant sveikatos priežiūros paslaugas kitoje valstybėje narėje padaryta žala, siekti, kad ji būtų atlyginta; nacionalinis kontaktinis centras pirmiausia informuoja pacientus apie ginčų sprendimo galimybes, padeda konkrečiu atveju nustatyti tinkamą neteisminio ginčų sprendimo sistemą ir prireikus padeda pacientams stebėti jų ginčo sprendimą;

   c) kaupia išsamią informaciją apie nacionalines įstaigas, tvarkančias neteisminius ginčų sprendimus, ir padeda bendradarbiauti su tomis įstaigomis;

   d) padeda rengti tarptautinę neteisminių ginčų, kylančių dėl sveikatos priežiūros paslaugų kitoje valstybėje, sprendimų sistemą;

3. Komisija, laikydamasi 19 straipsnio 2 dalyje nurodytos tvarkos, patvirtina:

   a) priemones, būtinas šiame straipsnyje numatytų nacionalinių kontaktinių centrų tinklui valdyti;

   b) duomenų, kurie turi būti kaupiami ir kuriais turi būti mainomasi tinkle, pobūdį ir rūšį;

   c) šio straipsnio 2 dalies a punkte numatytos informacijos pacientams gaires.

IV SKYRIUS

BENDRADARBIAVIMAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KLAUSIMAIS

13 straipsnis

Pareiga bendradarbiauti

1. Valstybės narės suteikia viena kitai savitarpio pagalbą, būtiną šiai direktyvai įgyvendinti.

2. Valstybės narės padeda bendradarbiauti regionų ir vietos lygmeniu sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse srityje, taip pat naudojant informacines ir ryšių technologijas, laikinai arba nereguliariai teikiant sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse ir skatina kitus tarpvalstybinio bendradarbiavimo būdus.

14 straipsnis

Kitoje valstybėje narėje išduotų receptų pripažinimas

1. Jeigu vaistas yra registruotas prekiauti valstybių teritorijoje pagal Direktyvos 2001/83/EB 6 straipsnio 1 dalį, valstybės narės užtikrina, kad receptai, išduoti tą teisę turinčio daryti asmens kitoje valstybėje narėje konkrečiam pacientui, galėtų būti naudojami jų teritorijoje ir kad draudžiami bet kokie individualių receptų pripažinimo apribojimai, išskyrus jei:

   a) yra būtini ir proporcingi žmonių sveikatai saugoti ir nėra diskriminuojantys arba

   b) yra grindžiami teisėtomis ir pagrįstomis abejonėmis dėl individualaus recepto autentiškumo ar turinio.

2. Kad palengvintų 1 dalies nuostatų įgyvendinimą Komisija priima:

   a) priemones, leidžiančias vaistininkams ar kitiems sveikatos priežiūros specialistams patikrinti recepto autentiškumą ir tai, ar kitoje valstybėje narėje jį išdavė įgaliotas asmuo, − ji parengia Bendrijos recepto formą ir remia e. receptų sistemos sąveiką;

   b) priemones, skirtas užtikrinti, kad vaistai, kuriems receptas išduotas vienoje valstybėje narėje ir kurie parduodami kitoje valstybėje, būtų tinkamai pažymėti ir kad informacija apie vaistą pacientams būtų suprantama;

c) priemones, skirtas tam, kad siekiant užtikrinti visuomenės sveikatos saugą receptai tam tikrų kategorijų vaistams prireikus nebūtų pripažįstami, kaip numatyta šiame straipsnyje.

3. 2 dalies a ir b punktuose numatytos priemonės tvirtinamos laikantis 19 straipsnio 2 dalyje nurodytos reguliavimo procedūros. 2 dalies c punkte nurodytos priemonės, skirtos šios direktyvos neesminėms nuostatoms iš dalies pakeisti ją papildant, priimamos laikantis 19 straipsnio 3 dalyje nurodytos reguliavimo procedūros su tikrinimu.

