

LV

LV

LV



EIROPAS KOPIENU KOMISIJA

Briselē, 2.7.2008
COM(2008) 414 galīgā redakcija

2008/0142 (COD)

Priekšlikums

EIROPAS PARLAMENTA UN PADOMES DIREKTĪVA

par pacienta tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē

{SEC(2008) 2163}

{SEC(2008) 2164}

{SEC(2008) 2183}

(iesniegusi Komisija)

PASKAIDROJUMA RAKSTS

1. PAMATINFORMĀCIJA UN SAGATAVOŠANAS DARBI

Veselības ministri un citas ieinteresētās personas 2003. gadā uzaicināja Komisiju izpētīt, kā var uzlabot juridisko noteiktību pārrobežu aprūpē saistībā ar Eiropas Kopienu Tiesas judikatūru par pacientu tiesībām uz ārstniecību citā dalībvalstī¹. Tiesas nolēmumi atsevišķās lietās paši par sevi ir skaidri, tomēr skaidrība jāuzlabo, lai nodrošinātu vispārīgāku un iedarbīgāku piemērojumu brīvībai saņemt un sniegt veselības pakalpojumus. Komisijas 2004. gada sākumā iesniegtajā priekšlikumā direktīvai par pakalpojumiem iekšējā tirgū bija iekļauti noteikumi, kas kodificē Tiesas nolēmumus, veselības aprūpes pakalpojumiem piemērojot brīvas aprites principu. Tomēr Eiropas Parlaments un Padome nepieņēma šo pieeju. Uzskatīja, ka nebija pietiekami ņemtas vērā veselības pakalpojumu īpatnības, it īpaši to tehniskā sarežģītība, pakļautība sabiedrības domai un būtiskam atbalstam no valsts līdzekļiem. Tādēļ Komisija izstrādāja politikas iniciatīvu, kurā tieši veselības aprūpes pakalpojumi risināti kā atsevišķs jautājums.

Padome 2006. gada jūnijā pieņēma secinājumus par ES veselības aizsardzības sistēmu kopējām vērtībām un principiem, kurā tā apstiprināja pārlicību, ka jebkurai atbilstošai iniciatīvai veselības pakalpojumu jomā piemīt īpaša vērtība, ja tā Eiropas iedzīvotājiem sniedz skaidrību par tiesībām un tiesībām uz atlīdzību, kas viņiem ir, pārvietojoties no vienas ES dalībvalsts uz citu, kā arī šo vērtību un principu iekļaušanai tiesiskajā regulējumā, lai nodrošinātu to juridisko noteiktību².

Eiropas Parlaments piedalījās diskusijās par pārrobežu veselības aprūpi, sniedzot dažādus ziņojumus. Parlaments 2005. gada aprīlī pieņēma ziņojumu par pacientu mobilitāti un veselības aprūpes attīstību Eiropas Savienībā³ un 2007. gada martā rezolūciju par Kopienas rīcību attiecībā uz pārrobežu veselības aprūpes nodrošināšanu⁴, un 2007. gada maijā ziņojumu par sekām un ietekmi, ko rada veselības aprūpes pakalpojumu izslēgšana no iekšējā tirgus pakalpojumu direktīvas⁵.

Ieinteresētās personas daudzus gadus bijušas nopietni iesaistītas Komisijas pasākumos saistībā ar pacientu mobilitāti un veselības aprūpi, it īpaši augsta līmeņa apsvēršanas procesā, atklātajā forumā⁶ un Veselības pakalpojumu un medicīniskās aprūpes augsta līmeņa darba

¹ Skatīt ziņojumu par augsta līmeņa viedokļu apmaiņu par pacientu mobilitāti un veselības aprūpes attīstību Eiropas Savienībā un Komisijas paziņojumu par turpinājumu augsta līmeņa viedokļu apmaiņas procesam par pacientu mobilitāti un veselības aprūpes attīstību Eiropas Savienībā, COM (2004) 301 galīgā redakcija, 2004. gada 20. aprīlis.

² 10173/06 SAN 168 SOC 302 MI 132.

³ A6-0129/2005 galīgā redakcija.

⁴ B6-0098/2007.

⁵ A6-0173/2007 galīgā redakcija.

⁶ Pēdējā atklātajā forumā bija aptuveni 380 dalībnieku no daudzām dažādām veselības organizācijām. 2005. gada novembra konferencē forums ieteica Komisijai pievērsties konkrētu tiesību aktu potenciālam veselības aprūpē, jo subsidiaritāte nav pietiekama garantija tam, ka tiks izpildīts solījums par vispārīgu piekļuvi augsta līmeņa veselības aprūpei. Forums arī apstiprināja to, ka vajadzīgi stingri un pilnībā īstenoti drošības pasākumi pacientu drošībai ES mērogā, vienlaikus ņemot vērā valstu noteikumus kvalitātes un drošības garantēšanai. Turklāt forums ieteica izveidot interneta portālu, kurā brīvi apmainīties ar datiem, informāciju un praksi, lai veicinātu pastāvīgu mācīšanos un inovācijas.

grupā⁷. Apspriedes par konkrēto iniciatīvu pārrobežu veselības aprūpes jomā oficiāli sākās 2006. gada septembrī ar paziņojuma⁸ publikāciju, kurā visas attiecīgās ieinteresētās personas bija aicinātas piedalīties apspriežu procesā par Kopienas rīcību veselības pakalpojumu jomā. Apspriežu mērķis bija noteikt konkrētās problēmas un saņemt informāciju par mērķiem un politikas iespējām. Paziņojumu un pilnīgu pārskata ziņojumu par atbildēm⁹ publicēja Komisijas tīmekļa vietnē¹⁰.

Komisija šajā apspriedēs saņēma 280 atbildes no plaša ieinteresēto personu loka, tostarp veselības nozares organizācijām, veselības aprūpes sniedzējiem, valsts un vietējās pārvaldes iestādēm, apdrošinātājiem, nozares un atsevišķiem iedzīvotājiem. Apspriedās par daudziem, dažādiem jautājumiem, kas saistīti ar veselības aprūpi, it īpaši pārrobežu veselības aprūpi Eiropā. Minētos jautājumus ņēma vērā, sagatavojot šo Komisijas priekšlikumu.

Priekšlikuma pamatā ir arī vairākas ārējas aptaujas, analīzes un pētījumi, kas veikti pēdējos gados. Piemēram, Eiropas veselības sistēmu un politikas novērošanas centrs sniedza neatkarīgu ekspertu analīzi¹¹, ko izmantoja tieši šā priekšlikuma pamatošanai. Analīzē apsekoja veselības aprūpes attīstību Eiropā, īpaši pievēršot uzmanību septiņiem aspektiem saistībā ar pārrobežu veselības aprūpes iepriekšējām atļaujām un veselības aprūpes pieejamību, proti, kvalitātei un drošībai, pacientu tiesībām, pārrobežu sadarbībai, veselības aprūpes groziem un tarifiem, agrākai pārrobežu veselības aprūpes ietekmei un datiem par pārrobežu veselības aprūpi. Darba pamatā bija pētījumi, ko lielā mērā atbalstījusi Komisija, piemēri un apsekojumi, kas veikti, lai labāk izprastu pārrobežu veselības aprūpi no dažādu valsts veselības sistēmu viedokļa attiecībā uz iepriekšminētajiem aspektiem, un tajā aprakstīts, kā pašreizējās juridiskās un citas neskaidrības ietekmējušas pārrobežu veselības aprūpi kopumā un iepriekšminētos aspektus konkrēti (tagad un agrāk), t. i., kas ir ietekmēts, kādā veidā un cik lielā mērā.

2. KOPIENAS REGULĒJUMA ELEMENTI PĀRROBEŽU VESELĪBAS APRŪPĒ

Komisija ierosina izveidot Kopienas regulējumu pārrobežu veselības aprūpei, kā izklāstīts šajā direktīvas priekšlikumā. Turklāt tā ierosina noteikt atbilstošas juridiskas definīcijas un vispārīgus noteikumus, un to strukturē trīs galvenajās jomās.

- **Kopīgi principi visās ES veselības sistēmās**, kā 2006. gada jūnijā vienojās Padome, nosakot, kura dalībvalsts ir atbildīga par kopīgo veselības aprūpes principu nodrošināšanu un ko šī atbildība nozīmē, nodrošinot, lai valda skaidrība

Atklātā foruma gala ziņojums “Veselības jautājumi un nākotnes stratēģija”, *European Public Health Alliance* (2005).

⁷ Veselības pakalpojumu un medicīniskās aprūpes augsta līmeņa darba grupā pārstāvētas visas ES dalībvalstis, tajā piedalās novērotāji no EEZ/EBTA valstīm, turklāt šīs grupas darbā iesaistīti pilsoniskās sabiedrības pārstāvji. Ziņojums par Veselības pakalpojumu un medicīniskās aprūpes augsta līmeņa darba grupas darbu 2006. gadā, Eiropas Komisija (2006).

⁸ Komisijas paziņojums “Apspriešanās par Kopienas rīcību veselības aprūpes pakalpojumu jomā” SEC(2006) 1195/4, 2006. gada 26. septembris.

⁹ Komisijas dokuments “Pārskata ziņojums par atbildēm uz apspriešanos par Kopienas rīcību veselības aprūpes pakalpojumu jomā” (2007).

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

¹¹ M. Wismar, W. Palm, J. Figueras, K. Ernst un E. Van Ginneken, *Cross-Border Healthcare: Mapping and Analysing Health Systems Diversity*, Eiropas veselības sistēmu un politikas novērošanas centrs, 2007.

un uzticība jautājumā par to, kuras iestādes nosaka un uzrauga veselības aprūpes standartus visā ES.

- **Īpašs pārrobežu veselības aprūpes regulējums.** Direktīvā būs skaidri norādītas pacientu tiesības saņemt veselības aprūpi citā dalībvalstī, kā arī ierobežojumi, ko dalībvalsts var piemērot veselības aprūpei ārzemēs, un finansējuma apmērs, kas paredzēts pārrobežu veselības aprūpei, pamatojoties uz principu, ka pacientiem ir tiesības saņemt izdevumu atlīdzību līdz summai, kas būtu maksāta, ja tāda pati ārstniecība būtu saņemta paša valstī.
- **Sadarbība veselības aprūpes jomā Eiropā.** Ar direktīvu izveido regulējumu Eiropas mēroga sadarbībai tādās jomās kā sadarbība pierobežas reģionos, citās valstīs izrakstītu recepšu atzīšana, Eiropas references tīkli, veselības tehnoloģijas novērtējums, datu vākšana, kvalitāte un drošība, lai šīs sadarbības iespējamus ieguvumus varētu efektīvi likt lietā ilgtspējīgā perspektīvā.

Pamatojoties uz minēto judikatūru, šīs iniciatīvas mērķis ir nodrošināt skaidru un pārredzamu pārrobežu veselības aprūpes regulējumu ES, ja pacientam vajadzīgo aprūpi sniedz citā dalībvalstī, nevis pacienta mītnes valstī. Šādos gadījumos nevajadzētu būt nepamatotiem šķēršļiem. Veselības aprūpei jābūt drošai un kvalitatīvai. Izdevumu atlīdzināšanas procedūrām jābūt skaidrām un pārredzamām. Tāpēc, ievērojot universāluma, kvalitatīvas aprūpes pieejamības, vienlīdzības un solidaritātes principu, minētā regulējuma mērķi būs:

- nodrošināt pietiekamu skaidrību par tiesībām saņemt izdevumu atlīdzību par citās dalībvalstīs sniegtu veselības aprūpi;
- panākt, lai tiktu nodrošinātas vajadzīgās prasības attiecībā uz kvalitatīvu, drošu un efektīvu pārrobežu veselības aprūpi.

3. ATBILSTĪBA CITIEM KOPIENAS POLITIKAS VIRZIENIEM

a) Noteikumi par sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinēšanu

Ar šo priekšlikumu nemainītu pašreizējos sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinēšanas pamatprincipus, un tos izmantotu arī turpmāk kopā ar vispārējiem principiem, kas ir pamatā noteikumiem par sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinēšanu, ieskaitot principu, ka rada tādus pašus priekšnoteikumus pacientam, kas saņem veselības aprūpi citā dalībvalstī, kā attiecīgās valsts iedzīvotājiem, un arī Eiropas veselības apdrošināšanas karti. Pacientiem, kas vēlas saņemt plānotu veselības aprūpi citā dalībvalstī, tas nodrošina, ka gadījumā, ja pacienta veselības stāvoklim atbilstošu aprūpi attiecīgajā valstī nevar nodrošināt bez nepamatotas kavēšanās, tie saņem atļauju doties uz ārzemēm, un ar ārstniecību saistītus izdevumus sedz no valsts līdzekļiem. Tam vajadzīgais mehānisms jau izveidots ar noteikumiem par sociālā nodrošinājuma sistēmu¹² koordinēšanu, un tie būs spēkā arī turpmāk.

Ar jauno direktīvu par pārrobežu veselības aprūpi izveidotu alternatīvu mehānismu, kura pamatā ir brīvas aprites principi un kurā izmantoti ar Eiropas Kopienas Tiesas nolēmumiem

¹² Padomes 1971. gada 14. jūnija Regula (EEK) Nr. 1408/71 par sociālā nodrošinājuma shēmu piemērošanu darbiniekiem, pašnodarbinātām personām un viņu ģimenēm, kas pārvietojas Kopienā. OV L 149, 5.7.1971., 2. lpp.

nodibinātie principi. Tādējādi pacienti varētu saņemt tādu pašu veselības aprūpi citā dalībvalstī, kādu tie būtu saņēmuši savā valstī, un saņemt izdevumu atlīdzinājumu līdz summai, kas būtu maksājama, ja ārstniecība būtu saņemta pašu valstī, bet tiem būtu jāuzņemas finansiālais risks par iespējamām papildizmaksām.

Noteikumi par tiesībām uz atlīdzību, kas paredzētas šajā priekšlikumā, un noteikumi par tiesībām uz pabalstiem, ko sniedz Regula (EK) Nr. 1408/71, ir alternatīvi mehānismi, kas paredz pārrobežu veselības aprūpes izdevumu segšanu. Ja ir iepriekš pieprasīta un sniegta atļauja saskaņā ar regulējumu, ko sniedz Regula (EK) Nr. 1408/71, piemēro minētās regulas noteikumus un slimības pabalsti jāpiešķir saskaņā ar minētās regulas noteikumiem. Īpaši tas attiecas uz ārstniecību, ko sniedz, izmantojot Eiropas references tīklus, kas paredzēti šajā direktīvā. Šīs direktīvas noteikumus piemēro gadījumā, ja veselības aprūpes izdevumus atlīdzina saskaņā ar šīs direktīvas III nodaļu. Tomēr apdrošinātā persona vienmēr saņem atļauju saskaņā ar 3.1. panta f) apakšpunktā minētajiem noteikumiem par sociālā nodrošinājuma koordinēšanu, ja izpildīti Regulas 1408/71 22. panta 1. punkta c) apakšpunkta un 22. panta 2. punkta noteikumi.

b) Regulējums profesionālo kvalifikāciju savstarpējas atzīšanas procedūrai

Turklāt šo priekšlikumu piemērotu, neskarot pašreizējo regulējumu profesionālo kvalifikāciju savstarpējas atzīšanas procedūrai, kas izveidota ar Eiropas Parlamenta un Padomes 2005. gada 7. septembra Direktīvu 2005/36/EK par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu¹³. Direktīva 2005/35/EK paredz noteikumus, ar kuriem saskaņā dalībvalsts, kas darbības sākšanai vai veikšanai reglamentētā profesijā (ieskaitot veselības nozares profesijas) savā teritorijā izvirza nosacījumu, ka vajadzīgas specifiskas profesionālās kvalifikācijas, atzīst profesionālās kvalifikācijas, kuras iegūtas vienā vai vairākās citās dalībvalstīs un kuras ļauj personai ar šādu kvalifikāciju veikt darbību tajā pašā profesijā šajā dalībvalstī. Šā priekšlikuma mērķis nav grozīt, mainīt vai citādi ietekmēt spēkā esošos noteikumus par profesionālo kvalifikāciju savstarpēju atzīšanu. Arī dalībvalstu pasākumiem, ko veic, lai īstenotu šo priekšlikumu, nodrošinot veselības aprūpes sniegšanu atbilstoši skaidriem kvalitātes un drošības standartiem, nevajadzētu radīt jaunus šķēršļus veselības nozares darbinieku brīvai aprītei, kas paredzēta Direktīvā 2005/36/EK.

c) Kopienas regulējums par personas datu aizsardzību

Eiropas Parlamenta un Padomes 1995. gada 24. oktobra Direktīvā 95/46/EK par personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti¹⁴ un Eiropas Parlamenta un Padomes 2002. gada 12. jūlija Direktīvā 2002/58/EK par personas datu apstrādi un privātās dzīves aizsardzību elektronisko komunikāciju nozarē¹⁵ paredzēts regulējums, kas garantē pacientu tiesības saistībā ar privātās dzīves aizsardzību, apstrādājot personas datus, un šis priekšlikums neskar spēkā esošo regulējumu. Pārrobežu veselības aprūpes nepārtraukta norise ir atkarīga no tā, vai datus par pacienta veselību sniedz savlaicīgi. Direktīvā 95/46/EK par personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti paredzēts regulējums par pacienta tiesībām piekļūt datiem par savu veselību. Tas nozīmē arī tiesības piekļūt pacienta slimības vēsturēm, piemēram, diagnozēm, pārbaužu rezultātiem, ārstējošo ārstu slēdzieniem un jebkādu sniegto ārstniecību vai iejaukšanos. Tādēļ

¹³ OV L 255, 30.9.2005., 22. lpp.

¹⁴ OV L 281, 23.11.1995., 31. lpp.

¹⁵ OV L 201, 31.7.2002., 37. lpp.

šī direktīva neskar šo Kopienas regulējumu, kas izveidots ar minētajām direktīvām un valstu tiesību aktiem, kas tās īsteno.

d) E-veselība

Šis priekšlikums neskar arī spēkā esošo regulējumu, kas paredzēts Eiropas Parlamenta un Padomes 2000. gada 8. jūnija Direktīvā 2000/31/EK par dažiem informācijas sabiedrības pakalpojumu tiesiskiem aspektiem, jo īpaši elektronisko tirdzniecību, iekšējā tirgū (Direktīva par elektronisko tirdzniecību)¹⁶. Šī direktīva veicina pienācīgu iekšējā tirgus darbību, nodrošinot brīvu informācijas sabiedrības pakalpojumu, arī e-veselības pakalpojumu, apriti starp dalībvalstīm. Minētajā direktīvā noteiktas informācijas prasības, kas piemērojamas informācijas sabiedrības pakalpojumu sniedzējiem, noteikumi par komercziņojumiem, noteikumi par līgumiem, kas noslēgti ar elektroniskiem līdzekļiem, un pakalpojumu sniedzēju starpnieku atbildība. Spēkā esošais regulējums turpinās darboties, un šis priekšlikums piemērojams tikai pasākumiem, uz kuriem neattiecas Direktīva 2000/31/EK.

e) Rasu vienlīdzība

Šis priekšlikums ir saskaņā ar Padomes 2000. gada 29. jūnija Direktīvu 2000/43/EK, ar ko ievieš vienādas attieksmes principu pret personām neatkarīgi no rasu vai etniskās piederības. Minētā direktīva aizsargā Eiropas Savienības tautas no diskriminācijas rasu vai etniskās piederības dēļ, un to piemēro visām personām saistībā ar sociālo aizsardzību, tostarp sociālo nodrošinājumu un veselības aprūpi (skatīt 3. panta 1. punkta e) apakšpunktu). Tādēļ Direktīvā 2000/43/EK iekļautais vienādas attieksmes princips, kas nozīmē, ka netiek pieļauta tieša diskriminācija rasu vai etniskās piederības dēļ, paliek spēkā, un to neietekmē šīs direktīvas noteikumi.

4. VISPĀRĪGIE TIESISKIE ASPEKTI

a) Juridiskais pamats

Direktīvas priekšlikums pamatojas uz Līguma 95. pantu. Juridiskais pamats ir priekšlikuma mērķī un saturā. Pasākumiem, ko pieņem saskaņā ar Līguma 95. pantu, jābūt vērstiem uz iekšējā tirgus izveidi un darbības nodrošināšanu. Šā priekšlikuma mērķis ir izveidot vispārēju regulējumu, kas sniegtu drošu, kvalitatīvu un efektīvu pārrobežu veselības aprūpi Eiropas Savienībā, un nodrošināt veselības pakalpojumu brīvu apriti un augsta līmeņa veselības aizsardzību, vienlaikus pilnībā ievērojot dalībvalstu atbildību organizēt un sniegt veselības pakalpojumus un medicīnisko aprūpi. Tādējādi šā priekšlikuma mērķis pilnībā atbilst Līguma 95. un 152. panta prasībām .