4. 1 dalis netaikoma vaistams, kuriems reikia specialaus gydytojo recepto, kaip numatyta Direktyvos 2001/83/EB 71 straipsnio 2 dalyje.

15 straipsnis

Europos pavyzdinių centrų tinklai

1. Valstybės narės padeda kurti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų Europos pavyzdinių centrų tinklus. Prie šių tinklų bet kada gali prisijungti nauji sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, jeigu jie atitinka visas sąlygas ir kriterijus.

2. Europos pavyzdinių centrų tinklų tikslas:

a) padėti įgyvendinti bendradarbiavimo Europos mastu galimybes itin specializuotos pacientų sveikatos priežiūros ir sveikatos priežiūros sistemų srityje panaudojant medicinos mokslo naujoves ir sveikatos srities technologijas;

b) padėti suteikti daugiau galimybių pasinaudoti kokybiškomis ir ekonomiškai veiksmingomis sveikatos priežiūros paslaugomis visiems pacientams, kuriems gydyti atsižvelgiant į jų sveikatos būklę reikia sutelkti daug išteklių ar žinių;

c) ekonomiškai kuo veiksmingiau panaudoti išteklius sutelkiant juos ten, kur jų reikia;

d) padėti dalytis žiniomis ir mokyti sveikatos priežiūros specialistus;

e) nustatyti kokybės bei saugos rodiklius ir padėti kaupti bei skleisti gerąją patirtį pačiame tinkle ir už jo ribų;

f) padėti valstybėms narėms, kuriose nėra pakankamai atitinkamos sveikatos būklės pacientų arba stinga technologijų ar žinių, teikti visas itin specializuotas geriausios kokybės paslaugas.

3. Komisija patvirtina:

a) konkrečių kriterijų ir sąlygų, kuriuos turi atitikti Europos pavyzdinių centrų tinklai, sąrašą, įskaitant sąlygas ir kriterijus, keliamus sveikatos priežiūros paslaugų teikėjui, norinčiam prisijungti prie Europos pavyzdinių centrų tinklų, siekiant užtikrinti, kad Europos pavyzdinių centrų tinklai, visų pirma:

i) būtų pajėgūs diagnozuoti ligas, stebėti ir administruoti pacientus ir prireikus galėtų įrodyti gerus rezultatus;

ii) būtų pajėgūs teikti svarbias paslaugas ir užtikrinti, kad teikiamų paslaugų kokybė visada būtų gera;

iii) būtų pajėgūs teikti ekspertų konsultacijas, nustatyti arba patvirtinti diagnozę, nustatyti gerosios patirties gaires ir jų laikytis, įgyvendinti rezultatų vertinimo priemones bei atlikti kokybės kontrolę;

iv) galėtų įrodyti, kad laikosi daugiadalykio požiūrio;

v) turėtų aukšto lygio kompetencijos bei patirties, kurias galėtų pagrįsti publikacijomis, fondais arba garbės vardais ir lavinimo bei profesinio mokymo veikla;

vi) aktyviai dalyvautų moksliniuose tyrimuose;

vii) dalyvautų epidemiologinės priežiūros veikloje, pavyzdžiui, naudojant registrus;

viii) turėtų glaudžių ryšių su kitais nacionalinio ir tarptautinio lygmens ekspertų centrais bei tinklais, su jais bendradarbiautų ir būtų pajėgūs sudaryti tinklus;

ix) turėtų glaudžių ryšių su pacientų asociacijomis, jei tokių yra, ir su jomis bendradarbiautų.

b) Europos pavyzdinių centrų tinklų sudarymo tvarką.

4. 3 dalyje nurodytos priemonės, skirtos šios direktyvos neesminėms nuostatoms iš dalies pakeisti ją papildant, priimamos laikantis 19 straipsnio 3 dalyje nurodytos reguliavimo procedūros su tikrinimu.

16 straipsnis

E. sveikata

Komisija, laikydamasi 19 straipsnio 2 dalyje nurodytos tvarkos, nustato konkrečias priemones, būtinas informacinių ir ryšių technologijų sistemų sąveikai sveikatos priežiūros srityje pasiekti, jeigu valstybės narės nusprendžia diegti tokias priemones. Nustatant šias priemones atsižvelgiama į sveikatos srities technologijų bei medicinos mokslo raidą ir paisoma pagrindinės teisės į asmens duomenų apsaugą pagal taikomus teisės aktus. Šiose priemonėse turi būti visų pirma apibrėžti būtini atitinkamų informacinių ir ryšių technologijų sistemų sąveikos standartai ir terminai, kad būtų užtikrintas saugus, kokybiškas ir veiksmingas sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse teikimas.

17 straipsnis

Bendradarbiavimas naujųjų sveikatos srities technologijų valdymo klausimais

1. Valstybės narės palengvina tinklų, siejančių už sveikatos srities technologijų vertinimą atsakingas nacionalines valdžios institucijas ar įstaigas, kūrimą ir jų veiklą.

2. Sveikatos srities technologijų vertinimo tinklo užduotys:

   a) remti nacionalinių valdžios institucijų ar įstaigų bendradarbiavimą;

   b) padėti teikti objektyvią, patikimą, laiku pateikiamą, skaidrią ir lengvai perduodamą informaciją apie trumpalaikį ir ilgalaikį sveikatos srities technologijų efektyvumą ir leisti nacionalinėms valdžios institucijoms ar įstaigoms veiksmingai keistis šia informacija.

3. Valstybės narės skiria tinklams priklausančias valdžios institucijas ar įstaigas, kaip nurodyta 1 dalyje, ir praneša Komisijai šių institucijų ar įstaigų pavadinimus bei kontaktinius duomenis.

4. Komisija, laikydamasi 19 straipsnio 2 dalyje nurodytos tvarkos, nustato priemones, būtinas šiam tinklui įkurti ir valdyti, ir nurodo informacijos, kuria reikia keistis, pobūdį ir rūšį.

18 straipsnis

Duomenų rinkimas statistikai ir stebėsenai

1. Valstybės narės kaupia stebėsenai reikalingus statistinius ir kitus papildomus duomenis apie sveikatos priežiūros paslaugų teikimą kitose valstybėse narėse, suteiktas priežiūros paslaugas, tokių paslaugų teikėjus ir pacientus, išlaidas ir rezultatus. Tokie jų kaupiami duomenys yra sveikatos priežiūros duomenų kaupimo sistemos dalis pagal nacionalinius ir Bendrijos teisės aktus, kuriais reglamentuojamas statistinių duomenų kaupimas ir asmens duomenų apsauga.

2. Valstybės narės 1 dalyje nurodytus duomenis bent kartą per metus perduoda Komisijai, išskyrus pagal Direktyvą 2005/36/EB surinktus duomenis.

3. Nepažeisdama Bendrijos statistikos programos ir Europos Parlamento ir Tarybos reglamento (EB) Nr. .../... dėl Bendrijos statistikos apie visuomenės sveikatą ir darbuotojų sveikatą bei saugą [COM (2007) 46 galutinis] patvirtintų įgyvendinimo priemonių, Komisija, laikydamasi 19 straipsnio 2 dalyje nurodytos tvarkos, patvirtina šio straipsnio įgyvendinimo priemones.

V SKYRIUS

ĮGYVENDINIMO PRIEMONĖS IR BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

19 straipsnis

Komitetas

1. Komisijai padeda iš valstybių narių atstovų sudarytas komitetas, kuriam pirmininkauja Komisijos atstovas.

2. Darant nuorodą į šią dalį, taikomi Sprendimo 1999/468/EB 5 ir 7 straipsniai atsižvelgiant į minėto sprendimo 8 straipsnio nuostatas. Sprendimo 1999/468/EB 5 straipsnio 6 dalyje nustatytas laikotarpis yra 3 mėnesiai.