Eiropas Kopienų Tiesas nolēmumi iepriekšminētajās atsevišķajās lietās paši par sevi ir skaidri, un nav vajadzīgi nekādi priekšnosacījumi Tiesas atzīto pacienta tiesību īstenošanai. Tomēr jānodrošina, ka šīs iekšējā tirgus tiesības praksē piemēro vispārīgi un efektīvāk un ka tās var īstenot saderīgi ar vispārējiem veselības sistēmas mērķiem par piekļuvi, kvalitāti un finansiālo ilgtspēju. Eiropas Kopienų Tiesa ir nolēmusi, ka pakalpojumu sniegšanas brīvība nozīmē arī pakalpojumu saņēmēju, tostarp personu, kam nepieciešama ārstniecība, brīvību pārvietoties uz citu dalībvalsti, lai tur saņemtu šos pakalpojumus¹⁷. Eiropas Kopienų Tiesa ir

¹⁶ OV L 178, 17.7.2000., 1. lpp.

¹⁷ Skatīt konkrēti lietas C-158/96 *Kohll* 35.-36. punktu.

nolēmusi arī, ka tad, ja piederības dalībvalsts tiesību akti pacientam, uz kuru šie tiesību akti attiecas, negarantē izdevumu atlīdzinājumu, kas līdzvērtīgs tam, kurš pienāktos, ja ārstniecība būtu saņemta piederības dalībvalstī, ir ierobežota pakalpojumu sniegšanas brīvība EK līguma 49. panta nozīmē¹⁸. Tādēļ direktīvā jārisina jautājumi, kas saistīti ar izdevumu atlīdzināšanu par veselības aprūpi, kas sniegta citā dalībvalstī, lai veicinātu tiesības sniegt un saņemt veselības pakalpojumus.

Turklāt, sniedzot veselības aprūpi, ir ļoti būtiski pacientiem nodrošināt:

- skaidru informāciju, lai tie varētu veikt informētu izvēli saistībā ar savas veselības aprūpi;
- mehānismus, kas nodrošina sniegtās veselības aprūpes kvalitāti un drošību;
- aprūpes nepārtrauktību starp dažādiem ārstniecības nozares darbiniekiem un organizācijām
- un mehānismus, kas nodrošina atbilstošus aizsardzības līdzekļus un kompensācijas par kaitējumu, ko izraisījusi veselības aprūpe.

Tomēr Kopienas mērogā nav skaidru noteikumu par to, kā šīs prasības izpildīt saistībā ar pārrobežu veselības aprūpi vai kas ir atbildīgs par to izpildi. Tā tas ir neatkarīgi no aprūpes apmaksas veida, t. i., vai to apmaksā no valsts vai privātiem līdzekļiem, vai tas sniegts, piemērojot noteikumus par sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinēšanu, vai arī, piemērojot iepriekš aprakstītās brīvas aprites papildtiesības.

Nereti pacientiem un nozares darbiniekiem ir grūti apzināt tiesības, kas saistītas ar pārrobežu veselības aprūpes izdevumu atlīdzināšanu. To apstiprināja *Eurobarometer* apsekojums¹⁹, kas norādīja, ka 30 % no Eiropas Savienības iedzīvotājiem nezina par iespēju saņemt veselības aprūpi ārpus piederības valsts. Šī nedrošība un neskaidrība par tiesību vispārējo piemērošanu izdevumu atlīdzināšanai par citās dalībvalstīs sniegtu veselības aprūpi, domājams, vēl vairāk sarežģīs pacientu tiesību izmantošanu praksē, jo atbildīgās personas nevēlēsies īstenot noteikumus un procedūras, kuras tās pilnībā neizprot. Pacientiem, kas vēlas apstrīdēt sniegtās interpretācijas vai piemērotos noteikumus, būs grūti to izdarīt, ja nav skaidrības par to, kādas ir viņu tiesības un kā tās īstenojamas.

Tādēļ šīs iniciatīvas mērķis ir nodrošināt skaidru regulējumu pārrobežu veselības aprūpei ES, lai varētu īstenot pacientu tiesības, vienlaikus nodrošinot augsta līmeņa veselības aizsardzību,

- sniedzot pietiekamu skaidrību par tiesībām uz veselības aprūpes izdevumu atlīdzināšanu, kas saņemta citās dalībvalstīs, lai šīs tiesības varētu īstenot praksē,
- un nodrošinot, ka pārrobežu aprūpe atbilst vajadzīgajām prasībām par augstu kvalitāti, drošību un efektivitāti aprūpē,

vienlaikus nodrošinot, ka pārrobežu veselības aprūpe atbilst dalībvalstu vispārējiem mērķiem attiecībā uz veselības aprūpes pieejamību, kvalitāti un drošību to veselības sistēmās. Turklāt priekšlikums izstrādāts tā, lai tajā aprakstītā pārrobežu veselības aprūpe nekaitētu veselības un

¹⁸ Skatīt konkrēti lietas C-368/98 *Kohll* 45. punktu.

¹⁹ *Flash Eurobarometer* sērija Nr. 210, *Cross-border health services in the EU*, analītisks ziņojums, ko veica *The Gallup Organization* (Ungārija) pēc Eiropas Komisijas Veselības un patērētāju aizsardzības ģenerāldirektorāta (DG SANCO) pieprasījuma, 2007.

sociālā nodrošinājuma sistēmām nedz ar savu tiešo finansiālo ietekmi, nedz arī ar ietekmi uz minēto sistēmu vispārējo plānošanu un pārvaldi.

Priekšlikumā ņemts vērā tas, ka veselības sistēmas pirmām kārtām ir dalībvalstu atbildība, un tajā pilnībā ievēroti dalībvalstu pienākumi organizēt un sniegt veselības pakalpojumus un medicīnisko aprūpi saskaņā ar EKDL 152. pantu. Turklāt EK līguma 95. panta 3. punktā paredzēts, ka Komisijai tās priekšlikumos par iekšējā tirgus izveidi un darbību attiecībā uz veselību ir jāievēro augsta līmeņa veselības aizsardzība, jo īpaši ņemot vērā visas izmaiņas, kuru pamatā ir zinātniski fakti. Izstrādājot šo priekšlikumu, Komisija pilnībā ņēma vērā jaunāko pētījumu rezultātus un pašreiz labāko medicīnisko praksi. Sagatavošanas darbā izmantoja vairākus ekspertu pētījumus, analīzes un pētījumu ziņojumus. Tādējādi priekšlikums nodrošinās, ka arī pārrobežu veselības aprūpe atbilst vajadzīgajām prasībām par augstu kvalitāti, drošību un efektivitāti veselības aprūpē.

b) Subsidiaritāte

Šīs iniciatīvas vispārējais mērķis ir nodrošināt skaidru regulējumu pārrobežu veselības aprūpei ES, lai sniegtu pietiekamu skaidrību par tiesībām uz izdevumu atlīdzināšanu par veselības aprūpi, kas saņemta citās dalībvalstīs, lai šīs tiesības varētu īstenot praksē, un lai nodrošinātu arī, ka pārrobežu aprūpe atbilst vajadzīgajām prasībām par augstu kvalitāti, drošību un efektivitāti aprūpē.

Dalībvalstis vienas pašas nevar atrisināt jautājumus, kuros vajadzīga lielāka skaidrība un noteiktība par Kopienas tiesību aktiem šajā jomā. Ja Kopiena nerīkotos vai dalībvalstis rīkotos vienas pašas, būtiski mazinātos pārrobežu veselības aprūpes piedāvājuma drošība un efektivitāte, un dalībvalstis nespētu pārvaldīt un virzīt veselības sistēmas kopumā – to apspriedēs uzsvēra arī vairākas dalībvalstis. Kā jau tas saprotams no paša vārds, pārrobežu veselības aprūpei ir daudzi Kopienas mēroga pārvalstiski aspekti. Gan valstu valdības, gan atsevišķi iedzīvotāji šajā jomā saskaras ar grūtībām, ko dalībvalstis vienas pašas nevar pietiekami labi atrisināt.

Saskaņā ar EKDL 152. panta 5. punktu Kopienas rīcībai sabiedrības veselības aizsardzības jomā ir pilnībā jāņem vērā dalībvalstu atbildība par veselības pakalpojumu un medicīniskās aprūpes organizēšanu un sniegšanu. Kā apstiprinājusi Eiropas Kopienu Tiesa²⁰, minētais noteikums neizslēdz iespēju, ka dalībvalstīm jāveic grozījumi savās valsts veselības aprūpes un sociālā nodrošinājuma sistēmās saskaņā ar citiem tādiem EK līguma noteikumiem kā 49. pants vai pamatojoties uz citiem Līguma noteikumiem pieņemtajiem Kopienas pasākumiem. Kā Tiesa atzina, tas nenozīmē, ka tiek mazināta to suverēnā vara šajā jomā.

Katrā ziņā dalībvalstis ir atbildīgas par veselības pakalpojumu un medicīnisko pakalpojumu organizēšanu un sniegšanu. Konkrēti tām jānosaka, kādi noteikumi ir piemērojami, atlīdzinot pacientu izdevumus un sniedzot veselības aprūpi. Šajā ziņā priekšlikums neko nemaina. Jāuzsver, ka šī iniciatīva nemaina noteikumus, ko dalībvalstis var piemērot konkrētam gadījumam. Tieši otrādi, šis regulējums ir izstrādāts tā, lai atvieglotu sadarbību veselības aprūpes jomā Eiropā, piemēram, Eiropas references centru sadarbības tīkliem; jaunu medicīnas tehnoloģiju novērtējumu apmaiņai; informācijas un saziņas tehnoloģijas izmantošanai, lai sniegtu efektīvāku veselības aprūpi (“e-veselība”). Tādējādi tiks nodrošināts papildu atbalsts dalībvalstīm, lai tās varētu sasniegt vispārējos mērķus par kvalitatīvas

²⁰ Skatīt lietas C-372/04 *Watts* 147. punktu.

veselības aprūpes universālu pieejamību, pamatojoties uz vienlīdzības un solidaritātes principu, no kā ieguvēji būs visi pacienti, neatkarīgi no tā, vai viņi dodas uz citām valstīm.

Šis mērķis nav pienācīgi sasniedzams dalībvalstu līmenī un tāpēc, ņemot vērā rīcības mērogu, ir labāk sasniedzams Kopienas līmenī, – tādējādi šis priekšlikums atbilst subsidiaritātes principam, kas noteikts EK līguma 5. pantā.

c) Proporcionalitāte

Atbilstīgi Līguma 5. pantā noteiktajam proporcionalitātes principam Kopienas rīcība nepārsniedz to, kas ir vajadzīga minēto mērķu sasniegšanai. Šajā priekšlikumā aprakstīti tikai vispārīgi principi, ar ko izveido ES regulējumu, un dalībvalstīm ir plašas izvēles iespējas, kā šos principus īstenot atbilstoši valsts, reģionāliem vai vietējiem apstākļiem. Turklāt priekšlikumā pilnībā ievēroti dalībvalstu pienākumi organizēt un sniegt veselības pakalpojumus un medicīnisko aprūpi. Priekšlikums nemaina dalībvalstu tiesības noteikt, kādus veselības aprūpes pabalstus tās piedāvā saviem pilsoņiem. Ja dalībvalsts pilsoņiem nav tiesību uz kādu konkrētu ārstniecību attiecīgajā dalībvalstī, ar šo mehānismu nerodas jaunas tiesības uz izdevumu atlīdzinājumu pacientiem, kas šādu ārstniecību saņem ārzemēs. Nemainās arī dalībvalstu tiesības piemērot nosacījumus pabalstiem, piemēram, ka jāvēršas pie ģimenes ārsta, lai saņemtu norīkojumu ārstniecībai pie speciālista. Tādējādi šis priekšlikums atbilst Līguma 5. pantā noteiktajam proporcionalitātes principam.

5. I NODAĻA

5.1. Direktīvas mērķis

Šī priekšlikuma vispārīgais mērķis ir nodrošināt skaidru regulējumu pārrobežu veselības aprūpei ES. Tādēļ vajadzīga rīcība, lai novērstu šķēršļus pārrobežu veselības sniegšanai, kuri apdraud arī augsta veselības aizsardzības līmeņa nodrošināšanu.

Nenoteiktība jautājumā par to, kā vispārēji piemērot tiesības uz izdevumu atlīdzināšanu par citās dalībvalstīs saņemtu veselības aprūpi, kavē pacientu brīvu pārvietošanos un kopumā rada šķēršļus veselības pakalpojumu aprītei praksē. Par to liecina gan pētījumi, gan apspriedes, ko veica pirms šā priekšlikuma izstrādes, tostarp arī pilsoņu aptaujas, kurās konstatēja dažāda mēroga neskaidrības un to, ka daudzi pacienti, kam bija tiesības uz pārrobežu veselības aprūpes izdevumu atlīdzinājumu, to nebija pieprasījuši.

Sniedzot veselības aprūpi, ir svarīgi nodrošināt pacientiem:

- skaidru informāciju, kas ļauj cilvēkiem izvēlēties veselības aprūpi;
- kvalitatīvas un drošas pārrobežu veselības aprūpes nodrošināšanas mehānismu;
- lai nebūtu pārtraukumu, saņemot aprūpi no dažāda ārstējošā personāla un organizācijām;
- kā arī mehānismus, lai nodrošinātu atbilstošus aizsardzības līdzekļus un kompensāciju par saņemtās veselības aprūpes nodarītu kaitējumu.

5.2. Direktīvas darbības joma

Direktīvas priekšlikums attiecas uz visu veselības aprūpi neatkarīgi no veida, kā to organizē, sniedz vai finansē. Iepriekš nav iespējams zināt to, vai konkrēta veselības aprūpes sniedzēja pakalpojumus saņems pacients no citas dalībvalsts vai pacients no tās pašas dalībvalsts, tāpēc šķiet būtiski, lai prasības nodrošināt to, ka pārrobežu veselības aprūpi sniedz saskaņā ar skaidriem kvalitātes un drošības standartiem, kas piemērojami visiem veselības aprūpes pakalpojumiem, neatkarīgi no attiecīgās veselības aprūpes dažādiem organizācijas, sniegšanas vai finansēšanas veidiem.

6. II NODAĻA. DALĪBVALSTS IESTĀDES, KAS ATBILD PAR VESELĪBAS APRŪPES KOPĪGO PRINCIPU IEVĒROŠANU

6.1. Ārstniecības dalībvalsts iestāžu atbildība

Kā iepriekš aprakstīts, lai nodrošinātu veselības pakalpojumu brīvu apriti, ir ļoti svarīgi izveidot kopīgus veselības aprūpes principus pārrobežu veselības aprūpei. Tas, ka sistēmas ir atšķirīgas un nav skaidrības par dažādu iestāžu atbildību, var būt šķērslis pārrobežu veselības aprūpē, kā liecina pētījumi un novērtējumi, kā arī pieejami piemēri no pārrobežu veselības aprūpes, un kā aptaujās apliecināja pilsoņi²¹.

Ņemot vērā to, ka iepriekš nav iespējams zināt, vai konkrēta veselības aprūpes sniedzēja pakalpojumus saņems pacients no citas dalībvalsts, ir jānodrošina, lai prasības par skaidriem kvalitātes un drošības standartiem ir piemērojamas visiem veselības aprūpes pakalpojumiem, tādējādi nodrošinot pārrobežu veselības pakalpojumu sniegšanas un saņemšanas brīvību, kas ir direktīvas mērķis.

Tam vajadzīgi divi elementi. Pirmais ir skaidrība par to, kurai dalībvalstij jāuzņemas atbildība par attiecīgo pārrobežu veselības aprūpi, nodrošinot atbilstību kopējiem veselības aprūpes principiem. Apspriedēs, ko veica pirms šo priekšlikumu izstrādes, valdīja vienprātība par to, ka šajā jautājumā vajadzīga lielāka skaidrība un ka vispiemērotākais risinājums būtu noteikt, ka tās dalībvalsts iestādes, kurā ārstniecība tiek sniegta, ir atbildīgas par to, lai nodrošinātu atbilstību kopīgajiem principiem arī pārrobežu veselības aprūpes gadījumā.

Tomēr ar to vien nepietiek. Tādēļ otrais elements ir obligāta noteiktība par to, ko atbildīgās dalībvalsts iestādes nodrošinās savā teritorijā saistībā ar jebkuru veselības aprūpi. Vienlaikus ņemot vērā lielo dažādību starp atšķirīgām sistēmām, struktūrām un mehānismiem, ko šajā jomā izveidojušas dalībvalstis, tādējādi tiks nodrošināts galveno kopīgo principu minimums, uz kuriem pacienti un nozares darbinieki citās dalībvalstīs varēs paļauties.

Dalībvalstis joprojām varēs lemt par saviem veselības aprūpes standartiem. Tas neietekmē dalībvalstu iespējas organizēt savas veselības sistēmas tā, kā vēlas. Lai nodrošinātu, ka ar šo priekšlikumu saistītais saskaņošanas līmenis ir proporcionāls, direktīvas principu pamatā ir Padomes 2006. gada jūnija secinājumi par Eiropas Savienības veselības aizsardzības sistēmu kopējām vērtībām un principiem, tāpēc

²¹ Skatīt ietekmes novērtējumu un iepriekšminētā pētniecības projekta *Europe 4 Patients* rezultātus.

nevajadzētu rasties nepieciešamībai būtiski mainīt pašreizējās sistēmas. Komisija izstrādās norādījumus, lai palīdzētu īstenot šos principus.

Kā aprakstīts minētajās kopīgajās vērtībās un principos, atšķirīgām dalībvalstīm ir atšķirīgas pieejas, īstenojot praksē minētos principus, piemēram, tām ir atšķirīgas pieeja tādos jautājumos kā par to, vai personām jāveic individuāla iemaksa, lai segtu savas veselības aprūpes izmaksu daļu, vai jānosaka vispārēja iemaksa, vai arī izmaksas sedz papildu apdrošināšana. Dalībvalstis ir īstenojušas dažādus noteikumus, lai panāktu vienlīdzību, t. i., dažas to darījušas pacientu tiesību jomā, bet citas attiecībā uz veselības aprūpes sniedzēju pienākumiem. Arī izpilde tiek panākta dažādos veidos, dažās dalībvalstīs ar tiesu palīdzību, bet citās, izmantojot padomes, ombudus vai citus mehānismus.

Direktīva joprojām ļauj dalībvalstīm organizēt savas veselības sistēmas tā, kā tās vēlas, lai sasniegtu minētos kopīgos principus saskaņā ar EK līguma 152. panta 5. punktu. Regulējuma mērķis ir vienkārši viest skaidrību par to, kura dalībvalsts ir atbildīga attiecīgā situācijā, lai novērstu nepilnības vai daļēju sakritību un noskaidrotu, ko šī atbildība nozīmē praksē. Direktīvā paredzētie kopīgie principi ir šādi.

- Pirmie trīs kopīgie principi (dalībvalstu iestādes skaidri nosaka aprūpes kvalitātes un drošības standartus, tiek nodrošināta piemērojamo standartu pārskatāmība pacientiem un nozares darbiniekiem, kā arī izveidoti mehānismi standartu īstenošanai praksē un pārraudzībai) ir izstrādāti, lai izveidotu galvenos elementus kvalitātes un drošības nodrošināšanai veselības aprūpē. Ar šiem elementiem izveido pamatelementus, kas vajadzīgi, lai pacientiem un nozares darbiniekiem radītu pārliecību par veselības aprūpes kvalitāti un drošību, jo visi pacienti un aprūpes sniedzēji darbojas, pildot noteiktus kopīgus pamatpienākumus.
- Ja pacientiem nav pieejama galvenā medicīniskā, finansiālā un praktiskā informācija, kas saistīta ar viņiem vajadzīgo veselības aprūpi, tas ir acīmredzams šķērslis brīvībai saņemt veselības pakalpojumus citā dalībvalstī, jo pacientiem rodas grūtības racionāli un informēti izvēlēties starp dažādiem pakalpojumu sniedzējiem, ieskaitot tos, kas ir citā dalībvalstī.
- Dalībvalstīm jānosaka procedūras un sistēmas, kas izmantojamas gadījumos, kad, sniedzot veselības aprūpi, nodarīts kaitējums. Protams, pacienti apzinās, ka veselības aprūpei var būt nelabvēlīgs rezultāts; ES 78 % iedzīvotāju uzskata, medicīniskas kļūmes ir nopietna problēma. Šīs bažas nav nepamatotas; pētījumi liecina, ka 10 % gadījumu veselības aprūpē nodara kaitējumu. Tādēļ ļoti svarīgi ir noteikt skaidrus un vienotus pienākumus, kas jāievēro gadījumos, kad veselības aprūpe ir izraisījusi kaitējumu, lai izvairītos no tā, ka neuzticības dēļ šie mehānismi ir šķērslis pārrobežu veselības aprūpē.
- Dalībvalstīm, kurās veic ārstniecību, jānodrošina arī mehānismi, kas pacientiem sniedz iespēju meklēt aizsardzības līdzekli un saņemt kompensāciju tāda kaitējuma gadījumā, kas nodarīts pārrobežu veselības aprūpē. Tomēr šādu mehānismu veida un iezīmju izvēle ir dalībvalstu ziņā, piemēram, profesionālās atbildības apdrošināšanas prasības, garantijas vai tamlīdzīgas saistības, kas ir līdzvērtīgas vai pamatā salīdzināmas attiecībā uz paredzēto pielietojumu. Ar šo prasību nodrošina vismaz līdzvērtīgu aizsardzību, sniedzot veselības aprūpi

pacienti, kas dzīvo citās dalībvalstīs. Lai attiecīgās prasības, sniedzot pārrobežu veselības aprūpi, būtu proporcionālas un pienācīgi ņemtu vērā garantijas, kas jau pastāv veselības aprūpes sniedzēja mītnes dalībvalstī, ja tās atšķiras, šādam regulējumam jābūt samērīgam ar riska veidu un apmēru.