3. Jeigu daroma nuoroda į šią dalį, taikomos Sprendimo 1999/468/EB 5a straipsnio 1–4 dalys ir 7 straipsnis, atsižvelgiant į jo 8 straipsnį.

20 straipsnis

Ataskaitos

Komisija per penkerius metus nuo 22 straipsnio 1 dalyje nustatytos datos parengia šios direktyvos veikimo ataskaitą ir pateikia ją Europos Parlamentui ir Tarybai.

Šiuo tikslu, nepažeisdamos 22 straipsnio, valstybės narės praneša Komisijai apie bet kurias priemones, kurių jos ėmėsi, pakeitė ar paliko siekdamos įgyvendinti 8 ir 9 straipsniuose nustatytas procedūras.

21 straipsnis

Nuorodos į kitus teisės aktus

Nuo 2004 m. balandžio 29 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamento (EB) Nr. 883/2004 dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo[59] taikymo pradžios:

- šioje direktyvoje teikiamos nuorodos į Tarybos reglamentą 1408/71/EB laikomos nuorodomis į Reglamentą 883/2004;

- šioje direktyvoje teikiamos nuorodos į Tarybos reglamento 1408/71/EB 22 straipsnį laikomos nuorodomis į Reglamento 883/2004 20 straipsnį.

---

[59] OL L 166, 2004 4 30, p. 1.

22 straipsnis

Perkėlimas į nacionalinę teisę

Valstybės narės priima įstatymus ir kitus teisės aktus, kurie, įsigalioję iki ... [vieneri metai nuo šios direktyvos įsigaliojimo], įgyvendina šią direktyvą.

Jos nedelsdamos pateikia Komisijai tų nuostatų tekstus ir tų nuostatų bei šios direktyvos atitikmenų lentelę.

Valstybės narės, priimdamos šiuos teisės aktus, daro jose nuorodą į šią direktyvą arba tokia nuoroda daroma juos oficialiai skelbiant. Valstybės narės nustato tokios nuorodos darymo tvarką.

23 straipsnis

Įsigaliojimas

Ši direktyva įsigalioja dvidešimtą dieną po jos paskelbimo *Europos Sąjungos oficialiajame leidinyje*.

24 straipsnis

Adresatai

Ši direktyva skirta valstybėms narėms.

Priimta Briuselyje, [....]

Europos Parlamento vardu	*Tarybos vardu*
Pirmininkas	*Pirmininkas*
[...]	*[...]*

FINANSINĖ TEISĖS AKTO PASIŪLYMO PAŽYMA

1. PASIŪLYMO PAVADINIMAS:

Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos dėl pacientų teisių į sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse įgyvendinimo pasiūlymas

2. VALDYMO IR BIUDŽETO SUDARYMO PAGAL VEIKLOS RŪŠIS SISTEMA

Visuomenės sveikata

3. BIUDŽETO EILUTĖS

3.1. Biudžeto eilutės (veiklos eilutės ir atitinkamos techninės bei administracinės pagalbos eilutės (buvusios BA eilutės)) su pavadinimais:

XX0101: pareigūnų atlyginimai

XX010211: komiteto išlaidų apmokėjimas

3.2. Priemonės ir jos finansinio poveikio trukmė:

Nuo 2009 m., trukmė nenustatyta

Šis biudžetas skirtas šioms būsimojo Sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse komiteto, kuris bus įsteigtas, kaip numatoma šioje direktyvoje, Parlamentui ir Tarybai ją priėmus, išlaidoms padengti:

2 administratoriai (visos darbo dienos ekvivalentai) po 117 000 EUR (pagal specialiąsias gaires) komitologijos procedūrai remti.