- Lai nodrošinātu veselības aprūpes nepārtrauktību, jāsniedz attiecīgā informācija par veselību, proti, pacienta slimības vēsture, bet tas ir acīmredzami delikāts jautājums. Apspriedes liecināja par lielu neskaidrību par to, kā praksē vislabāk nodrošināt veselības informācijas pārsūtīšanu uz citām valstīm, ņemot vērā, ka nodrošinot personas datu aizsardzību, reizēm tiek kavēta atbilstīga datu sniegšana, kas ir ļoti būtiski, lai aprūpe būtu nepārtraukta. Tādēļ ir ļoti būtiski ieviest uzticību tam, ka privātās dzīves un personas datu aizsardzība tiks ievērota, arī pārsūtot informāciju par veselību uz citu dalībvalsti, lai novērstu, ka neuzticēšanās kļūst par šķērslī veselības pakalpojumu brīvai aprītei un ka datu pārsūtīšana kaitē aprūpes nepārtrauktībai, tādējādi radot papildu riskus veselības aizsardzībā.
- Lai novērstu nepastāvīgu ietekmi uz veselības aprūpi, ir svarīgi nodrošināt, ka pacientus gan no attiecīgās valsts, gan no citas sistēmas ārstē bez diskriminācijas. Ekonomikas ziņā tādējādi tiek novērsts nevēlams stimuls dot priekšroku pacientiem no ārzemēm, nevis vietējiem pacientiem un ilgstošs kaitējums kapitālieguldījumiem veselībā. Veselības ziņā pacientu līdzvērtīga ārstēšana ir ļoti svarīga, lai pārrobežu veselības aprūpes ietekme uz veselību, piemēram, gaidīšanas laiks, paliek samērīgi un realizējami. Turklāt saskaņā ar vienlīdzības un nediskriminācijas principiem pacientu diskriminācija dzimuma, rases, ādas krāsas, etniskās un sociālās izcelsmes, ģenētisko īpašību, valodas, ticības vai pārliecības, politisko vai jebkuru citu uzskatu dēļ, saistībā ar piederību nacionālajai minoritātei, īpašuma, izcelsmes, invaliditātes, vecuma vai dzimumorientācijas dēļ ir pilnībā aizliegta. Turklāt šī direktīva ievēro pamattiesības un ir saskaņā ar principiem, kas atzīti Eiropas Savienības Pamattiesību hartā, tādēļ tā ir jāīsteno un jāpiemēro, pienācīgi ievērojot tiesības uz vienlīdzību likuma priekšā un nediskriminācijas principu, saskaņā ar vispārējiem tiesību principiem, kas ir iekļauti Hartas 20. un 21. pantā.

7. III NODAĻA. VESELĪBAS APRŪPES SAŅEMŠANA CITĀ DALĪBVALSTĪ

7.1. Veselības aprūpe citā dalībvalstī

Eiropas Kopienu Tiesa vairākos spriedumos ir atzinusi pacientu kā apdrošināto personu tiesības saņemt citā dalībvalstī sniegtas aprūpes izdevumu atlīdzību no valsts sociālā nodrošinājuma sistēmas²². Eiropas Kopienu Tiesa ir nolēmusi, ka pakalpojumu sniegšanas brīvība nozīmē arī pakalpojumu saņēmēju, tostarp personu, kam nepieciešama ārstniecība, brīvību pārvietoties uz citu dalībvalsti, lai tur saņemtu šos pakalpojumus²³. Jāatceras, ka EK Tiesas judikatūra šajā jomā balstās uz atsevišķu

²² Skatīt konkrēti lietu C-158/96 *Kohll* [1998] ECR I-1931, lietu C-120/95 *Decker* [1998] ECR I-1831, lietu C-368/98 *Vanbraekel* [2001] ECR I-5363, lietu C-157/99 *Smits* un *Peerbooms* [2001] ECR I-5473, lietu C-56/01 *Inizan* [2003] ECR I-12403, lietu C-8/02 *Leichte* [2004] ECR I-2641, lietu C-385/99 *Müller-Fauré* un *Van Riet* [2003] ECR I-4503 un lietu C-372/04 *Watts* [2006] ECR I-4325.

²³ Skatīt konkrēti *Kohll* lietas 35. un 36. punktu.

pilsoņu iesniegtām prasībām, mēģinot īstenot individuālās tiesības, kas paredzētas EK līgumā.

Tiesa atzinusi arī, ka pakalpojumu sniegšanas brīvības ierobežojums EK līguma 49. panta nozīmē ir arī tas, ka dalībvalsts tiesību akti pacientam, uz ko šie tiesību akti attiecas, negarantē līdzvērtīgu atlīdzības līmeni par citā dalībvalstī saņemtu aprūpi, kāds tam būtu, ja aprūpe būtu saņemta piederības dalībvalstī²⁴. Pētījumi un apspriedes, kas veiktas pirms šo priekšlikumu izstrādes, liecina, ka pastāv zināma neskaidrība par to tiesību piemērošanu praksē, kas izriet no minētajiem spriedumiem, un tas savukārt rada šķēršļus pakalpojumu brīvai aprītei. Tādēļ direktīvā jārisina jautājumi, kas saistīti ar izdevumu atlīdzināšanu par citā dalībvalstī sniegtu veselības aprūpi, lai veicinātu tiesības sniegt un saņemt pakalpojumus. Tādējādi 6. un 7. panta un daļēji arī 8. un 9. panta noteikumos paredzēta izdevumu atlīdzināšana par citā dalībvalstī saņemtu veselības aprūpi, lai vienkāršotu veselības pakalpojumu sniegšanu.

Šī direktīva nereglamentē ne sociālā nodrošinājuma tiesību pārnesamību starp dalībvalstīm, nedz arī sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinēšanu. Vienīgā sociālā nodrošinājuma sistēma, uz ko attiecas direktīvas III nodaļas noteikumi, ir tās dalībvalsts sociālā nodrošinājuma sistēma, kurā pacients ir apdrošināts, un vienīgās tiesības uz atlīdzinājumu, uz kurām attiecas III nodaļa, ir tās, kas paredzētas saskaņā ar pacienta piederības valsts sociālā nodrošinājuma sistēmu. Noteikumus par citā dalībvalstī sniegtas veselības aprūpes pieejamību un ar to saistīto izdevumu atlīdzināšanu ievieš tāpēc, lai pacientiem un veselības aprūpes sniedzējiem būtu veselības aprūpes saņemšanas un sniegšanas brīvība un lai pacienta piederības dalībvalstī likvidētu nepamatotus šķēršļus šai pamatbrīvībai.

Priekšlikums nemaina dalībvalstu tiesības noteikt pabalstus, ko tās izvēlas sniegt. Ja kāda dalībvalsts saviem iedzīvotājiem neatlīdzina konkrētu ārstēšanas veidu izdevumus, šī direktīva neparedz jaunu tiesību piešķiršanu pacientiem, lai viņi varētu veikt šādu ārstēšanos ārzemēs un saņemt izdevumu atlīdzību. Turklāt šis priekšlikums neliedz dalībvalstīm attiecināt nacionālās sistēmas par pabalstiem natūrā arī uz ārzemēs sniegtu veselības aprūpi, un vairākas dalībvalstis jau ir īstenojušas šo iespēju. Ietekmes novērtējumā pieejamie pierādījumi liecina, ka brīvas aprītes principu piemērošana saistībā ar veselības aprūpes izmantošanu citā dalībvalstī, nepārsniedzot izmaksu atlīdzinājuma apjomu, kuru garantē piederības dalībvalsts veselības apdrošināšanas sistēma, nekaitē dalībvalstu veselības sistēmām, nedz arī to sociālā nodrošinājuma sistēmu ilgtspējai.

Ņemot vērā Eiropas Kopienu Tiesas judikatūru, nav lietderīgi ieviest vai paturēt prasību par iepriekšēju atļauju, lai piederības dalībvalsts sociālā nodrošinājuma sistēma atlīdzinātu izmaksas par citā dalībvalstī sniegtiem nestacionārās aprūpes pakalpojumiem. Ciktāl šādas aprūpes izdevumu atlīdzināšana nepārsniedz apjomu, kuru garantē piederības dalībvalsts veselības apdrošināšanas sistēma, prasības par iepriekšēju atļauju trūkums netraucē sociālā nodrošinājuma sistēmu finansiālo līdzsvaru²⁵. Attiecībā uz stacionāro aprūpi Eiropas Kopienu Tiesa tomēr ir atzinusi, ka nav iespējams izslēgt sociālā nodrošinājuma sistēmas finansiālā līdzsvara

²⁴ Skatīt konkrēti *Vanbraekel* lietas 45. punktu.

²⁵ Skatīt konkrēti *Kohll* lietas 42. punktu.

nopietnas izjaukšanas risku, vai arī mērķis saglabāt līdzsvarotus un visiem pieejamus medicīnas un stacionārās aprūpes pakalpojumus var būt būtisks vispārējo interešu iemesls, ar ko pamatot šķēršļus pakalpojumu sniegšanas brīvības principam. Turklāt Eiropas Kopienų Tiesa ir atzinusi, ka slimnīcu skaits, to ģeogrāfiskā sadale, organizēšana un tām piešķirtie resursi vai pat to piedāvāto medicīnas pakalpojumu veids ir aspekti, ko var plānot.

Tādēļ ar direktīvu neievieš vispārēju prasību par iepriekšēju atļauju, bet ļauj dalībvalstīm izveidot iepriekšēju atļauju sistēmu tādas stacionārās aprūpes izmaksu segšanai, kas saņemta citā dalībvalstī, un šo sistēmu piemēro, ja dalībvalstis var sniegt pierādījumus par šādu nosacījumu izpildi:

- gadījumā, ja aprūpe būtu sniegta minētās dalībvalsts teritorijā, tās izmaksas būtu uzņēmusies minētās valsts sociālā nodrošinājuma sistēma, un
- pēc šīs direktīvas īstenošanas pacientu aizplūšana ļoti nelabvēlīgi ietekmētu vai varētu ļoti nelabvēlīgi ietekmēt sociālā nodrošinājuma sistēmas finansiālo līdzsvaru un/vai ļoti nelabvēlīgi ietekmētu vai varētu ļoti nelabvēlīgi ietekmēt slimnīcu nozarē veikto plānošanu un racionalizāciju, kas saistīta ar slimnīcu atslogošanu, stacionārās aprūpes līdzsvarošanu un loģistikas un finanšu resursu izšķērdēšanas novēršanu, visiem pieejamu līdzsvarotu medicīnas un stacionāro pakalpojumu vai līdzsvarotas ārstniecības jaudas un kompetences saglabāšanu attiecīgās dalībvalsts teritorijā.

Tādos gadījumos un saskaņā ar attiecīgo judikatūru iepriekšēju atļauju sistēmas ieviešanai, kas ierobežotu to tiesību īstenošanu, kas pilsoņiem tieši piešķirtas EK līgumā, jābūt proporcionālai un pamatotai ar būtiskiem iemesliem, piemēram, tiem, kas minēti tajā pašā judikatūrā. Dažos gadījumos dalībvalstīm, iespējams, nav noteiktu izdevumu atlīdzības līmeņu kopuma konkrētiem aprūpes veidiem (piemēram, veselības sistēmās ar integrētu valsts finansējumu un pakalpojumu sniegšanu). Tādā gadījumā dalībvalstīm jāizveido mehānisms, kā aprēķināt šādas pārrobežu veselības aprūpes izmaksas, kas jāsedz obligātās sociālās nodrošināšanas sistēmai, ja šī mehānisma pamatā ir iepriekš zināmi objektīvi, nediskriminējoši kritēriji, un šādā veidā segtas izmaksas nav mazākas par tām, kas būtu segtas, ja tāda pati vai līdzvērtīga veselības aprūpe būtu sniegta piederības dalībvalsts teritorijā.

7.2. Nestacionārā aprūpe

Pamatojoties uz pārrobežu nestacionārās aprūpes pašreizējā un nākotnes apjoma novērtējumu, kā aprakstīts iepriekš, nav iemesla domāt, ka šāda aprūpe kaitēs veselības un sociālā nodrošinājuma sistēmu finansiālajai ilgtspējai kopumā vai veselības pakalpojumu organizēšanai, plānošanai vai sniegšanai²⁶. Tādējādi šķērslis brīvai aprītei, ko rada prasība par iepriekšēju atļauju minētajai pārrobežu nestacionārajai aprūpei, nav pamatots, un tādēļ tāda iepriekšēja atļauja nav jāpieprasa saistībā ar nestacionāro aprūpi.

Tomēr dalībvalstīs var būt ierobežojumi attiecībā uz pakalpojumu sniedzēja izvēli vai citiem plānošanas mehānismiem, ko piemēro valstī, tostarp nosacījumi,

²⁶ Skatīt konkrēti lietas *Müller-Fauré* un *van Riet* 93. punktu.

atbilstības kritēriji un reglamentējošas vai administratīvas formalitātes. Tos var piemērot arī pārrobežu nestacionārajai aprūpei, ja tiek ievērotas iekšējā tirgus brīvības un šādi ierobežojumi attiecībā uz piekļuvi nestacionārajai veselības aprūpei ārzemēs ir vajadzīgi, proporcionāli un nediskriminējoši.

7.3. Stacionārā aprūpe

Kā iepriekš minēts, Eiropas Kopienu Tiesa spriedumos atzinusi slimnīcu sniegto veselības pakalpojumu īpatnības, kuri jāplāno²⁷. Tomēr nav saskaņotas definīcijas, ko dažādās EK veselības sistēmās nozīmē stacionārā aprūpe. Šī dažādā izpratne rada atšķirīgas interpretācijas, īstenojot veselības pakalpojumu brīvas aprites principus, ko starp dalībvalstīm nodibinājusi Eiropas Kopienu Tiesa. Tādējādi atšķirības definīcijā var, no vienas puses, radīt šķērslī pacientu brīvībai saņemt veselības aprūpes pakalpojumus, jo uz pacientiem attiektos dažādi noteikumi šajā direktīvā atkarībā no stacionārās aprūpes definīcijas. Lai novērstu minēto šķērslī, jāsniedz Kopienas stacionārās aprūpes minimālās nozīmes definīcija. Šajā direktīvā ieviešot minimālo saskaņoto definīciju, tiek nodrošināts, lai starp veselības sistēmām nerodas konkurences traucējumi, jo uz tām attiecas saskaņoti noteikumi.

Stacionārās aprūpes definīcijai līdzīgākā bieži lietotā definīcija ir jēdzienam “stacionāro slimnieku aprūpe” (t. i., ārstniecība, kas nozīmē, ka vismaz viena nakts jāpavada slimnīcā vai klīnikā). Šā iemesla dēļ 8. panta 1. punktā sniegta minimālā Kopienas stacionārās aprūpes definīcija. Tomēr var būt lietderīgi par stacionāro aprūpi uzskatīt arī dažus citus ārstniecības veidus, piemēram, ārstēšanu slimnīcā, ja šai ārstēšanai vajadzīga ļoti specializēta un dārga medicīniskā infrastruktūra vai medicīniskās iekārtas, vai arī tā saistīta ar ārstēšanu, kas nozīmē zināmu risku pacientam vai iedzīvotājiem, tāpēc 8. panta 1. punktā arī teikts, ka Komisija var īpaši noteikt un regulāri atjaunināt tehnisku sarakstu ar šādiem ārstniecības veidiem.

Kā iepriekš minēts un ņemot vērā, ko ir lēmusi Eiropas Kopienu Tiesa par pakalpojumu brīvu apriti, ko piemēro saistībā ar pacientu mobilitāti, iepriekšējās atļaujas sistēma stacionārās citā dalībvalstī veiktas aprūpes izdevumu atlīdzināšanai var būt pamatota ar vajadzību plānot slimnīcu infrastruktūru daudzumu, to ģeogrāfisko izvietojumu, to organizācijas veidu, ierīces, ar ko tās jāaprīko, un pat to piedāvāto medicīnisko pakalpojumu veidu. Šādas plānošanas mērķi ir katrā dalībvalstī nodrošināt līdzsvarota kvalitatīvu stacionārās aprūpes pakalpojumu klāsta pieejamību, nodrošināt izmaksu efektīvu vadību, un, cik vien ir iespējams, izvairīties no finanšu, tehnisko vai cilvēkresursu izšķērdēšanas²⁸.

Tomēr līdzīgi kā ar nestacionāro aprūpi, pamatojoties uz pārrobežu stacionārās aprūpes pašreizējā un nākotnes apjoma novērtējumu, kā aprakstīts iepriekš, nav iemesla domāt, ka šāda aprūpe kaitēs veselības un sociālā nodrošinājuma sistēmu finansiālajai ilgtspējai kopumā vai veselības pakalpojumu organizēšanai, plānošanai vai sniegšanai. Lai gan attiecībā uz pārrobežu stacionāro aprūpi dalībvalstīm jābūt iespējai ieviest iepriekšēju atļauju sistēmu, lai risinātu situācijas, kurās ir nopietni apdraudēts vai, iespējams, ir nopietni apdraudēts to veselības un sociālā nodrošinājuma sistēmu līdzsvars, visiem pieejamu līdzsvarotu medicīnas un slimnīcu

²⁷ Skatīt konkrēti *Smits* un *Peerbooms* lietas 76. līdz 80. punktu.

²⁸ Skatīt vēlreiz it īpaši *Smits* un *Peerbooms* lietas 76. līdz 80. punktu.

pakalpojumu saglabāšana vai veselības aprūpes iespēju vai medicīniskās kompetences saglabāšana valsts teritorijā. Tomēr šādas iepriekšēju atļauju sistēmas jāpiemēro tikai tādos gadījumos, kad ir pierādījumi par to, ka pacientu aizplūšana pārrobežu stacionārās aprūpes dēļ ļoti nelabvēlīgi ietekmētu vai varētu ļoti nelabvēlīgi ietekmēt veselības aprūpes un sociālā nodrošinājuma sistēmu finansiālo ilgtspēju kopumā vai veselības pakalpojumu organizēšanu, plānošanu un sniegšanu un ka iepriekšēja atļauja ir nepieciešama un samērīga, lai saglabātu attiecīgās sociālā nodrošinājuma sistēmas finansiālo un organizatorisko līdzsvaru. Iepriekšēju atļauju sistēma jāierobežo, lai to varētu piemērot tikai vajadzības gadījumos un proporcionāli, lai novērstu minēto ietekmi, un to nedrīkst izmantot patvaļīgi diskriminācijai.

Katrā ziņā līdzīgi kā ar nestacionāro aprūpi valsts mēroga ierobežojumos, tostarp nosacījumus, atbilstības kritērijus un reglamentējošas vai administratīvas formalitātes, ko dalībvalstis piemēro plānošanas dēļ, var piemērot arī pārrobežu stacionārajai aprūpei, ja tiek ievērotas iekšējā tirgus brīvības un šādi ierobežojumi attiecībā uz piekļuvi stacionārai veselības aprūpei ārzemēs ir vajadzīgi, proporcionāli un nediskriminējoši.

7.4. Procesuālās garantijas

Saskaņā ar līdzšinējo judikatūru visas valsts administratīvās procedūras un lēmumi, ko attiecina uz pārrobežu pakalpojumu sniegšanu, ir šķēršļi pakalpojumu brīvai aprītei, ja vien tie nav objektīvi pamatoti, vajadzīgi un proporcionāli. Tas ir vēl uzskatāmāk veselības aprūpes jomā, jo administratīvā prakse būtiski atšķiras starp dalībvalstīm un nereti pat starp vienas dalībvalsts reģioniem. Tādēļ ir lietderīgi prasīt, lai valstu administratīvās procedūras saistībā ar veselības aprūpi citā dalībvalstī sniegtu pacientiem salīdzināmas garantijas attiecībā uz objektivitāti, nediskrimināciju un pārskatāmību tā, lai nodrošinātu, ka valsts iestāžu lēmumus pieņem laikus un ar pienācīgu uzmanību, ņemot vērā gan minētos vispārējos principus, gan katra gadījuma individuālos apstākļus. Tā jābūt procedūrās, kas saistītas ar finansiāliem jautājumiem, piemēram, izdevumu atlīdzināšanu (ieskaitot veselības aprūpes izdevumu atlīdzināšanu, kas radušies citā dalībvalstī pēc pacienta atgriešanās), bet arī medicīniskās procedūrās, piemēram, sniedzot norīkojumu vai vēršoties pēc cita atzinuma.