Plenarinės sesijos, kurioje dalyvaus po vieną 27 valstybių narių atstovą, išlaidos. 10 numatytų posėdžių per metus, kiekvieno vertė 20 000 EUR. Dabartinę posėdžiams skirtą išlaidų sumą ir posėdžių dažnumą gali tekti keisti, atsižvelgiant į galutinę direktyvos versiją, kurią priims Taryba ir Parlamentas, ir į reikiamas komitologijos sistemas.

3.3. Biudžeto ypatybės:

Biudžeto eilutė	Išlaidų rūšis		Nauja	ELPA įnašas	Šalių kandidačių įnašai	Finansinės perspektyvos išlaidų kategorija
XX 0101	PI	NDA[60]	NE	NE	NE	**5**

[60] Nediferencijuoti asignavimai.

XX 010211	NPI	NDA[61]	NE	NE	NE	**5**

[61] Nediferencijuoti asignavimai.

4. IŠTEKLIŲ APŽVALGA

4.1. Finansiniai ištekliai

4.1.1. Įsipareigojimų asignavimų (ĮA) ir mokėjimų asignavimų (MA) suvestinė

Mln. eurų (tūkstantųjų tikslumu)

Išlaidų rūšis	Skirsnio Nr.		2009	n + 1	n + 2	n + 3	n + 4	n + 5 ir vėliau	Iš viso
Veiklos išlaidos[62]									
Įsipareigojimų asignavimai (ĮA)	8.1.	a							
Mokėjimų asignavimai (MA)		b							
Administracinės išlaidos, įskaičiuotos į orientacinę sumą[63]									
Techninė ir administracinė pagalba (NDIF)	8.2.4.	c							
ORIENTACINĖ SUMA IŠ VISO									
Įsipareigojimų asignavimai		a+c							
Mokėjimų asignavimai		b+c							
Į orientacinę sumą <u>neįskaičiuotos</u> administracinės išlaidos[64]									
Žmogiškieji ištekliai ir susijusios išlaidos (NDIF)	8.2.5.	d	0.234	0.234	0.234	0.234	0.234	0.234	1.404
Žmogiškiesiems ištekliams ir susijusioms išlaidoms nepriskiriamos administracinės išlaidos, neįskaičiuotos į orientacinę sumą (NDIF)	8.2.6.	e	0.200	0.200	0.200	0.200	0.200	0.200	1.200
Iš viso orientacinių priemonės finansinių išlaidų									
Iš viso ĮA, įskaitant išlaidas žmogiškiesiems ištekliams		a+c+d+e	0.234	0.234	0.234	0.234	0.234	0.234	1.404
Iš viso MA, įskaitant išlaidas žmogiškiesiems ištekliams		b+c+d+e	0.200	0.200	0.200	0.200	0.200	0.200	1.200

62 Išlaidos, nepriklausančios atitinkamos xx antraštinės dalies xx 01 skyriui.
63 Išlaidos pagal xx antraštinės dalies xx 01 04 straipsnį.
64 Išlaidos pagal xx 01 skyrių, nepriskiriamos xx 01 04 arba xx 01 05 straipsniams.

Informacija apie bendrą finansavimą: netaikoma

Jeigu numatoma, kad pasiūlymą bendrai finansuos kelios valstybės narės arba kitos įstaigos (nurodyti kokios), toliau pateiktoje lentelėje reikėtų nurodyti tokio bendro finansavimo dalies įvertinimą (jei numatoma, kad bendrai finansuos kelios skirtingos įstaigos, galima pridėti papildomų eilučių):

Mln. eurų (tūkstantųjų tikslumu)

Bendrą finansavimą teikianti įstaiga		n metai	n + 1	n + 2	n + 3	n + 4	n + 5 ir vėliau	Iš viso
……	f							
Iš viso ĮA, įskaitant bendrą finansavimą	a+c +d+ e+f							

4.1.2. Suderinamumas su finansiniu programavimu:

☒ Pasiūlymas atitinka esamą finansinį programavimą.

☐ Atsižvelgiant į pasiūlymą, reikės pakeisti atitinkamų finansinės perspektyvos išlaidų kategorijų programas.