7.5. Informācija pacientiem un valsts kontaktpunkti

Atbilstoša informācija pacientiem ir priekšnosacījums, lai uzlabotu pacientu uzticību pārrobežu veselības aprūpei, kas savukārt vajadzīga, lai sasniegtu veselības pakalpojumu brīvu aprīti iekšējā tirgū, kā arī augsta līmeņa veselības aizsardzību. Pašreizējā prakse, kas saistīta ar informācijas sniegšanas pacientiem par pārrobežu veselības aprūpi dalībvalstīs, ir samērā ierobežota. Daudzi no tiem, kas piedalījās apspriedēs pirms šo priekšlikumu izstrādes, uzskata, ka patlaban pacientiem ir grūti apzināt savas tiesības saistībā ar pārrobežu veselības aprūpi. Nereti trūkst skaidras informācijas. Izplatīts viedoklis bija, ka daudzās dalībvalstīs pacienti neapzinās iespējas un savas tiesības saņemt ārstniecību ārzemēs un saņemt izdevumu atlīdzinājumu. Piemēram, pētījums, ko Francijā, Polijā, Apvienotajā Karalistē un Vācijā veica *Health Consumer Powerhouse*, norādīja, ka 25 % iedzīvotāju domā, ka

tiem nav tiesību saņemt ārstniecību ārzemēs, 30 % nav īsti pārliecināti²⁹. Kā iepriekš minēts, to apstiprināja *Eurobarometer* apsekojums³⁰, kas norādīja, ka 30 % Eiropas Savienības iedzīvotāju nezina par iespēju saņemt veselības aprūpi ārpus piederības valsts.

Tādēļ direktīvā paredzētas prasības par informāciju, kas jāsniedz pacientiem par visiem būtiskākajiem pārrobežu veselības aprūpes aspektiem, lai sasniegtu iekšējā tirgus mērķus. Lai uzlabotu informācijas sniegšanu pacientiem par pārrobežu veselības aprūpi, ir lietderīgi paredzēt, ka šai informācija jābūt viegli pieejamai un it īpaši ka jāizveido valsts kontaktpunkti pārrobežu veselības aprūpes jomā. Dalībvalstis var lemt gan par šo kontaktpunktu struktūru, gan skaitu. Valsts kontaktpunktus var arī iestrādāt vai iekļaut esošu informācijas centru darbībā, ja skaidri norāda, ka tie ir arī valsts kontaktpunkti pārrobežu veselības aprūpes jomā. Valsts kontaktpunktiem jābūt piemērotiem resursiem, lai sniegtu informāciju par pārrobežu veselības aprūpes iespējām un tām piemērojamajiem procesiem, kā arī vajadzības gadījumā jāsniedz praktiska palīdzība pacientiem. Informācija par procesiem, kā piekļūt pārrobežu aprūpei (piemēram, procedūras, kas jāievēro, izdevumu atlīdzināšanas grafiks), atšķiras no informācijas par pašu veselības aprūpi (piemēram, izmaksas, pieejamības grafiks, iznākumi), un to sniedz attiecīgie informācijas sniedzēji, un tā aprakstīta II nodaļā. Valsts kontaktpunktu pastāvēšana neliedz dalībvalstīm dibināt citus saistītus kontaktpunktus reģionālā vai vietējā mērogā, ja to prasa konkrētās veselības sistēmas īpaša uzbūve.

7.6. Veselības pakalpojumiem piemērojamie noteikumi

Pacientam, kurš saņem veselības aprūpi citā dalībvalstī, nevis tā, kurā viņš ir apdrošināts, ir ļoti svarīgi iepriekš zināt, kuri ir piemērojamie noteikumi. Nepieciešama pienācīga skaidrība gadījumos, kad veselības aprūpes sniedzēji uz laiku pārceļas uz citu dalībvalsti, lai tur sniegtu veselības aprūpi, vai pārrobežu veselības aprūpes gadījumos. Ievērojot to, ka saskaņā ar Līguma 152. panta 5. punktu veselības pakalpojumu un medicīniskās aprūpes organizēšana un sniegšana ir dalībvalstu kompetencē, veselības aprūpes (saskaņā ar definīciju šīs direktīvas 4. panta a) apakšpunktā) faktiskai sniegšanai piemērojamie noteikumi jābūt saskaņā ar ārstniecības dalībvalsts noteikumiem. Šā principa skaidrais formulējums ļaus pacientam izdarīt informētu izvēli un novērsīs neskaidrības un pārpratumus. Turklāt tas veicinās pacientu un veselības aprūpes nozares darbinieku savstarpēju uzticēšanos.

8. IV NODAĻA. SADARBĪBA VESELĪBAS APRŪPES JOMĀ

8.1. Sadarbības pienākums

Lai apzinātu pārrobežu veselības aprūpes potenciālu iekšējā tirgū, vajadzīga sadarbība starp pakalpojumu sniedzējiem, pircējiem un pārvaldes iestādēm dažādās dalībvalstīs valsts, reģionālā un vietējā līmenī, lai nodrošinātu drošu, kvalitatīvu un

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

³⁰ *Flash Eurobarometer* sērija Nr. 210, *Cross-border health services in the EU*, analītisks ziņojums, ko veica *The Gallup Organization* (Ungārija) pēc Eiropas Komisijas Veselības un patērētāju aizsardzības ģenerāldirektorāta (DG SANCO) pieprasījuma, 2007.

efektīvu pārrobežu aprūpi. Apsvēršanas procesā par pacientu mobilitāti³¹ veselības ministri un citas ieinteresētās personas noteica jomas, kurās visu dalībvalstu koordinētās darbības apjomradītie ietaupījumi valsts veselības sistēmās var sniegt pievienoto vērtību. Tas var būt saistīts ar kopīgu plānošanu, procedūru vai standartu savstarpēju atzīšanu vai pieņemšanu, attiecīgo valsts informācijas un saziņas sistēmu saderību, praktiskiem mehānismiem, lai nodrošinātu aprūpes nepārtrauktību vai praktisku pārrobežu veselības aprūpes veicināšanu, ar ko īslaicīgi vai reizēm darbojas veselības nozares darbinieki.

Lai sasniegtu mērķi izmantot iekšējā tirgus potenciālu, šajā direktīva paredzēta prasība, ka dalībvalstīm jāsniedz savstarpēja palīdzība, kas vajadzīga, lai šo direktīvu īstenotu un uzlabotu pārrobežu veselības aprūpes sniegšanu reģionālā un vietējā mērogā. Tā kā valsts, reģionāla un vietēja mēroga administratīvā prakse veselības aprūpes nozarē būtiski atšķiras, sadarbības starp dažādām veselības sistēmām palīdzēs novērst nevajadzīgus šķēršļus veselības pakalpojumu brīvai aprītei.

8.2. Citā dalībvalstī izrakstītu recepšu atzīšana

Zāļu nodrošināšana nereti būs pārrobežu veselības aprūpes daļa, un tās var izmantot pacienta pastāvīgā ārstniecības procesā, kas turpinās arī tad, ja pacients pārceļas uz citu valsti. Tomēr tas, cik lielā mērā tiek pieņemtas citā valstī izrakstītas receptes, būtiski atšķiras, kas rada praktiskus šķēršļus pārrobežu veselības aprūpei. Visām Kopienā licencētām zālēm jāatbilst saskaņotiem kvalitātes, drošības un efektivitātes standartiem, tāpēc principā jābūt iespējai dalībvalstī saņemt zāles ar receptēm, ko citā dalībvalstī konkrētam pacientam izrakstījusi pilnvarota persona, ja receptes autentiskums un saturs ir skaidri. Lai nodrošinātu augsta līmeņa veselības aizsardzību, vienlaikus veicinot veselības pakalpojumu brīvu aprīti, jāveic konkrēti pasākumi, lai pārbaudītu recepšu autentiskumu un pilnvaroto personu, kas tās izrakstījusi, lai nodrošinātu, ka pacients saprot informāciju par farmaceitisko preparātu (ņemot vērā nosaukumu un noformējuma atšķirības starp valstīm), un lai noteiktu attiecīgās zāles, un dažas zāļu kategorijas jāizslēdz.

8.3. Eiropas references tīkli un medicīnas tehnoloģijas novērtējums

Direktīvā paredzēta arī sadarbība jomās, kurās visu dalībvalstu koordinētās darbības apjomradītie ietaupījumi valsts veselības sistēmās var sniegt ievērojamu pievienoto vērtību. Tas attiecas uz Eiropas references tīkliem (15. pants), kam jānodrošina veselības aprūpe pacientiem, kuru apstākļi prasa īpašu resursu vai speciālo zināšanu koncentrēšanu, lai varētu sniegt kvalitatīvu, rentablu aprūpi un varētu kalpot arī kā medicīniskās izglītības un pētniecības, informācijas izplatīšanas un izvērtēšanas centri. Šādu Eiropas references centru tīklu veidošana palīdzēs sniegt augstas kvalitātes un rentablu aprūpi, kā arī palīdzēs īstenot iekšējā tirgus potenciālu šajā jomā, palielinot inovāciju izplatības ātrumu un apjomu medicīnas zinātnēs un medicīnas tehnoloģijā, un tādējādi tā nesīs labumu gan pacientiem, gan veselības sistēmām iekšējā tirgū, kā arī palīdzēs veicināt iespējami augstu aprūpes kvalitāti. Veselības pakalpojumu un medicīniskās aprūpes augsta līmeņa darba grupa jau ir

³¹ Sīkāka informācija un augsta līmeņa apsvēršanas procesa par pacientu mobilitāti un veselības aprūpes attīstību Eiropas Savienībā ziņojuma teksts atrodams http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/co_operation/mobility/patient_mobility_en.htm.

izstrādājusi vispārīgus kritērijus un nosacījumus, kas Eiropas references tīkliem ir jāievēro, un tie sīkāk jāprecizē, īstenojot pasākumus, kuros ņemti vērā pašreizējo izmēģinājuma projektu rezultāti.

Tāpat direktīvā paredzēta Kopienas medicīnas tehnoloģijas novērtējuma tīkla izveide (17. pants), kam jārosina sadarbība starp atbildīgajām valsts iestādēm un jāveicina objektīvas, ticamas, savlaicīgas, pārskatāmas un tālāk nododamas informācijas sniegšanu par medicīnas tehnoloģijas īstermiņa un ilgtermiņa efektivitāti, jāizveido efektīva apmaiņa ar šo informāciju sadarbības tīklā, kā arī jāsniedz atbalsts politisku lēmumu pieņemšanā dalībvalstīs. Patlaban šādi novērtējumi stipri atšķiras un nereti atkārtojas dalībvalstīs un starp tām attiecībā uz izmantotajām metodēm un inovāciju pastāvīgo ieviešanu, kas rada šķēršļus attiecīgās tehnoloģijas brīvai aprītei un (kopā ar pastāvīgajām atšķirībām veselības aprūpē) mazina uzticību drošības un kvalitātes standartiem Eiropas Savienībā. Sadarbība kopīgo kritēriju izstrādē ar mērķi izveidot faktu bāzi Kopienas mērogā palīdzēs izplatīt labāko pieredzi, novērst resursu dubultu izmantošanu un izstrādāt kopīgas pamatinformācijas paketes un metodes, ko dalībvalstis var izmantot, lai varētu visefektīvāk lietot jauno tehnoloģiju, terapiju un metodes, un līdzīgi kā Eiropas references tīkli, tā palīdzēs arī īstenot iekšējā tirgus potenciālu šajā jomā, palielinot inovāciju izplatības ātrumu un apjomu medicīnas zinātnēs un medicīnas tehnoloģijā.

8.4. E-veselība

Pārrobežu veselības aprūpe ne vienmēr nozīmē, ka pacientam vai nozares darbiniekam patiešām jādodas uz citu valsti, jo to var sniegt, izmantojot informācijas un saziņas tehnoloģijas, un šo piedāvājuma veidu sauc par “pārrobežu pakalpojumu sniegšanu jeb “e-veselību”. Šis piedāvājuma veids kļūst arvien svarīgāks, bet tas nozīmē arī konkrētas problēmas, nodrošinot, lai dalībvalstu veselības sistēmu atšķirīgās informācijas un saziņas tehnoloģijas būtu saderīgas (jeb “sadarbspējīgas”). Visā Kopienā, sniedzot veselības aprūpi, tiek izmantoti ļoti atšķirīgi un savstarpēji nesaderīgi informācijas un saziņas formāti un standarti, radot šķēršļus šāda veida pārrobežu veselības aprūpes sniegšanai un apdraudot veselības aizsardzību. Tādēļ šajā jomā jānodrošina Kopienas mēroga saskaņošana, lai panāktu dalībvalstu informācijas un saziņas tehnoloģijas savstarpēju saderību. Tomēr priekšlikums neparedz obligātu e-veselības sistēmu vai pakalpojumu ieviešanu, bet tā mērķis ir nodrošināt saderību, ja dalībvalstis izvēlas ieviest šādas sistēmas.

8.5. Datu vākšana

Lai gan Komisija (pamatojoties un plašajiem pētījumiem un apspriedēm, ko veica pirms šā priekšlikuma izstrādes) ir varējusi novērtēt pārrobežu veselības aprūpes gaidāmo apjomu un veidu, nav pieejami pietiekami vai salīdzināmi dati par pārrobežu aprūpi, lai varētu ilgā laikā novērtēt un pārvaldīt pārrobežu veselības aprūpi. Šādi dati ir ļoti būtiski, lai varētu pārraudzīt pārrobežu veselības aprūpi un tās ietekmi uz veselības sistēmām kopumā un tādējādi nodrošināt atbilstošu līdzsvaru starp veselības pakalpojumu brīvu sniegšanu, augsta līmeņa veselības aizsardzību un dalībvalstu tiesību ievērošanu attiecībā uz to veselības sistēmu vispārējo mērķu sasniegšanu.

8.6. Īstenošanas komiteja

Šīs direktīvas īstenošanai vajadzīgie pasākumi jāpieņem saskaņā ar Padomes Lēmumu 1999/468/EK, ar ko nosaka Komisijai piešķirto ieviešanas pilnvaru īstenošanas kārtību. Jo īpaši jāpiešķir Komisijai pilnvaras, lai šīs direktīvas nolūkos noteiktu: ārstniecības veidus, uz kuriem jāattiecina stacionārās aprūpes definīcija un kuru veikšanai nav nepieciešama pacienta diennakts uzturēšanās aprūpes vietā; papildu pasākumus, lai uz īpašām zāļu un vielu kategorijām neattiektos šajā direktīvā noteiktā citā valstī izrakstītu recepšu atzīšana; īpašu kritēriju un nosacījumu sarakstu, kas jāievēro Eiropas references tīkliem; Eiropas references tīklu izveides procedūru. Minētos pasākumus pieņem saskaņā ar regulatīvo kontroles procedūru, kas noteikta Lēmuma 1999/468/EK 5.a pantā, jo tie ir vispārēji un paredzēti, lai grozītu šīs direktīvas nebūtiskus elementus un papildinātu to ar jauniem nebūtiskiem elementiem.

Priekšlikums

EIROPAS PARLAMENTA UN PADOMES DIREKTĪVA

par pacienta tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē

EIROPAS PARLAMENTS UN EIROPAS SAVIENĪBAS PADOME,

ņemot vērā Eiropas Kopienas dibināšanas līgumu un jo īpaši tā 95. pantu,

ņemot vērā Komisijas priekšlikumu³²,

ņemot vērā Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komitejas atzinumu³³,

ņemot vērā Reģionu komitejas atzinumu³⁴,

apspriedusies ar Eiropas Datu aizsardzības uzraudzītāju³⁵,

rīkojoties saskaņā ar Līguma 251. pantā noteikto procedūru³⁶,

tā kā:

- (1) Līguma 152. panta 1. punkts paredz, ka, izstrādājot un īstenojot Kopienas politiku un darbības, vienmēr ir jānodrošina augsts sabiedrības veselības aizsardzības līmenis. Tas nozīmē, ka augsts sabiedrības veselības aizsardzības līmenis jānodrošina arī tad, ja Kopienas tiesību aktu juridiskais pamats ir citi Līguma noteikumi.
- (2) Ja ir izpildīti nosacījumi, lai par juridisko pamatu noteiktu Līguma 95. pantu, Kopienas tiesību aktos šo juridisko pamatu izmanto pat tad, ja veselības aizsardzība ir izšķirīgs faktors pieņemtajos lēmumos; šajā ziņā Līguma 95. panta 3. punkts skaidri nosaka, ka, tiecoties pēc saskaņošanas, jānodrošina augsts sabiedrības veselības aizsardzības līmenis, jo īpaši ņemot vērā visas izmaiņas, kuru pamatā ir zinātniski fakti.
- (3) Šī direktīva ievēro pamattiesības un ir saskaņā ar vispārējiem tiesību principiem, ko it īpaši atzīst Eiropas Savienības Pamattiesību harta, proti, tiesības uz veselības aprūpi un tiesības uz ārstniecību saskaņā ar nosacījumiem, kas paredzēti dalībvalstu tiesību aktos un praksē, ir atzītas Eiropas Savienības Pamattiesību hartas 35. pantā³⁷. Direktīvas īstenošanā un piemērošanā jo īpaši jāievēro tiesības uz privāto un ģimenes

³² OV C [...], [...], [...]. lpp.

³³ OV C [...], [...], [...]. lpp.

³⁴ OV C [...], [...], [...]. lpp.

³⁵ OV C [...], [...], [...]. lpp.

³⁶ OV C [...], [...], [...]. lpp.

³⁷ OV C 364, 18.12.2000., 1. lpp.

dzīvi, personas datu aizsardzība, vienlīdzība likuma priekšā un nediskriminācijas princips, tiesības uz iedarbīgiem aizsardzības līdzekļiem un taisnīgu tiesu saskaņā ar vispārējiem tiesību principiem, kas iekļauti Hartas 7., 8., 20., 21. un 47. punktā.

- (4) Kopienas veselības sistēmas ir Eiropas augstā līmeņa sociālās aizsardzības galvenā sastāvdaļa, un tās veicina sociālo kohēziju un sociālo taisnīgumu, kā arī ilgtspējīgu attīstību³⁸. Tās arī ir daļa no plašākas sistēmas, ko veido vispārējas nozīmes pakalpojumi.
- (5) Eiropas Kopienu Tiesa vairākos gadījumos ir apstiprinājusi, ka visi veselības pakalpojumi ir Līguma darbības jomā, vienlaikus atzīstot to īpašās iezīmes.
- (6) Eiropas Kopienu Tiesa jau ir risinājusi dažus jautājumus, kas saistīti ar pārrobežu veselības aprūpi, jo īpaši izdevumu atlīdzību par veselības aprūpi, kas sniegta citā dalībvalstī, bet ne tajā, kurā aprūpes saņēmējs ir rezidents. Veselības aprūpe nav iekļauta Eiropas Parlamenta un Padomes 2006. gada 12. decembra Direktīvas 2006/123/EK par pakalpojumiem iekšējā tirgū³⁹ darbības jomā, tādēļ ir svarīgi šiem jautājumiem veltīt īpašu Kopienas juridisku instrumentu, lai nodrošinātu atsevišķos Eiropas Kopienu tiesas spriedumos nodibināto principu vispārēju un efektīvu piemērošanu.
- (7) Eiropas Savienības Padome 2006. gada 1. un 2. jūnija secinājumos⁴⁰ pieņēma paziņojumu par “Eiropas Savienības veselības aizsardzības sistēmu kopējām vērtībām un principiem” un atzina to, ka īpaši nozīmīga ir tāda pārrobežu veselības pakalpojumu iniciatīva, kas, nodrošinot juridisko noteiktību, Eiropas pilsoņiem skaidri noteiktu to tiesības, pārvietojoties no dalībvalsts uz dalībvalsti.
- (8) Šīs direktīvas mērķis ir izveidot kopīgu regulējumu, lai Kopienā sniegtu drošu, kvalitatīvu un efektīvu veselības aprūpi un nodrošinātu pacientu mobilitāti un veselības aprūpes brīvību un augsta līmeņa veselības aizsardzību, vienlaikus pilnībā ievērojot to, ka dalībvalstu pienākumos ietilpst noteikt sociālā nodrošinājuma pabalstu apmēru veselības jomā un organizēt un sniegt veselības pakalpojumus un medicīnas aprūpi, kā arī izmaksāt sociālā nodrošinājuma pabalstus, jo īpaši slimības pabalstus.
- (9) Šī direktīva par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē attiecas uz visiem veselības aprūpes veidiem. Kā apstiprinājusi Eiropas Kopienu Tiesa, ne veselības aprūpes īpašās iezīmes, ne veids, kā tā ir organizēta vai finansēta, nemaina to, ka uz to attiecas brīvas aprites pamatprincips. Attiecībā uz ilgtermiņa aprūpi direktīva neattiecas uz palīdzību un atbalstu ģimenēm vai privātām personām, kam ilgstoši ir konkrētās vajadzības. Tā, piemēram, neattiecas arī uz aprūpes ēkām vai mājokļiem un palīdzību, ko vecāka gājuma personām un bērniem sniedz sociālie darbinieki vai brīvprātīgie, vai darbinieki, kas nav veselības aprūpes nozares darbinieki.
- (10) Šajā direktīvā jēdziens “pārrobežu veselības aprūpe” attiecas uz šādiem veselības aprūpes sniegšanas veidiem:

³⁸ Padomes secinājumi par Eiropas Savienības veselības aizsardzības sistēmu kopējām vērtībām un principiem, OV C 146, 22.6.2006., 1. lpp.

³⁹ OV L 376, 27.12.2006., 36. lpp.

⁴⁰ OV C 146, 22.6.2006., 1. lpp.

- veselības aprūpes izmantošana ārvalstīs (proti, pacients dodas uz citu dalībvalsti, lai ārstētos pie veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja tur); to sauc par “pacientu mobilitāti”;
 - pārrobežu veselības aprūpes sniegšana (proti, pakalpojuma piegāde no vienas dalībvalsts teritorijas uz citas dalībvalsts teritoriju); piemēram, tālmedicīnas pakalpojumi, diagnosticēšana un recepšu izrakstīšana no attāluma, laboratorijas pakalpojumi;
 - veselības aprūpes sniedzēja pastāvīga uzturēšanās (proti, veselības aprūpes sniedzējs veic uzņēmējdarbību arī citā dalībvalstī) un
 - personu pagaidu uzturēšanās (proti, medicīnas speciālistu mobilitāte, piemēram, īslaicīga uzturēšanās pacienta dalībvalstī, lai sniegtu pakalpojumus).
- (11) Padomes secinājumos par Eiropas Savienības veselības sistēmu kopējām vērtībām un principiem⁴¹ dalībvalstis ir atzinušas to, ka visām veselības sistēmām Kopienā ir vairāki kopīgi darbības principi. Šie darbības principi ir arī kvalitāte, drošība, un pierādījumiem pamatota un ētiska veselības aprūpe, pacienta dalība, sūdzību iesniegšanas iespēja, privātuma pamattiesības attiecībā uz personas datu apstrādi un konfidencialitāte. Pacientiem, nozares darbiniekiem un par veselības sistēmām atbildīgajām iestādēm ir jāspēj paļauties uz to, ka šos kopīgos principus ievēro un ka pastāv mehānismi to īstenošanai Kopienā. Tādēļ ir atbilstīgi pieprasīt, lai par šo darbības principu ievērošanu ir atbildīgas iestādes tajā dalībvalstī, kuras teritorijā sniedz veselības aprūpi. Tas ir vajadzīgs, lai nodrošinātu pacientu uzticēšanos pārrobežu veselības aprūpei, kas savukārt ir nepieciešama, lai nodrošinātu pacientu mobilitāti un veselības aprūpes pakalpojumu brīvu apriti iekšējā tirgū un augsta līmeņa veselības aizsardzību.
- (12) Ņemot vērā to, ka iepriekš nav iespējams zināt to, vai konkrēta veselības aprūpes sniedzēja veikto aprūpi saņems pacients no citas dalībvalsts vai pacients no pašu dalībvalsts, un lai nodrošinātu pārrobežu veselības aprūpes sniegšanas un saņemšanas brīvību, kas ir direktīvas mērķis, prasībām par kopīgiem principiem un skaidriem kvalitātes un drošības standartiem veselības aprūpē ir jāattiecas uz visiem veselības aprūpes veidiem. Dalībvalstu iestādēm ir jāievēro galvenās kopīgās vērtības (tās ir universālums, kvalitatīvas veselības aprūpes pieejamība, taisnīgums un solidaritāte), un Kopienas iestādes un visas dalībvalstis vienmēr ir atklāti atzinušas to, ka šīs vērtības ir raksturīgas visām veselības sistēmām Eiropā. Dalībvalstīm turklāt ir jānodrošina, kas šīs vērtības ievēro attiecībā uz citu dalībvalstu pacientiem un pilsoņiem un ka visus pacientus ārstē, vadoties pēc to veselības aprūpes vajadzībām, nevis pēc piederības konkrētas dalībvalsts sociālā nodrošinājuma sistēmai. To darot, dalībvalstīm jāievēro brīvas aprites princips iekšējā tirgū, nediskriminācija *inter alia* valstspiederības dēļ (vai juridiskām personām — tās dalībvalsts dēļ, kurā tie veic uzņēmējdarbību), jebkura brīvas aprites ierobežojuma nepieciešamība un proporcionalitāte. Tomēr šajā direktīvā nav noteikumu, kas paredz to, ka veselības aprūpes sniedzējiem citu valstu pacienti būtu jāpieņem plānveida ārstniecībai vai jāpieņem prioritārā kārtībā, kaitējot citiem pacientiem, kuriem ir tādas pašas veselības aprūpes vajadzības, piemēram, pagarinot to ārstniecības gaidīšanas laiku.

⁴¹ OV C 146, 22.6.2006., 1. lpp.

- (13) Turklāt citu dalībvalstu pacientiem jābauda tāda pati attieksme kā pacientiem no pašu dalībvalsts, un saskaņā ar vienlīdzības un nediskriminācijas principiem, kas atzīti Hartas 21. pantā, pacientu diskriminācija dzimuma, rases, ādas krāsas, etniskās un sociālās izcelsmes, ģenētisko īpašību, valodas, ticības vai pārliecības, politisko vai jebkuru citu uzskatu dēļ, saistībā ar piederību nacionālajai minoritātei, īpašuma, izcelsmes, invaliditātes, vecuma vai dzimumorientācijas dēļ ir pilnībā aizliegta. Dalībvalstis dažādām pacientu grupām drīkst paredzēt atšķirīgu ārstniecību vienīgi tad, ja tās var pierādīt, ka tam ir pienācīgs medicīnisks pamatojums, piemēram, īpaši pasākumi attiecībā uz sievietēm vai dažādam vecumu grupām (piemēram, bezmaksas vakcinācija bērniem vai vecāka gadu gājuma cilvēkiem). Turklāt šī direktīva ievēro pamattiesības un ir saskaņā ar principiem, kas atzīti Eiropas Savienības Pamattiesību hartā, tādēļ tā ir jāīsteno un jāpiemēro, pienācīgi ievērojot tiesības uz vienlīdzību likuma priekšā un nediskriminācijas principu, saskaņā ar vispārējiem tiesību principiem, kas ir iekļauti Hartas 20. un 21. pantā. Šo direktīvu piemēro, neskarot Padomes 2000. gada 29. jūnija Direktīvu 2000/43/EK, ar ko ievieš vienādas attieksmes principu pret personām neatkarīgi no rasu vai etniskās piederības, kā arī citas direktīvas, ar kurām īsteno EK līguma 13. pantu. Ievērojot iepriekš minēto, direktīva paredz pacientiem iespēju baudīt tādu pašu attieksmi, kāda ir pret ārstniecības dalībvalsts piederīgajiem, tostarp Kopienas tiesību aktos, kā arī ārstniecības dalībvalsts tiesību aktos paredzēto aizsardzību pret diskrimināciju.
- (14) Nekādā ziņā neviens pasākums, ko dalībvalstis pieņēmušas, lai nodrošinātu to, ka veselības aprūpi sniedz saskaņā ar skaidriem kvalitātes un drošības standartiem, nedrīkst papildus apgrūtināt veselības nozares darbinieku brīvu pārvietošanos, kas paredzēta Līgumā un ko jo īpaši reglamentē Eiropas Parlamenta un Padomes 2005. gada 7. septembra Direktīva 2005/36/EK par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu⁴².
- (15) Saskaņā ar pētniecības datiem 10 % gadījumu veselības aprūpe izraisa kaitējumu. Ļoti svarīgi ir noteikt skaidrus un vienotus pienākumus, kas jāpilda gadījumos, kad veselības aprūpe ir izraisījusi kaitējumu, lai izvairītos no tā, ka uzticēšanās trūkuma dēļ šie mehānismi ir šķērslis pārrobežu veselības aprūpē. Ārstniecības valsts sistēmu izraisītā kaitējuma atlīdzināšana un kompensācija nedrīkst skart dalībvalstu iespēju attiecināt savu valsts mēroga sistēmu darbību arī uz trešo valstu pacientiem, kas vēlas saņemt veselības aprūpi ārzemēs, ja tas pacientam ir izdevīgāk, jo īpaši gadījumā, kad pacientam ir nepieciešama aprūpe citā dalībvalstī.
- (16) Dalībvalstīm jānodrošina, lai pastāv mehānismi, kā aizsargāt pacientus, un kaitējuma kompensācija attiecībā uz aprūpi, kas sniegta to teritorijā, un lai tie ir samērīgi ar riska veidu un apmēru. Tomēr šāda mehānisma veida un/vai iezīmju izvēle ir dalībvalstu ziņā.
- (17) Tiesības uz personas datu aizsardzību ir Eiropas Savienības Pamattiesību hartas 8. pantā atzītas pamattiesības⁴³. Pārrobežu veselības aprūpes nepārtraukta norise ir atkarīga no personas datu sniegšanas par pacienta veselību. Jānodrošina šo personas datu brīva aprīte starp dalībvalstīm, vienlaikus aizsargājot personas pamattiesības.

⁴² OV L 255, 30.9.2005., 22. lpp. Direktīvā jaunākie grozījumi izdarīti ar Padomes Direktīvu 2006/100/EK (OV L 363, 20.12.2006., 141. lpp.).

⁴³ OV C 364, 18.12.2000., 1. lpp.

Eiropas Parlamenta un Padomes 1995. gada 24. oktobra Direktīva 95/46/EK par personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šo datu brīvu aprīti⁴⁴ nodibina personas tiesības piekļūt datiem par savu veselību, piemēram, pacienta slimības vēsturei, kurā ir informācija par diagnozēm, pārbaūžu rezultātiem, ārstējošo ārstu slēdzieniem un jebkādu sniegto ārstniecību vai iejaukšanos. Šos noteikumus piemēro arī attiecībā uz pārrobežu veselības aprūpi, uz ko attiecas šī direktīva.

- (18) Eiropas Kopienu Tiesa vairākos spriedumos ir atzinusi pacientu kā apdrošināto personu tiesības saņemt citā dalībvalstī sniegtas aprūpes izdevumu atlīdzību no valsts sociālā nodrošinājuma sistēmas. Eiropas Kopienu Tiesa ir nolēmusi, ka Līguma noteikumi par pakalpojumu sniegšanas brīvību nozīmē arī veselības aprūpes saņēmēju, tostarp personu, kam nepieciešama ārstniecība, brīvību pārvietoties uz citu dalībvalsti, lai tur saņemtu šo aprūpi. Tas pats attiecas uz veselības aprūpes saņēmējiem, kas vēlas saņemt veselības aprūpi citā dalībvalstī citā veidā, piemēram, izmantojot e-veselības pakalpojumus. Lai gan Kopienas tiesību akti neierobežo dalībvalstu tiesības organizēt savas veselības aprūpes un sociālā nodrošinājuma sistēmas, izmantojot minētās tiesības, dalībvalstīm jāievēro Kopienas tiesību aktu noteikumi, jo īpaši Līguma noteikumi par pakalpojumu sniegšanas brīvību. Šie noteikumi dalībvalstīm neļauj radīt vai saglabāt nepamatotus ierobežojumus, izmantojot šo brīvību veselības aprūpes jomā.
- (19) Saskaņā ar Eiropas Kopienu Tiesas nodibinātajiem principiem un neapdraudot dalībvalstu veselības aprūpes un sociālā nodrošinājuma sistēmu līdzsvaru, jānodrošina lielāka juridiskā noteiktība attiecībā uz veselības aprūpes izmaksu atlīdzināšanu pacientiem, kā arī veselības nozares darbiniekiem, veselības aprūpes sniedzējiem un sociālā nodrošinājuma iestādēm.
- (20) Šī direktīva neattiecas uz to veselības aprūpes izmaksu segšanu, kas rodas apdrošinātajām personām medicīnisku iemeslu dēļ, tām īslaicīgi uzturoties citā dalībvalstī. Šī direktīva arī neskar pacienta tiesības saņemt atļauju ārstniecībai citā dalībvalstī, ja izpildīti nosacījumi, ko paredz noteikumi par sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinēšanu, proti, 22. pants Padomes 1971. gada 14. jūnija Regulā (EK) Nr. 1408/71 par sociālā nodrošinājuma sistēmu piemērošanu darbiniekiem un viņu ģimenēm, kas pārvietojas Kopienā⁴⁵ un 20. pants Eiropas Parlamenta un Padomes 2004. gada 29. aprīļa Regulā (EK) Nr. 883/2004 par sociālās nodrošināšanas sistēmu koordinēšanu⁴⁶.
- (21) Lietderīgi noteikt, ka arī pacientiem, kas dodas saņemt veselības aprūpi citā dalībvalstī citos apstākļos nekā tie, kas paredzēti Regulā (EK) Nr. 1408/71 izveidotajā sociālā nodrošinājuma koordinēšanas sistēmā, ir tiesības izmantot pakalpojumu brīvas aprites principus saskaņā ar Līgumu un ar šīs direktīvas noteikumiem. Jāgarantē šādas veselības aprūpes izdevumu segšana pacientiem vismaz tādā apmērā, kāds par identisku vai līdzīgu veselības aprūpi tiem tiktu nodrošināts piederības dalībvalsts teritorijā. Minētais noteikums nekādi neskar dalībvalstu pienākumu noteikt to pilsoņiem pieejamo slimības pabalstu apmēru un būtiski neietekmē valsts veselības

⁴⁴ OV L 281, 23.11.1995, 31. lpp.

⁴⁵ OV L 149, 5.7.1971., 2. lpp. Regulā grozījumi izdarīti ar Regulu (EK) Nr. 1992/2006 (OV L 392, 30.12.2006., 1. lpp.).

⁴⁶ OV L 166, 30.4.2004., 1. lpp.

aprūpes sistēmu finansēšanu. Dalībvalstīm ir iespēja valsts tiesību aktos noteikt to, ka izmaksas atlīdzina, vadoties pēc likmēm, kas ir spēkā ārstniecības dalībvalstī, ja tas pacientam ir izdevīgāk. Jo īpaši tas var attiekties uz jebkādu ārstniecību, ko sniedz, izmantojot Eiropas references tīklus, kas minēti šīs direktīvas 15. pantā.

- (22) Tādēļ no pacienta viedokļa abas sistēmas ir saskanīgas; piemēro šo direktīvu vai Regulu Nr. 1408/71. Katrā ziņā jebkura apdrošinātā persona, kura pieprasa atļauju citā valstī saņemt ārstniecību, kas nepieciešama tās stāvoklī, vienmēr saņem šādu atļauju saskaņā ar Regulā 1408/71 un 883/04 paredzētajiem nosacījumiem, ja attiecīgo ārstniecību nevar saņemt no medicīniski pieņemamā laikposmā, ievērojot tās veselības stāvokli un iespējamo slimības gaitu. Pacientam nedrīkst liegt lielākas tiesības, kas noteiktas ar Regulu 1408/71 un 883/04, ja izpildīti attiecīgie nosacījumi.
- (23) Pacients var izvēlēties, kuram mehānismam dot priekšroku, bet nekādā ziņā pacientam neliedz tiesības, ko sniedz Regula 1408/71, ja minētās regulas piemērošana pacientam ir izdevīgāka.
- (24) Nekādā ziņā pacients nedrīkst gūt finansiālas priekšrocības no citā dalībvalstī sniegtas veselības aprūpes, un tādēļ izmaksu segšana jāattiecinā vienīgi uz saņemtās veselības aprūpes faktiskajām izmaksām.
- (25) Šī direktīva arī neparedz radīt tiesības uz atlīdzību par ārstniecību citā dalībvalstī gadījumā, ja atlīdzība par šādu ārstniecību nav paredzēta pacienta piederības dalībvalsts tiesību aktos. Šī direktīva tāpat arī neliedz dalībvalstīm pabalstu sistēmas natūrā attiecināt uz veselības aprūpi, kas saskaņā ar minēto sistēmu noteikumiem sniegta citā dalībvalstī.
- (26) Šī direktīva nereglamentē ne sociālā nodrošinājuma tiesību pārnēsāmību starp dalībvalstīm, ne cita veida sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinēšanu. Noteikumu par iepriekšēju atļauju un atlīdzību par citā dalībvalstī sniegtu veselības aprūpi vienīgais mērķis ir gan pacientiem, gan veselības aprūpes sniedzējiem nodrošināt veselības aprūpes aprites brīvību un pacienta piederības dalībvalstī likvidēt nepamatotus šķēršļus šai pamatbrīvībai. Tādēļ direktīva pilnībā ievēro atšķirības valstu veselības aprūpes sistēmās un dalībvalstu pienākumus organizēt un sniegt veselības pakalpojumus un medicīnas aprūpi.
- (27) Šī direktīva turklāt pacientiem nodrošina tiesības saņemt jebkuras zāles, kuru apgrozība ir atļauta dalībvalstī, kurā sniedz veselības aprūpi, pat tādā gadījumā, ja piederības dalībvalstī zāļu apgrozība nav atļauta, ar nosacījumu, ka šīs zāles ir citā dalībvalstī sniegtas iedarbīgas ārstniecības neatņemama sastāvdaļa.
- (28) Dalībvalstis var saglabāt vispārīgus nosacījumus, atbilstības kritērijus un reglamentējošas vai administratīvas formalitātes attiecībā uz veselības aprūpes saņemšanu un veselības aprūpes izmaksu atlīdzināšanu, piemēram, prasību par to, ka pirms konsultācijas ar ārstu speciālistu vai pirms stacionārās aprūpes saņemšanas jākonsultējas ar ģimenes ārstu, tas attiecas arī uz pacientiem, kas vēlas saņemt veselības aprūpi citā dalībvalstī, ar noteikumu, ka šādi nosacījumi ir nepieciešami, samērīgi mērķim, pamatoti un nav diskriminējoši. Tādējādi ir atbilstoša prasība par to, ka šos vispārējos nosacījumus un formalitātes ir jāpiemēro taisnīgi, pārredzami un nediskriminējoši, tiem jābūt iepriekš zināmiem, to pamatā pirmkārt jābūt medicīniskiem apsvērumiem, tie nedrīkst radīt papildu slogu pacientiem, kas vēlas

saņemt veselības aprūpi citā dalībvalstī, salīdzinot ar pacientiem, kas saņem ārstniecību savā piederības dalībvalstī, un ka lēmumi jāpieņem bez kavēšanās. Tas neskar dalībvalstu tiesības noteikt iepriekšējas atļaujas kritērijus vai nosacījumus gadījumā, ja pacienti vēlas saņemt veselības aprūpi savā piederības dalībvalstī.

- (29) Veselības aprūpe, ko saskaņā ar šīs direktīvas noteikumiem neuzskata par stacionāro aprūpi, ir uzskatāma par nestacionāro aprūpi. Saskaņā ar Tiesas judikatūru brīvas pakalpojumu aprītes jomā prasība par iepriekšēju atļauju, lai dalībvalsts sociālā nodrošinājuma sistēma atlīdzinātu izmaksas par citās valstīs sniegtiem nestacionārās aprūpes pakalpojumiem, nav pamatota. Ciktāl šādas aprūpes izdevumu atlīdzināšana nepārsniedz apjomu, kuru garantē piederības dalībvalsts veselības apdrošināšanas sistēma, prasības par iepriekšēju atļauju trūkums neizjauc sociālā nodrošinājuma sistēmu līdzsvaru.
- (30) Atšķirīgajās Kopienas veselības sistēmās nav vienotas stacionārās aprūpes definīcijas, un tādēļ jēdziena atšķirīgās interpretācijas var radīt šķērslī pacientu brīvībai saņemt veselības aprūpi. Lai šo šķērslī novērstu, ir jānosaka stacionārās aprūpes definīcija Kopienas mērogā. Stacionārā aprūpe parasti nozīmē pacienta diennakts uzturēšanos aprūpes sniegšanas vietā. Tomēr būtu lietderīgi stacionārās aprūpes definīcijā iekļaut arī tādu cita veida veselības aprūpi, kuras sniegšanai nepieciešama ārkārtīgi specializēta un dārga medicīnas infrastruktūra un aprīkojums (piemēram, augstās tehnoloģijas diagnostikas skeneri) vai kurā ietilpst ārstniecība, kas rada konkrētu risku pacientam un sabiedrībai (piemēram, nopietnu infekcijas slimību ārstniecība). Komisija, izmantojot komiteju procedūru, izveido īpašu šādas ārstniecības veidu sarakstu, ko regulāri atjaunina.
- (31) Pieejamie pierādījumi liecina, ka, piederības dalībvalsts veselības apdrošināšanas sistēmā piemērojot brīvas aprītes principu attiecībā uz veselības aprūpi citā dalībvalstī, netiks ietekmētas dalībvalstu veselības sistēmas vai to sociālā nodrošinājuma sistēmu finansiālā ilgtspēja. Tomēr Eiropas Kopienu Tiesa ir atzinusi, ka starp obligātiem vispārējās nozīmes iemesliem, kas pamato izņēmumu no brīvas pakalpojumu aprītes principa piemērošanas, var būt arī potenciāls nopietns sociālā nodrošinājuma sistēmas finansiālā līdzsvara apdraudējums vai mērķis saglabāt līdzsvarotu visiem pieejamu medicīnas un stacionāro aprūpi. Eiropas Kopienu Tiesa ir atzinusi arī to, ka slimnīcu skaits, to ģeogrāfiskais sadalījums, organizatoriskā uzbūve, aprīkojums un telpas vai pat to piedāvāto medicīnas pakalpojumu veids ir jautājumi, attiecībā uz kuriem jāparedz plānošanas iespēja. Šai direktīvai jāizveido iepriekšēju atļauju sistēma tādas stacionārās aprūpes izmaksu segšanai, kas saņemta citā dalībvalstī, ja izpildīti šādi nosacījumi: gadījumā, ja aprūpe būtu sniegta minētās dalībvalsts teritorijā, tās izmaksas būtu uzņēmusies minētās valsts sociālā nodrošinājuma sistēma, un pēc šīs direktīvas īstenošanas pacientu aizplūšana ļoti nelabvēlīgi ietekmētu vai varētu ļoti nelabvēlīgi ietekmēt sociālā nodrošinājuma sistēmas finansiālo līdzsvaru un/vai ļoti nelabvēlīgi ietekmētu vai varētu ļoti nelabvēlīgi ietekmēt slimnīcu nozarē veikto plānošanu un racionalizāciju, kas saistīta ar slimnīcu atslogošanu, stacionārās aprūpes līdzsvarošanu un loģistikas un finanšu resursu izšķērdēšanas novēršanu, visiem pieejamu līdzsvarotu medicīnas un stacionāro pakalpojumu vai līdzsvarotas ārstniecības jaudas un kompetences saglabāšanu attiecīgās dalībvalsts teritorijā. Precīzam paredzamās pacientu aizplūšanas ietekmes novērtējumam nepieciešamas sarežģītas aplēses un aprēķini, tādēļ direktīva ļauj iepriekšēju atļauju sistēmu piemērot arī tad, ja ir pietiekams pamats uzskatīt, ka sociālā nodrošinājuma sistēma tiks ļoti

nelabvēlīgi ietekmēta. Tam jāattiecas arī uz gadījumiem, kad jau pastāv iepriekšējas atļaujas sistēmas, kas ir saskaņā ar 8. pantā izklāstītajiem nosacījumiem.