☐ Įgyvendinant pasiūlymą, gali tekti taikyti Tarpinstitucinio susitarimo[65] nuostatas (t. y. taikyti lankstumo priemonę arba patikslinti finansinę perspektyvą).

4.1.3. Finansinis poveikis įplaukoms:

☒ Pasiūlymas neturi finansinio poveikio įplaukoms.

☐ Pasiūlymas įplaukoms turi tokį finansinį poveikį:

Mln. eurų (dešimtųjų tikslumu)

		Prieš taikant priemonę [n -1 metai]	Padėtis pradėjus taikyti priemonę					
Biudžeto eilutė	Įplaukos		[n metai]	[n+1]	[n+2]	[n+3]	[n+4]	[n+5][66]
	a) įplaukos absoliučiąja verte							
	b) įplaukų pokytis	*Δ*						

[65] Tarpinstitucinio susitarimo 19 ir 24 punktus.

[66] Jeigu būtina, t. y. jeigu priemonė trunka ilgiau kaip 6 metus, reikėtų pridėti papildomų stulpelių.

4.2. Žmogiškųjų išteklių visos darbo dienos ekvivalentas (įskaitant pareigūnus, laikinuosius ir išorės darbuotojus) – išsami informacija pateikta 8.2.1 punkte.

Metų poreikiai	n metai	n + 1	n + 2	n + 3	n + 4	n + 5 ir vėliau
Iš viso žmogiškųjų išteklių	2	2	2	2	2	2

5. YPATYBĖS IR TIKSLAI

5.1. Trumpalaikiai ir ilgalaikiai poreikiai.

Netaikytina.

5.2. Papildoma nauda, kurią sukuria Bendrijos dalyvavimas, pasiūlymo suderinamumas su kitomis finansinėmis priemonėmis ir galimas suartinimas

Netaikytina.

5.3. Pasiūlymo tikslai, numatomi rezultatai ir susiję rodikliai atsižvelgiant į valdymo pagal veiklos rūšis sistemą

Netaikytina.

5.4. Įgyvendinimo metodai (orientaciniai).

☐ ***Centralizuotas valdymas:***

☒ tiesioginis, vykdomas Komisijos

☐ netiesioginis, deleguojama:

☐ vykdomosioms agentūroms

☐ Bendrijų įkurtoms įstaigoms, nurodytoms Finansinio reglamento 185 str.

☐ nacionalinei (-ėms) viešojo sektoriaus įstaigai (-oms) ar įstaigai (-oms), teikiančiai (-čioms) viešąsias paslaugas

☐ ***Pasidalijamasis arba decentralizuotas valdymas:***

☐ kartu su valstybėmis narėmis

☐ kartu su trečiosiomis šalimis

☐ ***Bendras valdymas su tarptautinėmis organizacijomis (nurodyti konkrečiai)***

Pastabos:

6. STEBĖSENA IR VERTINIMAS

6.1. Stebėsenos sistema

Bus užtikrintas nuolatinis darbo grupių ataskaitų teikimas ir platinimas valstybėms narėms ir Komisijos tarnyboms.

6.2. Vertinimas

6.2.1. Ex ante vertinimas

Netaikytina.

6.2.2. Priemonės, kurių imtasi po tarpinių arba ex post vertinimų (panašios ankstesnės patirties pamokos)

Netaikytina.

6.2.3. Būsimo vertinimo terminai ir dažnumas

Darbo grupės veiklos vertinimas bus atliktas po 5 metų.

7. KOVOS SU SUKČIAVIMU PRIEMONĖS

Netaikytina.