- (32) Katrā ziņā, ja dalībvalsts ir nolēmusi izveidot sistēmu, saskaņā ar kuru ir jāsaņem iepriekšēja atļauja, lai saņemtu izdevumu atlīdzību par stacionāro vai specializēto aprūpi, kas citās dalībvalstīs sniegta saskaņā ar šīs direktīvas noteikumiem, izdevumi par šādu citā dalībvalstī sniegtu aprūpi piederības dalībvalstij ir jāatlīdzina tādā apmērā, kādā tie tiktu atlīdzināti gadījumā, ja identiska vai līdzīga veselības aprūpe tiktu sniegta piederības dalībvalstī, bet nepārsniedzot saņemtās veselības aprūpes faktiskās izmaksas. Tomēr, pastāvot Regulas (EK) Nr. 1408/71 22. panta 2. punktā izklāstītajiem nosacījumiem, atļauja jāsniedz un pabalsti jāpiešķir saskaņā ar minēto regulu. Tas jo īpaši attiecas uz gadījumiem, kad atļauju sniedz pēc pieprasījuma administratīvas izskatīšanas vai izskatīšanas tiesā un attiecīgā persona ir saņēmusi ārstniecību citā dalībvalstī. Tādā gadījumā šīs direktīvas 6., 7., 8., un 9. pantu nepiemēro. Minētais noteikums ir saskaņā ar Eiropas Kopienų Tiesas judikatūru, kurā noteikts, ka pacientiem, kuri saņēmuši atļaujas atteikumu, kas pēc tam atzīts par nepamatotu, ir tiesības saņemt citā dalībvalstī saņemtas ārstniecības izmaksu atlīdzību pilnā apmērā saskaņā ar noteikumiem ārstniecības dalībvalsts tiesību aktos.
- (33) Dalībvalstu izveidotajām procedūrām attiecībā uz pārrobežu veselības aprūpi ir jāgarantē pacientiem objektivitāte, nediskriminācija un pārredzamība, nodrošinot to, ka valsts iestāžu lēmumi tiek pieņemti laikus un to pieņemšanā ir pienācīgi ievēroti šie vispārīgie principi un katra atsevišķā gadījuma konkrētie apstākļi. Tas attiecas arī uz tādu veselības aprūpes izdevumu faktisko atlīdzināšanu, kas citā dalībvalstī radušies pēc pacienta atgriešanās. Pacientiem jāuzzina lēmums par pārrobežu veselības aprūpi piecpadsmit kalendāra dienu laikā. Tomēr šim laikposmam jābūt īsākam, ja tam iemesls ir konkrētās ārstniecības steidzamība. Nekādā ziņā šie vispārīgie noteikumi nedrīkst skart atzīšanas procedūras un noteikumus pakalpojumu jomā, kas paredzēti Eiropas Parlamenta un Padomes 2005. gada 7. septembra Direktīvā 2005/36/EK par profesionālo kvalifikāciju savstarpēju atzīšanu.
- (34) Lai ļautu pacientiem praksē izmantot tiesības uz pārrobežu veselības aprūpi, ir vajadzīga atbilstoša informācija par visiem pārrobežu veselības aprūpes būtiskajiem aspektiem. Visefektīvākais mehānisms šādas informācijas sniegšanai pārrobežu veselības aprūpes jomā ir tādu centrālu kontaktpunktu izveide katrā dalībvalstī, kuros pacienti var vērsties un kuri var sniegt informāciju par pārrobežu veselības aprūpi, ievērojot arī attiecīgās dalībvalsts veselības sistēmas prasības. Lai noskaidrotu jautājumus par pārrobežu veselības aprūpes aspektiem, ir nepieciešama arī sadarbība starp dažādu dalībvalstu iestādēm, tādēļ šie centrālie kontaktpunkti varētu arī veidot sadarbības tīklu, kurā varētu efektīvi risināt šādus jautājumus. Šiem kontaktpunktiem ir savstarpēji jāsadarbojas un jāsniedz pacientiem informētas izvēles iespēja attiecībā uz pārrobežu veselības aprūpi. Tiem ir arī jāsniedz informācija par risinājumiem, kas pieejami, ja pārrobežu veselības aprūpē rodas problēmas, jo īpaši par pārrobežu strīdu izšķiršanas veidiem ārpustiesas ceļā.
- (35) Pacientam, kurš saņem veselības aprūpi citā dalībvalstī, nevis tajā, kurā viņš ir apdrošināts, ir ļoti svarīgi iepriekš zināt, kuri ir piemērojamie noteikumi. Tāda pati skaidrība nepieciešama gadījumos, kad veselības aprūpes sniedzēji uz laiku pārceļas uz citu dalībvalsti, lai tur sniegtu veselības pakalpojumus, vai pāri robežām sniegtas veselības aprūpes gadījumos. Šādos gadījumos piemēro tos veselības aprūpi reglamentējošos noteikumus, kas ir spēkā ārstniecības dalībvalstī, saskaņā ar 5. pantā

izklāstītajiem vispārīgajiem principiem un ievērojot to, ka saskaņā ar Līguma 152. panta 5. punktu veselības pakalpojumu un medicīniskās aprūpes organizēšana un sniegšana ir dalībvalstu kompetencē. Šis noteikums ļaus pacientam izdarīt informētu izvēli un novērsīs neskaidrības un pārpratumus. Turklāt tas veicinās pacientu un veselības aprūpes sniedzēja savstarpēju uzticēšanos.

- (36) Lēmumam par šādu valsts kontaktpunktu veidu un skaitu jābūt dalībvalstu ziņā. Valsts kontaktpunktus var arī iekļaut pastāvošajos informācijas centros vai tādējādi papildināt informācijas centru darbības, ja vien pārrobežu veselības aprūpes valsts kontaktpunkta funkcija ir skaidri norādīta. Jānodrošina, lai valsts kontaktpunktiem būtu pienācīgs aprīkojums, lai sniegtu informāciju par pārrobežu veselības aprūpes būtiskajiem aspektiem un vajadzības gadījumā — praktisku palīdzību pacientiem. Komisijai ir jāsadarbības ar dalībvalstīm, lai vienkāršotu sadarbību attiecībā uz pārrobežu veselības aprūpes kontaktpunktiem, attiecīgo informāciju darot pieejamu arī Kopienas mērogā, piemēram, izmantojot Eiropas veselības portālu. Valsts kontaktpunktu pastāvēšana neliedz dalībvalstīm dibināt citus saistītus kontaktpunktus reģionālā vai vietējā mērogā, ja to prasa konkrētās veselības sistēmas īpaša uzbūve.
- (37) Lai apzinātu iekšējā tirgus potenciālu pārrobežu veselības aprūpes jomā, ir nepieciešama dažādu dalībvalstu pakalpojumu sniedzēju, pircēju un regulatoru sadarbība valsts, reģionālā vai vietējā mērogā, tādējādi panākot drošu, augstas kvalitātes un efektīvu pārrobežu aprūpi. Tas jo īpaši attiecas uz sadarbību pierobežas apgabalos, kur pārrobežu pakalpojumu sniegšana varētu būt visefektīvākais līdzeklis, kā vietējos iedzīvotājus nodrošināt ar veselības pakalpojumiem, bet tam ir nepieciešama dažādu dalībvalstu veselības sistēmu sadarbība, lai nodrošinātu ilgstošu pārrobežu pakalpojumu sniegšanu. Šāda sadarbība var būt saistīta ar kopīgu plānošanu, savstarpēju atzīšanu vai procedūru vai standartu pieņemšanu, attiecīgo valsts informācijas un saziņas tehnoloģijas sistēmu saderību, praktiskiem mehānismiem, lai nodrošinātu aprūpes turpināšanos, vai tādas pārrobežu veselības aprūpes praktisku vienkāršošanu, ko veselības nozares darbinieki veic īslaicīgi vai dažos gadījumos. Direktīva 2005/36/EK par profesionālo kvalifikāciju savstarpēju atzīšanu nosaka, ka īslaicīgu vai gadījuma rakstura pakalpojumu sniegšanu citā dalībvalstī, arī ja pakalpojumu sniedz veselības nozares darbinieki, nedrīkst ierobežot tādu iemeslu dēļ, kas saistīti ar profesionālo kvalifikāciju, ja vien to neparedz īpaši Kopienas tiesību aktu noteikumi. Šī direktīva neskar attiecīgos Direktīvas 2005/36/EK noteikumus.
- (38) Komisijai ir jārosina dalībvalstu sadarbība jomās, kas noteiktas šīs direktīvas IV nodaļā, un saskaņā ar Līguma 152. panta 2. punktu tā ciešā saziņā ar dalībvalstīm var nākt klajā ar lietderīgām iniciatīvām šādas sadarbības atvieglošanai un veicināšanai. Īpaša uzmanība jāpievērš iespējai izmantot Eiropas teritoriālās sadarbības grupas (ETSG) palīdzību.
- (39) Ja zāles pacienta dalībvalstī ir atļautas saskaņā ar Eiropas Parlamenta un Padomes 2001. gada 6. novembra Direktīvu 2001/83/EK par Kopienas kodeksu, kas attiecas uz cilvēkiem paredzētām zālēm⁴⁷, un konkrētam pacientam citā dalībvalstī ir izrakstīta recepte šīm zālēm, principā jābūt iespējai šādu recepti medicīniski atzīt un izmantot

⁴⁷ OV L 311, 28.11.2001., 67. lpp. Direktīvā jaunākie grozījumi izdarīti ar Eiropas Parlamenta un Padomes Regulu (EK) Nr. 1901/2006 (OV L 378, 27.12.2006., 1. lpp.).

pacienta dalībvalstī. Šādas atzīšanas regulējuma un administratīvo šķēršļu novēršana neskar nepieciešamību saņemt pacienta ārstējošā ārsta vai farmaceita pienācīgu piekrišanu katrā atsevišķā gadījumā, ja tas vajadzīgs veselības aizsardzībai un ir samērojams ar šo mērķi. Šāda medicīniska atzīšana arī neskar piederības dalībvalsts lēmumu par atlīdzības attiecināšanu uz šādām zālēm piederības dalībvalsts sociālā nodrošinājuma sistēmā. Atzīšanas principa īstenošanu vienkāršos, pieņemot pasākumus, kas nepieciešami, lai garantētu pacienta drošību un izvairītos no zāļu neparedzētas un nejaušas lietošanas.

- (40) Eiropas references tīkliem jāsniedz veselības aprūpe visiem pacientiem, kuri ir tādos apstākļos, kas prasa īpašu resursu un zināšanu koncentrāciju, lai sniegtu pieejamu, ļoti kvalitatīvu un izmaksām atbilstošu aprūpi, un šiem tīkliem arī jānodrošina informācijas apmaiņa par apmācību un pētniecību medicīnas jomā un par informācijas izplatīšanu un novērtēšanu. Eiropas references tīklu noteikšanas un izveides mehānisms ir vajadzīgs, lai Eiropas mērogā nodrošinātu visiem pacientiem un veselības nozares darbiniekiem pieejamas kopīgas plašas zināšanas konkrētā medicīnas jomā.
- (41) Tehnoloģijas pilnveidošana pārrobežu veselības aprūpē, izmantojot informācijas un saziņas tehnoloģiju, var radīt situāciju, kad nav skaidra dalībvalstu pārraudzības pienākumu izpilde, un tas var kavēt veselības aprūpes brīvu apriti un darīt iespējamus citus veselības aizsardzības riskus, sniedzot šādu veselības aprūpi. Informācijas un saziņas tehnoloģijai, ko Kopienā izmanto pārrobežu veselības aprūpes sniegšanai, raksturīgi ļoti atšķirīgi un nesaderīgi formāti un standarti, un tas rada šķēršļus šāda veida pārrobežu veselības aprūpes sniegšanai līdz ar varbūtēju veselības aizsardzības risku. Lai šajās jomās varētu pietiekami ātri noteikt un atjaunināt pienākumus un standartus, ievērojot jaunākās izmaiņas attiecīgajā tehnoloģijā un metodēs, Kopienas mērogā ir jāaskaņo attiecīgie noteikumi un jāsniedz pilnvaras, kas ļautu Komisijai pieņemt īstenošanas pasākumus.
- (42) Veselības aprūpes un konkrēti pārrobežu veselības aprūpes efektīvai uzraudzībai, plānošanai un pārvaldībai ir nepieciešami parastie statistikas dati un papildu dati par pārrobežu veselības aprūpi, un, lai nodrošinātu to, ka pārrobežu veselības aprūpe tiek pienācīgi uzraudzīta un plānota, cik vien iespējams šādu datu sagatavošana ir jāintegrē pastāvošajās datu vākšanas sistēmās, tostarp tādās atbilstošās Kopienas mēroga struktūrās kā Kopienas statistikas sistēma un jo īpaši Eiropas Parlamenta un Padomes Regula (EK) Nr. .../... par Kopienas statistiku par sabiedrības veselību un veselības aizsardzību un drošību darbā [COM(2007)46], veselības informācijas sistēma, kas izveidota ar Eiropas Parlamenta un Padomes 2002. gada 23. septembra Lēmumu Nr. 1786/2002/EK par Kopienas rīcības programmas pieņemšanu sabiedrības veselības aizsardzības jomā (2003–2008)⁴⁸ un citi uzraudzības pasākumi, piemēram, tie, ko veic Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs, kas izveidots ar Eiropas Parlamenta un Padomes 2004. gada 21. aprīļa Regulu (EK) Nr. 851/2004, ar ko izveido Eiropas Slimību profilakses un kontroles centru⁴⁹.
- (43) Medicīnas zinātnes un veselības tehnoloģijas nepārtrauktais pilnveidošanas darbs dalībvalstu veselības sistēmām sniedz iespējas un vienlaikus rada grūtības. Sadarbība

⁴⁸ OV L 271, 9.10.2002., 1. lpp.

⁴⁹ OV L 142, 30.4.2004., 1. lpp.

jaunās tehnoloģijas novērtēšanā var dalībvalstīm dot apjomradītus ietaupījumus, nodrošināt to, ka darbs netiek dublēts, un sniegt labāku pierādījumu pamatu jaunās tehnoloģijas optimālai izmantošanai, lai veselības aprūpe būtu droša, augstas kvalitātes un efektīva. Tas uzlabos iekšējā tirgus darbību, jo medicīnas zinātnes un veselības tehnoloģijas inovācijas izplatīsies maksimāli ātri un plašā mērogā. Šādai sadarbībai nepieciešamas atzītas struktūras, kuru darbā iesaistītas visas dalībvalstu atbildīgās iestādes, turpinot pastāvošos izmēģinājuma projektus.

- (44) Šīs direktīvas īstenošanai vajadzīgie pasākumi jāpieņem saskaņā ar Padomes 1999. gada 28. jūnija Lēmumu 1999/468/EK, ar ko nosaka Komisijai piešķirto ieviešanas pilnvaru īstenošanas kārtību⁵⁰.
- (45) Konkrēti jāpiešķir Komisijai pilnvaras pieņemt šādus pasākumus: to ārstniecības veidu sarakstu, uz kuriem jāattiecina stacionārās aprūpes definīcija un kuru veikšanai nav nepieciešama pacienta diennakts uzturēšanās aprūpes vietā; papildu pasākumus, lai uz īpašām zāļu un vielu kategorijām neattiektos šajā direktīvā noteiktā citā valstī izrakstītu recepšu atzīšana; īpašu kritēriju un nosacījumu sarakstu, kas jāievēro Eiropas references tīkliem; Eiropas references tīklu izveides procedūru. Minētos pasākumus pieņem saskaņā ar regulatīvo kontroles procedūru, kas noteikta Lēmuma 1999/468/EK 5.a pantā, jo tie ir vispārēji un paredzēti, lai grozītu šīs direktīvas nebūtiskus elementus un papildinātu to ar jauniem nebūtiskiem elementiem.
- (46) Kopiena var pieņemt pasākumus saskaņā ar subsidiaritātes principu, kas noteikts EK līguma 5. pantā, jo šīs direktīvas mērķi, proti, izveidot regulējumu, lai Eiropas Savienībā sniegtu drošu, ļoti kvalitatīvu un efektīvu pārrobežu veselības aprūpi, nav pienācīgi sasniedzami dalībvalstu līmenī, un tādēļ, ņemot vērā rīcības mērogu, ir labāk sasniedzami Kopienas līmenī. Saskaņā ar minētajā pantā noteikto proporcionalitātes principu šī direktīva nepārsniedz to, kas ir vajadzīgs šo mērķu sasniegšanai,

IR PIEŅĒMUŠI ŠO DIREKTĪVU.

I NODAĻA

VISPĀRĪGI NOTEIKUMI

1. pants

Mērķis

Ar direktīvu izveido visaptverošu regulējumu drošas, ļoti kvalitatīvas un efektīvas pārrobežu veselības aprūpes sniegšanai.

⁵⁰ OV L 184, 17.7.1999., 23. lpp. Lēmums grozīts ar Lēmumu 2006/512/EK (OV L 200, 22.7.2006., 11. lpp.).

2. pants

Darbības joma

Šī direktīva attiecas uz jebkādu veselības aprūpi neatkarīgi no veida, kā tā ir organizēta, sniegta vai finansēta, un no tā, vai aprūpe ir sniegta publiskajā vai privātajā sektorā.

3. pants

Saikne ar citiem Kopienas noteikumiem

1. Šo direktīvu piemēro, neskarot:

- a) Direktīvu 95/46/EK par personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti un Direktīvu 2002/58/EK par personas datu apstrādi un privātās dzīves aizsardzību elektronisko komunikāciju nozarē⁵¹;
- b) Eiropas Parlamenta un Padomes 2004. gada 31. marta Regulu (EK) Nr. 726/2004, ar ko nosaka cilvēkiem paredzēto un veterināro zāļu reģistrēšanas un uzraudzības Kopienas procedūras un izveido Eiropas Zāļu aģentūru⁵² un Direktīvu 2001/83/EK par Kopienas kodeksu, kas attiecas uz cilvēkiem paredzētām zālēm;
- c) Eiropas Parlamenta un Padomes 2001. gada 4. aprīļa Direktīvu 2001/20/EK par dalībvalstu normatīvo un administratīvo aktu tuvināšanu attiecībā uz labas klīniskās prakses ieviešanu klīniskās izpētes veikšanā ar cilvēkiem paredzētiem zālēm⁵³;
- d) Eiropas Parlamenta un Padomes 1996. gada 16. decembra Direktīvu 96/71/EK par darba ņēmēju norīkošanu darbā pakalpojumu sniegšanas jomā⁵⁴;
- e) Padomes 2000. gada 29. jūnija Direktīvu 2000/43/EK, ar ko ievieš vienādas attieksmes principu pret personām neatkarīgi no rasu vai etniskās piederības;
- f) noteikumus par sociālā nodrošinājuma shēmu koordinēšanu, proti, 22. pantu Padomes 1971. gada 14. jūnija Regulā (EK) Nr. 1408/71 par sociālā nodrošinājuma sistēmu piemērošanu darbiniekiem un viņu ģimenēm, kas pārvietojas Kopienā,⁵⁵ un Eiropas Parlamenta un Padomes 2004. gada

⁵¹ OV L 201, 31.7.2002., 37. lpp. Direktīvā jaunākie grozījumi izdarīti ar Direktīvu 2006/24/EK (OV L 105, 13.4.2006., 54. lpp.).

⁵² OV L 136, 30.4.2004., 1. lpp. Regulā grozījumi izdarīti ar Regulu (EK) Nr. 1901/2006 (OV L 378, 27.12.2006., 1. lpp.).

⁵³ OV L 121, 1.5.2001., 34. lpp.

⁵⁴ OV L 18, 21.1.1997., 1. lpp.

⁵⁵ OV L 149, 5.7.1971., 2. lpp. Regulā jaunākie grozījumi izdarīti ar Regulu (EK) Nr. 1992/2006 (OV L 392, 30.12.2006., 1. lpp.).

29. aprīļa Regulā (EK) Nr. 883/2004 par sociālās nodrošināšanas sistēmu koordinēšanu⁵⁶;

- g) 2006. gada 5. jūlija Regulu (EK) Nr. 1082/2006 par Eiropas teritoriālās sadarbības grupu (ETSG)⁵⁷.
2. Pastāvot apstākļiem, kuros saskaņā ar Regulas (EK) Nr. 1408/71 22. pantu ir jāpiešķir atļauja doties uz citu dalībvalsti, lai saņemtu pienācīgu ārstniecību, piemēro minētās regulas noteikumus, bet šīs direktīvas 6., 7., 8., un 9. pantu nepiemēro. Un otrādi, ja apdrošinātā persona citos gadījumos vēlas saņemt veselības aprūpi citā dalībvalstī, piemēro šīs direktīvas 6., 7., 8., un 9. pantu, bet Padomes Regulas (EK) Nr. 1408/71 22. pantu nepiemēro. Tomēr visos gadījumos, kad ir Regulas (EK) Nr. 1408/71 22. panta 2. punktā izklāstītie nosacījumi atļaujas saņemšanai, atļauja ir jāsniedz un pabalsti jāpiešķir saskaņā ar minēto regulu. Tādā gadījumā šīs direktīvas 6., 7., 8., un 9. pantu nepiemēro.
3. Ja šīs direktīvas noteikumi ir pretrunā tāda cita Kopienas akta noteikumiem, kas reglamentē īpašus veselības aprūpes aspektus, noteicošais ir cita Kopienas akta noteikums un to piemēro konkrētajā situācijā. Šādi akti ir, piemēram:
- a) Direktīva 2005/36/EK par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu;
- b) Eiropas Parlamenta un Padomes 2000. gada 8. jūnija Direktīva 2000/31/EK par dažiem informācijas sabiedrības pakalpojumu tiesiskiem aspektiem, jo īpaši elektronisko tirdzniecību, iekšējā tirgū⁵⁸.
4. Dalībvalstis šīs direktīvas noteikumus piemēro saskaņā ar EK līguma noteikumiem.

4. pants

Definīcijas

Šajā direktīvā piemēro šādas definīcijas:

- a) “veselības aprūpe” ir veselības pakalpojums, ko, pildot amata pienākumus, sniedz veselības nozares darbinieks vai šāda darbinieka uzraudzībā, neatkarīgi no veidiem, kā pakalpojums ir organizēts, sniegts un finansēts dalībvalsts mērogā, un neatkarīgi no tā, vai pakalpojumu sniedz publiskajā vai privātajā sektorā;
- b) “pārrobežu veselības aprūpe” ir veselības aprūpe, ko sniedz citā dalībvalstī nevis tajā, kurā pacients ir apdrošināts, vai veselības aprūpe, ko sniedz citā dalībvalstī nevis tajā, kurā veselības aprūpes sniedzējs pastāvīgi dzīvo, ir reģistrēts vai veic uzņēmējdarbību;

⁵⁶ OV L 166, 30.4.2004., 1. lpp.

⁵⁷ OV L 210, 31.7.2006., 19. lpp.

⁵⁸ OV L 178, 17.7.2000., 1. lpp.

- c) “veselības aprūpe citā dalībvalstī” ir veselības aprūpe, kas sniegta citā dalībvalstī nevis tajā, kurā pacients ir apdrošināts;
- d) “veselības nozares darbinieks” ir ārsts vai vispārējās aprūpes māsa vai zobārsts, vai vecmāte, vai farmaceits Direktīvas 2005/36/EK nozīmē, vai cits veselības aprūpes nozares darbinieks, kas saskaņā ar Direktīvas 2005/36/EK 3. panta 1. punkta a) apakšpunktu darbojas reglamentētā profesijā.
- e) “veselības aprūpes sniedzējs” ir jebkura fiziska vai juridiska persona, kas dalībvalstī likumīgi sniedz veselības aprūpi;
- f) “pacients” ir jebkura fiziska persona, kas dalībvalstī saņem vai vēlas saņemt veselības aprūpi;
- g) “apdrošinātā persona” ir:
 - i) līdz Regulas (EK) Nr. 883/2004 spēkā stāšanās dienai — persona, kas ir apdrošināta saskaņā ar Regulas (EK) Nr. 1408/71 1., 2. un 4. panta noteikumiem,
 - ii) pēc Regulas (EK) Nr. 883/2004 spēkā stāšanās dienas — persona, kas ir apdrošināta saskaņā ar Regulas (EK) Nr. 883/2004 1. panta c) apakšpunkta noteikumiem;
- h) “piederības dalībvalsts” ir dalībvalsts, kurā pacients ir apdrošināta persona;
- i) “ārstniecības dalībvalsts” ir dalībvalsts, kuras teritorijā faktiski sniegta pārrobežu veselības aprūpe;
- j) “zāles” ir zāles, kas definētas Direktīvā 2001/83/EK;
- k) “recepte” ir recepte, kas definēta Direktīvā 2001/83/EK, arī elektroniski izsniegta un nosūtīta recepte (e-recepte);
- l) “kaitējums” ir blakne vai ievainojums, kas radies, sniedzot veselības aprūpi.

II NODAĻA

DALĪBVALSTS IESTĀDES, KAS ATBILD PAR VESELĪBAS APRŪPES KOPĪGO PRINCIPU IEVĒROŠANU

5. pants

Ārstniecības dalībvalsts iestāžu atbildība

1. Par veselības aprūpes organizēšanu un sniegšanu ir atbildīgas ārstniecības dalībvalstis. Šādos apstākļos un ievērojot universāluma, kvalitatīvas veselības aprūpes pieejamības, taisnīguma un solidaritātes principu, savā teritorijā sniegtajai

veselības aprūpei tās nosaka skaidrus kvalitātes un drošības standartus un nodrošina to, lai:

- a) pastāv mehānismi, ar kuriem uzrauga, lai veselības aprūpes sniedzēji spēj pildīt šos standartus, ievērojot starptautisko medicīnas zinātņu un plaši atzītu labu medicīnas praksi;
 - b) praksē regulāri uzrauga to, kā veselības aprūpes sniedzēji piemēro šādus standartus, un gadījumā, ja attiecīgie standarti nav ievēroti, veic korigējošus pasākumus, ievērojot medicīnas zinātņu un veselības tehnoloģijas jaunākos sasniegumus;
 - c) veselības aprūpes sniedzēji sniedz visu nepieciešamo informāciju, lai pacienti varētu izdarīt informētu izvēli, jo īpaši par sniegtās veselības aprūpes pieejamību, cenām un rezultātiem, un informāciju par pieejamo apdrošināšanu vai citiem personīgas vai kolektīvas aizsardzības veidiem attiecībā uz profesionālo atbildību;
 - d) pacientiem ir iespējas iesniegt sūdzību un ir pieejami aizsardzības līdzekļi un kompensācija gadījumā, ja sniegtās veselības aprūpes dēļ tiem nodarīts kaitējums;
 - e) to teritorijā sniegtai ārstniecībai atbilstoši riska veidam un apmēram ir profesionālās atbildības apdrošināšanas sistēmas vai garantija, vai cits līdzvērtīgs vai pamatā līdzīgs mehānisms ar tādu pašu mērķi;
 - f) privātuma pamattiesības attiecībā uz personas datu apstrādi aizsargā saskaņā ar valsts pasākumiem, ar ko īsteno Kopienas noteikumus par personas datu aizsardzību, jo īpaši Direktīvu 95/46/EK un 2002/58/EK;
 - g) pacienti no citām dalībvalstīm bauda tādu pašu attieksmi kā pacienti no pašu dalībvalsts, proti, tiek aizsargāti arī pret diskrimināciju saskaņā ar Kopienas tiesību aktiem un ārstniecības dalībvalstī spēkā esošajiem tiesību aktiem.
2. Visos pasākumos, ko dalībvalstis veic, lai īstenotu šo pantu, ievēro noteikumus, kas iekļauti Direktīvā 2005/36/EK par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu un Direktīvā 2000/31/EK par dažiem informācijas sabiedrības pakalpojumu tiesiskiem aspektiem, jo īpaši elektronisko tirdzniecību, iekšējā tirgū.
 3. Lai vienkāršotu 1. punkta īstenošanu, Komisija, sadarbojoties ar dalībvalstīm un ievērojot mērķi par augstu veselības aizsardzības līmeni, izstrādā vadlīnijas, kas ir nepieciešamas, lai vienkāršotu pārrobežu veselības aprūpes sniegšanu.

III NODAĻA

VESELĪBAS APRŪPE CITĀ DALĪBVALSTĪ

6. pants

Veselības aprūpe citā dalībvalstī

1. Ievērojot šīs direktīvas noteikumus, jo īpaši 7., 8., un 9. pantu, piederības dalībvalsts nodrošina to, ka apdrošinātām personām, kas dodas uz citu dalībvalsti, lai tur saņemtu veselības aprūpi, vai kuras vēlas saņemt veselības aprūpi citā dalībvalstī, neliedz šādu iespēju, ja par attiecīgo ārstniecības veidu apdrošinātajai personai ir tiesības saņemt izdevumu atlīdzību, kas paredzēta piederības dalībvalsts tiesību aktos. Piederības dalībvalsts apdrošinātajai personai atlīdzina izdevumus, ko tai būtu maksājusi valsts sociālā nodrošinājuma sistēma, ja identiska vai līdzīga veselības aprūpe būtu sniegta tās teritorijā. Jebkurā gadījumā piederības dalībvalsts ziņā ir noteikt to, kuru veselības aprūpi apmaksā, un tas nav atkarīgs no tā, kur to sniedz.
2. Arī izmaksas par veselības aprūpi, kas sniegta citā dalībvalstī, piederības dalībvalstij saskaņā ar šīs direktīvas noteikumiem ir jāatlīdzina vismaz tādā apmērā, kāds par identisku vai līdzīgu veselības aprūpi tiktu nodrošināts piederības dalībvalstī, nepārsniedzot saņemtās veselības aprūpes faktiskās izmaksas.
3. Pacientam, kas vēlas saņemt veselības aprūpi citā dalībvalstī, piederības dalībvalsts var noteikt tādus pašus nosacījumus, atbilstības kritērijus un reglamentējošas vai administratīvas formalitātes attiecībā uz veselības aprūpes saņemšanu un veselības izmaksu atlīdzināšanu, kādus tā būtu uzlikusi gadījumā, ja identiska vai līdzīga veselības aprūpe būtu sniegta tās teritorijā, ar noteikumu, ka tie nav diskriminējoši un nav personu brīvas pārvietošanās šķērslis.
4. Dalībvalstīm ir mehānisms, kā aprēķina izdevumus, ko apdrošinātajai personai par citā dalībvalstī sniegtu veselības aprūpi atlīdzina valsts sociālā nodrošinājuma sistēma. Šā mehānisma pamatā ir taisnīgi un nediskriminējoši kritēriji, kas ir iepriekš zināmi, un izmaksas saskaņā ar šo mehānismu atlīdzina vismaz tādā apmērā, kāds par identisku vai līdzīgu veselības aprūpi tiktu nodrošināts piederības dalībvalstī.
5. Pacienti, kas dodas uz citu dalībvalsti, lai tur saņemtu veselības aprūpi, vai vēlas saņemt veselības aprūpi citā dalībvalstī, saskaņā ar valsts pasākumiem, ar ko īsteno Kopienas noteikumus par personas datu aizsardzību, jo īpaši Direktīvām 95/46/EK un 2002/58/EK, ir tiesības piekļūt savai slimības vēsturei.

7. pants

Nestacionārā aprūpe

Piederības dalībvalsts nenosaka pienākumu pieprasīt iepriekšēju atļauju, lai varētu saņemt atlīdzību par nestacionārās veselības aprūpes izmaksām citā dalībvalstī, ja viņu teritorijā sniegtas attiecīgas aprūpes izmaksas būtu uzņēmusies sociālās nodrošināšanas sistēma.

8. pants

Stacionārā un specializētā aprūpe

1. Visos jautājumos, kas saistīti ar citā dalībvalstī sniegtas veselības aprūpes izdevumu atlīdzību saskaņā ar šo direktīvu, stacionārā aprūpe ir:
 - a) veselības aprūpe, kurai nepieciešama attiecīgā pacienta uzturēšanās aprūpes sniegšanas vietā vismaz vienu nakti
 - b) īpašā sarakstā norādīta veselības aprūpe, kurai nav nepieciešama attiecīgā pacienta uzturēšanās aprūpes sniegšanas vietā vismaz vienu nakti. Šajā sarakstā iekļauj tikai:
 - veselības aprūpi, kuras sniegšanai nepieciešama ārkārtīgi specializēta un dārga medicīnas infrastruktūra un aprīkojums; vai
 - veselības aprūpe, kurā ietilpst ārstniecība, kas rada konkrētu risku pacientam un sabiedrībai.
2. Komisija sagatavo šo sarakstu un var to regulāri atjaunināt. Pasākumus, kas ir paredzēti, lai grozītu nebūtiskus šīs direktīvas elementus, to papildinot, pieņem saskaņā ar 19. panta 3. punktā minēto regulatīvo kontroles procedūru.
3. Piederības dalībvalsts var izveidot iepriekšēju atļauju sistēmu, lai segtu citā dalībvalstī sniegtas stacionārās aprūpes izmaksas no valsts sociālā nodrošinājuma sistēmas, ja izpildīti šādi nosacījumi:
 - a) gadījumā, ja veselības aprūpe būtu sniegta minētās dalībvalsts teritorijā, tās izmaksas būtu uzņēmusies minētās dalībvalsts sociālā nodrošinājuma sistēma; un
 - b) sistēmas uzdevums ir risināt problēmas, kas rodas, kad pēc šā panta īstenošanas notiek pacientu aizplūšana, un novērst ļoti nelabvēlīgu ietekmi vai iespējami ļoti nelabvēlīgu ietekmi uz:
 - i) dalībvalsts sociālā nodrošinājuma sistēmas finansiālo līdzsvaru un/vai
 - ii) slimnīcu nozarē veikto plānošanu un racionalizāciju, kas saistīta ar slimnīcu atslogošanu, stacionārās aprūpes līdzsvarošanu un loģistikas un finanšu resursu izšķērdēšanas novēršanu, visiem pieejamu līdzsvarotu

medicīnas un stacionāro pakalpojumu vai līdzsvarotas ārstniecības jaudas un kompetences saglabāšanu attiecīgās dalībvalsts teritorijā.

4. Iepriekšējās atļaujas sistēma jāattiecina vienīgi uz tiem aspektiem, kas ir nepieciešami un samērīgi, lai izvairītos no šādas ietekmes, un tā nedrīkst būt patvaļīgi diskriminējoša.
5. Dalībvalsts dara zināmu atklātībā visu attiecīgo informāciju par iepriekšējās atļaujas sistēmām, kas ir izveidotas saskaņā ar 3. punkta noteikumiem.

9. pants

Procesuālās garantijas attiecībā uz veselības aprūpi citā dalībvalstī

1. Piederības dalībvalsts nodrošina to, ka administratīvās procedūras attiecībā uz veselības aprūpes izmantošanu citā dalībvalstī saistībā ar iepriekšēju atļauju, kas minēta 8. panta 3. punktā, citā dalībvalstī veiktas aprūpes izmaksu atlīdzību un citiem nosacījumiem un formalitātēm, kas minēti 6. panta 3. punktā, ir pamatotas ar taisnīgiem, nediskriminējošiem kritērijiem, kas ir iepriekš paziņoti atklātībā un kas ir nepieciešami, lai sasniegtu mērķi, vai samērīgi ar to. Katrā ziņā apdrošinātajai personai vienmēr sniedz atļauju saskaņā ar 3. panta 1. punkta f) apakšpunktā minētajiem noteikumiem par sociālā nodrošinājuma koordinēšanu, ja izpildīti Regulas 1408/71 22. panta 1. punkta c) apakšpunkta un 22. panta 2. punkta noteikumi.
2. Šādas procesuālās sistēmas ir viegli pieejamas, un tās spēj nodrošināt to, ka dalībvalstis pieprasījumus taisnīgi un objektīvi izskata iepriekš atklāti paziņotos laikposmos.
3. Dalībvalstis iepriekš pārredzamā veidā nosaka kritērijus attiecībā uz 8. panta 3. punktā minēto iepriekšējās atļaujas atteikumu.
4. Dalībvalstīm, nosakot laikposmus, kuros jāizskata pieprasījumi attiecībā uz veselības aprūpi citā dalībvalstī, jāievēro:
 - a) konkrētā medicīniskā situācija,
 - b) pacienta sāpju pakāpe,
 - c) pacienta invaliditātes veids un
 - d) pacienta spēja veikt profesionālu darbību.
5. Dalībvalstis nodrošina to, lai administratīvi lēmumi attiecībā uz veselības aprūpi citā dalībvalstī ir pārsūdzami administratīvā kārtā un tiesas ceļā, pieļaujot arī pagaidu pasākumus.

10. pants

Informācija pacientiem par veselības aprūpi citās dalībvalstīs

1. Piederības dalībvalstis nodrošina mehānismus, lai pēc pieprasījuma pacientus informētu par veselības aprūpes saņemšanu citā dalībvalstī un par piemērojamiem noteikumiem, *inter alia*, jebkurā gadījumā, kad kaitējumu izraisījusi citā dalībvalstī saņemta veselības aprūpe.
2. Informācija, kas minēta 1. punktā, ir viegli pieejama, arī elektroniskā veidā, un tajā iekļauj arī datus par pacienta tiesībām uz atlīdzību, šo tiesību izmantošanas procedūrām un par pārsūdzības un aizsardzības līdzekļiem gadījumā, ja pacientam šīs tiesības liedz izmantot.
3. Komisija saskaņā ar 19. panta 2. punkta noteikumiem attiecībā uz 1. punktā minēto iepriekšējās informēšanas procedūru var izveidot Kopienas mēroga formāta standartu.

11. pants

Noteikumi, ko piemēro citā dalībvalstī sniegtai veselības aprūpei

1. Ja veselības aprūpi sniedz citā dalībvalstī, nevis tajā, kurā pacients ir apdrošināts, vai citā dalībvalstī, nevis tajā, kurā veselības aprūpes sniedzējs ir rezidents, ir reģistrēts vai veic uzņēmējdarbību, šādu veselības aprūpi saskaņā ar 5. pantu reglamentē ārstniecības dalībvalsts noteikumi.
2. Šo pantu nepiemēro attiecībā uz profesionālo kvalifikāciju atzīšanu.

12. pants

Pārrobežu veselības aprūpes kontaktpunkti dalībvalstīs

1. Dalībvalstis izraugās valsts pārrobežu aprūpes kontaktpunktus un paziņo Komisijai to nosaukumus un kontaktinformāciju.
2. Piederības dalībvalsts kontaktpunkts ciešā sadarbībā ar citām kompetentām valsts iestādēm un ar citu dalībvalstu kontaktpunktiem, jo īpaši ar ārstniecības dalībvalsts kontaktpunktu, un ar Komisiju:
 - a) pacientiem sniedz un izplata informāciju, jo īpaši par to tiesībām, kas saistītas ar pārrobežu veselības aprūpi, un kvalitātes un drošības garantijām, par personas datu aizsardzību, par sūdzību procedūrām un par aizsardzības līdzekļiem, kas pieejami attiecībā uz citā dalībvalstī sniegtu aprūpi, un par piemērojamiem noteikumiem;
 - b) pacientiem palīdz aizsargāt to tiesības un meklēt piemērotu aizsardzības līdzekli gadījumā, ja citā dalībvalstī sniegta veselības aprūpe izraisa kaitējumu;

valsts kontaktpunkts jo īpaši informē pacientus par iespējām noregulēt strīdus, palīdzēt noteikt konkrētajam gadījumam atbilstošo strīda ārpustiesas izšķiršanas mehānismu un pacientiem vajadzības gadījumā palīdzētu uzraudzīt attiecīgā strīda gaitu;

- c) vāc detalizētu informāciju par valsts struktūrām, kas nodrošina strīdu izšķiršanu ārpustiesas ceļā, un veicina sadarbību ar šīm struktūrām;
- d) vienkāršo starptautisku strīdu ārpustiesas izšķiršanas mehānismu izveidi attiecībā uz strīdiem, kas rodas pārrobežu veselības aprūpē.

3. Komisija saskaņā ar 19. panta 2. punktā noteikto procedūru nosaka:

- a) pasākumus, kas nepieciešami šajā pantā minētās valsts kontaktpunktu grupas pārvaldībai;
- b) to datu veidu, ko grupa vāc un ar ko apmainās;
- c) vadlīnijas par informāciju, ko pacientiem sniedz saskaņā ar šā panta 2. punkta a) apakšpunktu.