8. ISŠAMI INFORMACIJA APIE IŠTEKLIUS

8.1. Pasiūlymo tikslai atsižvelgiant į finansines išlaidas

Įsipareigojimų asignavimai mln. EUR (tūkstantųjų tikslumu)

(Turėtų būti pateikti tikslų, priemonių ir rezultatų pavadinimai)	**Rezultato rūšis**	**Vid. išlaidos**	n metai		n+1 metai		n+2 metai		n+3 metai		n+4 metai		n + 5 metai ir vėliau		**IŠ VISO**	
			Rezultatų skaičius	Iš viso išlaidų	Rezultatų skaičius	Iš viso išlaidų	Rezultatų skaičius	Iš viso išlaidų	Rezultatų skaičius	Iš viso išlaidų	Rezultatų skaičius	Iš viso išlaidų	Rezultatų skaičius	Iš viso išlaidų	Rezultatų skaičius	Iš viso išlaidų
VEIKLOS TIKSLAS Nr. 1[67] ……																
1 priemonė: Sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse komitetas																
1 rezultatas	Posėdžių		10	0.200	10	0.200	10	0.200	10	0.200	10	0.200	10	0.200	60	1.200
2 rezultatas																
2 priemonė …….																
1																
1 tikslo tarpinė suma																

[67] Kaip apibūdinta 5.3 skirsnyje.

VEIKLOS TIKSLAS Nr. 2 ……[1]																
1 priemonė …….																
1 rezultatas																
2 tikslo tarpinė suma																
VEIKLOS TIKSLAS Nr. n 1																
n tikslo tarpinė suma																
IŠ VISO IŠLAIDŲ																

8.2. Administracinės išlaidos

8.2.1. Žmogiškųjų išteklių skaičius ir rūšis

Pareigų rūšis		Darbuotojai, skiriami priemonei įgyvendinti iš esamų ir (arba) papildomų išteklių (darbo vietų arba visos darbo dienos ekvivalentų skaičius)					
		n metai	n+1 metai	n+2 metai	n+3 metai	n+4 metai	n+5 metai
Pareigūnai arba laikinieji darbuotojai [68](XX 01 01)	A*/AD	2	2	2	2	2	2
	B*, C*/AST						
Darbuotojai, finansuojami pagal XX 01 02 str.[69]							
Kiti darbuotojai, finansuojami pagal XX 01 04/05 str.[70]							
IŠ VISO							

8.2.2. Užduočių, susijusių su priemone, aprašymas

Pagal šios direktyvos 19 straipsnį įsteigto naujo komitologijos komiteto („Saugių, kokybiškų ir veiksmingų sveikatos priežiūros paslaugų kitose valstybėse narėse komitetas“) ir jo darbo grupių, kurios dirbs, kad ši direktyva būtų įgyvendinta, veikla.

Plenarinės sesijos, kurioje dalyvaus po vieną 27 valstybių narių atstovą, išlaidos. 10 numatytų posėdžių per metus, kiekvieno vertė 20 000 EUR. Dabartinę posėdžiams skirtą išlaidų sumą ir posėdžių dažnumą gali tekti keisti, atsižvelgiant į galutinę direktyvos versiją, kurią priims Taryba ir Parlamentas.

Žmogiškųjų išteklių ir administraciniai poreikiai bus finansuojami iš administruojančiam generaliniam direktoratui skirtų lėšų pagal metinių asignavimų tvarką.

8.2.3. Žmogiškųjų išteklių (numatytų teisės aktuose) šaltiniai

☒ Šiuo metu programos valdymui skirtos darbo vietos, kurias reikia pakeisti arba pratęsti

☐ Darbo vietos, pagal MPS (metinę politikos strategiją)/PBP (preliminarų biudžeto projektą) iš anksto skirtos n-tiesiems metams

---

68 Kurių išlaidos NEĮSKAIČIUOTOS į orientacinę sumą.
69 Kurių išlaidos NEĮSKAIČIUOTOS į orientacinę sumą.
70 Kurių išlaidos įskaičiuotos į orientacinę sumą.

- ☐ Darbo vietos, kurių bus prašoma kitos MPS/PBP procedūros metu
- ☐ Darbo vietos, kurios bus perskirstytos naudojant valdymo tarnybos išteklius (vidinis perskirstymas)
- ☐ Darbo vietos, reikalingos n-tiesiems metams, tačiau nenumatytos tų metų MPS/PBP.

8.2.4. Kitos administracinės išlaidos, įskaičiuotos į orientacinę sumą (XX 01 04/05 – administracinės valdymo išlaidos)

Mln. eurų (tūkstantųjų tikslumu)

Biudžeto eilutė (numeris ir pavadinimas)	n metai	n+1 metai	n+2 metai	n+3 metai	n+4 metai	n+5 metai ir vėliau	IŠ VISO
1. Techninė ir administracinė pagalba (įskaitant susijusias išlaidas darbuotojams)							
Vykdomosios agentūros[71]							
Kita techninė ir administracinė pagalba							
- *intra muros*							
- *extra muros*							
Iš viso techninei ir administracinei pagalbai							

8.2.5. Finansinės išlaidos žmogiškiesiems ištekliams ir susijusios išlaidos, <u>neįskaičiuotos</u> į orientacinę sumą

Mln. eurų (tūkstantųjų tikslumu)

Žmogiškųjų išteklių rūšis	n metai	n+1 metai	n+2 metai	n+3 metai	n+4 metai	n+5 metai ir vėliau
Pareigūnai ir laikinieji darbuotojai (XX 01 01)	0.234	0.234	0.234	0.234	0.234	0.234
Darbuotojai, finansuojami pagal XX 01 02 str. (pagalbiniai darbuotojai, deleguotieji nacionaliniai ekspertai, pagal sutartis dirbantys darbuotojai ir kt.) (nurodyti biudžeto eilutę)						
Iš viso žmogiškųjų išteklių ir susijusių išlaidų (NEĮSKAIČIUOTŲ į orientacinę sumą)						

[71] Prie atitinkamos (-ų) vykdomosios (-ųjų) agentūros (-ų) reikėtų pateikti nuorodą į konkrečią finansinę teisės akto pažymą.

Apskaičiavimas – Pareigūnai ir laikinieji tarnautojai Išlaidoms apskaičiuoti taikomas 117 000 EUR vienam darbuotojui tarifas, kaip siūloma BUDG gairėse.

Apskaičiavimas – Darbuotojai, finansuojami pagal XX 01 02 str. […]

8.2.6. Kitos administracinės išlaidos, <u>neįskaičiuotos</u> į orientacinę sumą

Mln. eurų (tūkstantųjų tikslumu)

	n metai	n+1 metai	n+2 metai	n+3 metai	n+4 metai	n+5 metai ir vėliau	IŠ VISO
XX 01 02 11 01 – Komandiruotės							
XX 01 02 11 02 – Posėdžiai ir konferencijos							
XX 01 02 11 03 – Komitetai[72]	0.200	0.200	0.200	0.200	0.200	0.200	1.200
XX 01 02 11 04 – Tyrimai ir konsultacijos							
XX 01 02 11 05 – Informacinės sistemos							
2 Iš viso kitų valdymo išlaidų (XX 01 02 11)	0.200	0.200	0.200	0.200	0.200	0.200	1.200
Kitos administravimui priskiriamos išlaidos (patikslinti, nurodant biudžeto eilutę)							
Iš viso administracinių išlaidų, nepriskiriamų žmogiškiesiems ištekliams ir susijusioms išlaidoms (NEĮSKAIČIUOTŲ į orientacinę sumą)	0.200	0.200	0.200	0.200	0.200	0.200	1.200

[72] Nurodyti komiteto rūšį ir kuriai grupei jis priklauso.

Apskaičiuota – Kitos administracinės išlaidos, neįskaičiuotos į orientacinę sumą […]

Žmogiškųjų išteklių ir administraciniai poreikiai bus finansuojami iš administruojančiam generaliniam direktoratui skirtų lėšų pagal metinių asignavimų tvarką.