IV NODAĻA

SADARBĪBA VESELĪBAS APRŪPES JOMĀ

13. pants

Sadarbības pienākums

- 1. Dalībvalstis nodrošina šīs direktīvas īstenošanai nepieciešamo savstarpējo atbalstu.
- 2. Dalībvalstis vietējā un reģionu mērogā vienkāršo sadarbību pārrobežu veselības jomā, arī izmantojot informācijas un saziņas tehnoloģiju, īslaicīgu vai gadījuma rakstura pārrobežu veselības aprūpi un citus pārrobežu sadarbības veidus.

14. pants

Citā dalībvalstī izsniegtu recepšu atzīšana

- 1. Ja zāles dalībvalstis teritorijā ir atļautas saskaņā ar Direktīvas 2001/83/EK 6. panta 1. punktu, dalībvalstis nodrošina to, ka to teritorijā var izmantot receptes, ko konkrētam pacientam citā dalībvalstī izrakstījusi attiecīgi pilnvarota persona, un ka visu veidu ierobežojumi atsevišķu recepšu atzīšanai ir aizliegti, ja vien tie neatbilst darbībām, kas ir nepieciešamas un samērīgas ar cilvēka veselības aizsardzību, un ir nediskriminējoši, vai ir pamatoti ar likumīgām un attaisnotām bažām par atsevišķās receptes autentiskumu un saturu.

- a) neatbilst darbībām, kas ir nepieciešamas un samērīgas ar cilvēka veselības aizsardzību, un ir nediskriminējoši vai
 - b) ir pamatoti ar likumīgām un attaisnotām bažām par atsevišķās receptes autentiskumu un saturu.
2. Lai vienkāršotu 1. punkta īstenošanu, Komisija sadarbībā ar dalībvalstīm pieņem:
- a) pasākumus, kas farmaceitam vai citam veselības nozares darbiniekam ļauj pārbaudīt receptes autentiskumu un to, vai zāles citā dalībvalstī ir izdevusi attiecīgi pilnvarota persona, proti, izstrādā Kopienas receptes paraugu un uzlabo e-recepšu saderību;
 - b) pasākumus, lai nodrošinātu to, ka vienā dalībvalstī izrakstītas un citā dalībvalstī izsniegtas zāles ir iespējams identificēt un ka pacientiem ir saprotama informācija par ražojumu;
 - c) pasākumus, ar kuriem vajadzības gadījumā sabiedrības veselības aizsardzības dēļ īpašas zāļu kategorijas izslēdz no šajā pantā noteiktās iespējas atzīt receptes.
3. Šā panta 2. punkta a) un b) apakšpunktā minētos pasākumus pieņem saskaņā ar 19. panta 2. punktā minēto regulatīvo procedūru. Šā panta 2. punkta c) apakšpunktā minētos pasākumus, kas paredzēti šīs direktīvas nebūtisko elementu grozīšanai, papildinot to, pieņem saskaņā ar 19. panta 3. punktā minēto regulatīvo kontroles procedūru.
4. Šā panta 1. punktu nepiemēro zālēm, kam nepieciešama īpaša ārsta recepte saskaņā ar Direktīvas 2001/83/EK 71. panta 2. punktu.

15. pants

Eiropas references tīkli

1. Dalībvalstis vienkāršo veselības aprūpes sniedzējiem paredzētu Eiropas references tīklu izveidi. Šie tīkli ir vienmēr pieejami veselības aprūpes sniedzējiem, kas vēlas tajos piedalīties, ja minētie veselības aprūpes sniedzēji izpilda visus prasītos nosacījumus un kritērijus.
2. Eiropas references tīklu mērķis ir:
 - a) palīdzēt labāk īstenot Eiropas sadarbības potenciālu attiecībā uz ļoti specializētu veselības aprūpi pacientiem un veselības aprūpes sistēmām, ko var gūt no inovācijām medicīnas zinātnē un veselības nozares tehnoloģijā;
 - b) palīdzēt labāk veicināt ļoti kvalitatīvas un rentablas veselības aprūpes pieejamību visiem pacientiem, kuru veselības stāvoklis ir tāds, ka vajadzīgs īpašs resursu un zināšanu apvienojums;

- c) maksimāli nodrošināt resursu rentablu izmantošanu, tos pēc iespējas apvienojot;
- d) palīdzēt zināšanu apmaiņā un nodrošināt mācības veselības nozares darbiniekiem;
- e) noteikt kvalitātes un drošības kritērijus un palīdzēt sadarbības tīklā un ārpus tā gūt, un nodot tālāk labāko praksi;
- f) palīdzēt dalībvalstīm, kurās ir maz pacientu ar konkrēto veselības stāvokli vai trūkst tehnoloģijas, vai zināšanu, lai sniegt visu labākās kvalitātes specializētu pakalpojumu klāstu.

3. Komisija pieņem:

- a) sarakstu ar īpašiem kritērijiem un nosacījumiem, kas Eiropas references tīklam ir jāievēro, tostarp arī ar nosacījumiem un kritērijiem, kuri jāizpilda veselības aprūpes sniedzējiem, kas vēlas iesaistīties Eiropas references tīklos, lai jo īpaši nodrošinātu to, ka:
 - i) Eiropas references tīkliem ir pienācīga jauda noteikt diagnozi, uzraudzīt un pārvaldīt pacientus, vajadzības gadījumā sniedzot labu rezultātu pierādījumus;
 - ii) ir pienācīga jauda un darbības sniegt attiecīgos pakalpojumus un saglabāt sniegto pakalpojumu kvalitāti;
 - iii) ir jauda sniegt ekspertu konsultācijas, diagnozes vai diagnožu apstiprinājumu, sagatavot un ievērot labas prakses vadlīnijas un īstenot uz rezultātu vērstus pasākumus un kvalitātes kontroli;
 - iv) tie spēj nodrošināt daudznozaru pieeju;
 - v) nodrošina augsta līmeņa zināšanas un pieredzi, kas pamatotas ar publikācijām, fondiem vai goda nosaukumiem, pasākumiem mācīšanas un mācību jomā;
 - vi) sniedz ievērojamu ieguldījumu pētniecībā;
 - vii) ir iesaistīti epidemioloģiskās uzraudzības darbā, piemēram, reģistru darbībā;
 - viii) tiem ir cieši sakari un sadarbība ar citiem ekspertu centriem un sadarbības tīkliem valsts un starptautiskā mērogā un sadarbības veidošanas spējas;
 - ix) ir cieši sakari un sadarbība ar pacientu apvienībām, ja tādas pastāv;
- b) Eiropas references tīklu izveides procedūru.

4. Šā panta 3. punktā minētos pasākumus, kas paredzēti šīs direktīvas nebūtisko elementu grozīšanai, papildinot to, pieņem saskaņā ar 19. panta 3. punktā minēto regulatīvo kontroles procedūru.

16. pants

E-veselība

Saskaņā ar 19. panta 2. punktā minēto procedūru Komisija pieņem īpašus pasākumus, kas vajadzīgi, lai panāktu veselības aprūpes jomas informācijas un saziņas tehnoloģijas sistēmu saderību gadījumā, ko piemēro, ja dalībvalstis izlemj ieviest šādas sistēmas. Šajos pasākumos ņem vērā pārmaiņas veselības tehnoloģijā un medicīnas zinātnē un ievēro pamattiesības uz personas datu aizsardzību saskaņā ar piemērojamiem tiesību aktiem. Jo īpaši tajos nosaka vajadzīgos standartus un terminus, lai nodrošinātu attiecīgo informācijas un saziņas tehnoloģijas sistēmu saderību un tādējādi sniegtu drošus, kvalitatīvus un efektīvus pārrobežu veselības pakalpojumus.

17. pants

Sadarbība jaunās tehnoloģijas pārvaldē veselības jomā

1. Dalībvalstis vienkāršo sadarbības tīkla izveidi un darbību, kurā apvienotas valsts iestādes un struktūras, kas atbild par veselības tehnoloģijas novērtējumu.
2. Veselības tehnoloģijas novērtējuma sadarbības tīkla mērķis ir:
 - a) atbalstīt sadarbību starp valsts iestādēm un struktūrām;
 - b) atbalstīt objektīvas, uzticamas, laikus sagatavotas, pārredzamas un tālāk nododamās informācijas sniegšanu par veselības tehnoloģijas efektivitāti īsā un ilgā laikā un valsts iestādēm un struktūrām nodrošināt efektīvu šādas informācijas apmaiņas iespēju.
3. Dalībvalstis izraugās iestādes un struktūras, kas piedalās 1. punktā minētajā sadarbības tīklā, un paziņo Komisijai šo iestāžu un struktūru kontaktinformāciju.
4. Komisija saskaņā ar 19. panta 2. punktā minēto procedūru pieņem pasākumus, kas vajadzīgi, lai izveidotu un pārvaldītu šo sadarbības tīklu, un nosaka, ar kādu informāciju jāapmainās.

18. pants

Statistikas un uzraudzības datu vākšana

1. Uzraudzības vajadzībām dalībvalstis vāc nepieciešamos statistikas un citus papildu datus par pārrobežu veselības aprūpes sniegšanu, par sniegto aprūpi, tās sniedzējiem un pacientiem, izmaksām un rezultātiem. Tās šādus datus vāc, izmantojot savas

veselības aprūpes datu vākšanas vispārējās sistēmas un saskaņā ar dalībvalsts un Kopienas tiesību aktiem par statistikas sagatavošanu un par personas datu aizsardzību.

2. Dalībvalstis Komisijai vismaz reizi gadā nosūta 1. punktā minētos datus, izņemot datus, kas jau ir savākti saskaņā ar Direktīvu 2005/36/EK.
3. Neskarot pasākumus, kas pieņemti, lai īstenotu Kopienas statistikas programmu, kā arī tos, kas pieņemti, lai īstenotu Eiropas Parlamenta un Padomes Regulu (EK) Nr. .../... par Kopienas statistiku par sabiedrības veselību un veselības aizsardzību un drošību darbā [COM(2007)46], Komisija saskaņā ar 19. panta 2. punktā minēto procedūru pieņem pasākumus šā panta īstenošanai.

V NODAĻA

ĪSTENOŠANA UN NOBEIGUMA NOTEIKUMI

19. pants

Komiteja

1. Komisijai palīdz komiteja, kurā darbojas dalībvalstu pārstāvji un kuru vada Komisijas pārstāvis.
2. Ja ir atsauce uz šo punktu, piemēro Lēmuma 1999/468/EK 5. un 7. pantu, ņemot vērā tā 8. panta noteikumus. Lēmuma 1999/468/EK 5. panta 6. punktā paredzētais termiņš ir trīs mēneši.
3. Ja ir atsauce uz šo punktu, piemēro Lēmuma 1999/468/EK 5.a panta 1. līdz 4. punktu un 7. pantu, ņemot vērā tā 8. pantu.

20. pants

Ziņojumi

Komisija piecu gadu laikā pēc 22. panta 1. punktā minētās dienas sagatavo ziņojumu par šīs direktīvas darbību un iesniedz to Eiropas Parlamentam un Padomei.

Šim nolūkam un neskarot 22. pantu, dalībvalstis paziņo Komisijai visus pasākumus, ko tās ir ieviesušas, grozījušas vai saglabājušas, lai īstenotu 8. un 9. pantā noteiktās procedūras.

21. pants

Atsauces uz citiem tiesību aktiem

Sākot no dienas, kad sāk piemērot Eiropas Parlamenta un Padomes 2004. gada 29. aprīļa Regulu (EK) Nr. 883/2004 par sociālās nodrošināšanas sistēmu koordinēšanu⁵⁹:

- atsaucē uz Padomes Regulu 1408/71/EK šajā direktīvā uzskata par atsaucēm uz Regulu 883/2004;
- atsaucē uz 22. pantu Padomes Regulā 1408/71/EK šajā direktīvā uzskata par atsaucēm uz 20. pantu Regulā 883/2004.

22. pants

Transponēšana

Dalībvalstīs stājas spēkā normatīvie un administratīvie akti, kas vajadzīgi, lai izpildītu šīs direktīvas prasības vēlākais līdz ... [vienu gadu pēc direktīvas stāšanās spēkā].

Dalībvalstis tūlīt dara Komisijai zināmu minēto noteikumu tekstu, kā arī minēto noteikumu un šīs direktīvas atbilstības tabulu.

Kad dalībvalstis pieņem minētos noteikumus, tajos ietver atsauci uz šo direktīvu vai arī šādu atsauci pievieno to oficiālajai publikācijai. Dalībvalstis nosaka, kā izdarāma šāda atauce.

23. pants

Stāšanās spēkā

Šī direktīva stājas spēkā divdesmitajā dienā pēc publicēšanas *Eiropas Savienības Oficiālajā Vēstnesī*.

24. pants

Adresāti

Šī direktīva ir adresēta dalībvalstīm.

Briselē, [...]

*Eiropas Parlamenta vārdā —
priekšsēdētājs
[...]*

*Padomes vārdā —
priekšsēdētājs
[...]*

⁵⁹ OV L 166, 30.4.2004., 1. lpp.

TIESĪBU AKTA FINANŠU PĀRSKATS

1. PRIEKŠLIKUMA NOSAUKUMS

Priekšlikums Eiropas Parlamenta un Padomes direktīvai par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē

2. UZ DARBĪBAS JOMĀM BALSTĪTAS VADĪBAS/BUDŽETA LĪDEKĻU SADALES PA DARBĪBAS JOMĀM (*ABM/ABB*) SATVARS

Sabiedrības veselība

3. BUDŽETA POZĪCIJAS

3.1. Budžeta pozīcijas (darbības pozīcijas un atbilstīgās tehniskā un administratīvā atbalsta pozīcijas (*ex B.A* pozīcijas)), norādot nosaukumu

XX0101: ierēdņu atalgojumam

XX010211: ar komitejām saistīto izmaksu segšanai

3.2. Darbības un finansiālās ietekmes ilgums

No 2009. gada, ilgums nav noteikts

Ar šo budžetu ir paredzēts segt izmaksas saistībā ar jauno pārrobežu veselības aprūpes komiteju, kuru, kā paziņots direktīvā, izveidos pēc tam, kad Parlaments un Padome būs pieņēmusi šo direktīvu:

2 administratori (pilnas slodzes ekvivalents), kuri katrs novērtēts EUR 117 000 apmērā (atbilstoši īpašajām vadlīnijām), lai atbalstītu komiteju procedūru;

Izmaksas, kas saistītas ar plenārsesiju, kurā piedalās viens dalībnieks no katras no 27 dalībvalstīm. Gadā plānotas 10 sanāksmes, katra novērtēta EUR 20 000 apmērā. Iespējams, ka sanāksmju faktiskās izmaksas un biežumu var pārskatīt, — tas saistīts ar direktīvas galīgo redakciju pēc tam, kad to būs pieņēmusi Padome un Parlaments, un vajadzīgajām komiteju struktūrām.

3.3. Budžeta informācija

Budžeta pozīcija	Izdevumu veids		Jauns	EBTA iemaksa	Kandidātvalstu iemaksas	Finanšu plāna pozīcija
XX 0101	Obligātie	Nedif. ⁶⁰	Nē	Nē	Nē	5

⁶⁰ Nediferencētās apropriācijas (turpmāk tekstā — nedif.).

XX 0102 11	Neobligāti e	Nedif. ⁶¹	Nē	Nē	Nē	5
---------------	-----------------	----------------------	----	----	----	---

⁶¹ Nediferencētās apropriācijas (turpmāk tekstā — nedif.).

4. RESURSU KOPSAVILKUMS

4.1. Finanšu resursi

4.1.1. Saistību apropriāciju (SA) un maksājumu apropriāciju (MA) kopsavilkums

miljonos EUR (3 zīmes aiz komata)

Izdevumu veids	Iedaļa nr.		2009	n + 1	n + 2	n + 3	n + 4	n + 5 un turpmākie gadi	Kopā
----------------	------------	--	------	-------	-------	-------	-------	-------------------------	------

Darbības izdevumi⁶²

Saistību apropriācijas (SA)	8.1.	a							
Maksājumu apropriācijas (MA)		b							

Pamatsummā ietvertie administratīvie izdevumi⁶³

Tehniskais un administratīvais atbalsts (nedif.)	8.2.4.	c							
--	--------	---	--	--	--	--	--	--	--

PAMATSUMMAS KOPAPJOMS

Saistību apropriācijas		a+c							
Maksājumu apropriācijas		b+c							

Pamatsummā neietvertie administratīvie izdevumi⁶⁴

Cilvēkresursu izmaksas un saistītie izdevumi (nedif.)	8.2.5.	d	0,234	0,234	0,234	0,234	0,234	0,234	1,404
Pamatsummā neietvertās administratīvās izmaksas (nedif.), izņemot cilvēkresursu izmaksas un saistītos izdevumus	8.2.6.	e	0,200	0,200	0,200	0,200	0,200	0,200	1,200

Kopējās orientējošās atbalsta izmaksas

SA KOPĀ, ieskaitot cilvēkresursu izmaksas		a+c+d+e	0,234	0,234	0,234	0,234	0,234	0,234	1,404
MA KOPĀ, ieskaitot cilvēkresursu izmaksas		b+c+d+e	0,200	0,200	0,200	0,200	0,200	0,200	1,200

⁶² Izdevumi, kas nav ietverti attiecīgās xx. sadaļas xx 01. nodaļā.

⁶³ Izdevumi, kas ietverti xx. sadaļas xx 01 04. pantā.

⁶⁴ Izdevumi, kas ietverti xx 01. nodaļā, izņemot xx 01 04. vai xx 01 05. pantu.

Ziņas par līdzfinansējumu: nepiemēro

Ja priekšlikumā paredzēts dalībvalstu vai cits līdzfinansējums (norādīt finansētāju), līdzfinansējuma apjoms jānorāda šajā tabulā (ja finansētāji ir vairāki, var pievienot papildu rindas).

miljonos EUR (3 zīmes aiz komata)

Līdzfinansētājs		Gads n	n + 1	n + 2	n + 3	n + 4	n + 5 un turpm ākie gadi	Kopā
.....	f							
KOPĀ — SA, ieskaitot līdzfinansējumu	a+c +d+ e+f							

4.1.2. Saderība ar finanšu plānojumu

- Priekšlikums ir saderīgs ar pašreizējo finanšu plānojumu
- Pieņemot priekšlikumu, jāpārplāno attiecīgā pozīcija finanšu plānā
- Pieņemot priekšlikumu, var būt jāpieņem Iestāžu nolīguma⁶⁵ noteikumi (par elastības fondu vai finanšu plāna pārskatīšanu)

4.1.3. Finansiālā ietekme uz ieņēmumiem

- Priekšlikums finansiāli neietekmē ieņēmumus
- Priekšlikumam ir finansiāla ietekme uz ieņēmumiem, un tā ir šāda:

miljonos EUR (1 zīme aiz komata)

Budžeta pozīcija	Ieņēmumi	Pirms darbības [Gads n- 1]	Pēc darbības					
			[Gads n]	[n+1]	[n+2]	[n+3]	[n+4]	[n+5] ⁶⁶
	a) nominālie ieņēmumi							
	b) ieņēmumu izmaiņas	Δ						

⁶⁵ Skatīt Iestāžu nolīguma 19. un 24. punktu.

⁶⁶ Vajadzības gadījumā (ja darbības ilgums pārsniedz 6 gadus) pievienot papildu slejas.

4.2. Cilvēkresursi, izteikti ar pilna laika ekvivalentu *FTE* (arī ierēdņi, pagaidu darbinieki un ārštata darbinieki) – sīkāk sk. 8.2.1. punktā

Gada vajadzības	Gads n	n + 1	n + 2	n + 3	n + 4	n + 5 un turpmā kie gadi
Kopā — cilvēkresursi	2	2	2	2	2	2

5. RAKSTUROJUMS UN MĒRĶI

5.1. Īstermiņa vai ilgtermiņa vajadzības

Nepiemēro.

5.2. Pievienotā vērtība, ko rada Kopienas iesaistīšanās, priekšlikuma saskanība ar citiem finanšu instrumentiem un iespējamā sinerģija

Nepiemēro.

5.3. Priekšlikuma mērķi, gaidāmie rezultāti un atbilstīgie *ABM* rādītāji

Nepiemēro.

5.4. Īstenošanas metode (orientējoši)

Pārvalda centralizēti

Pārvaldību īsteno tieši, to veic Komisija

Pārvaldību īsteno netieši, atbildību deleģējot

izpildaģentūrām

Kopienas izveidotām iestādēm Finanšu regulas 185. panta nozīmē

dalībvalstu publiskā sektora iestādēm vai tām struktūrām, kuras pilda publisko pasūtījumu

Pārvalda dalīti vai decentralizēti

kopā ar dalībvalstīm

kopā ar trešām valstīm

Pārvalda kopā ar starptautiskām organizācijām (precizēt)

Piezīmes:

6. UZRAUDZĪBA UN NOVĒRTĒŠANA

6.1. Uzraudzības sistēma

Darba grupas regulāri iesniegs ziņojumus un nosūtīs tos dalībvalstīm un Komisijas dienestiem.

6.2. Novērtēšana

6.2.1. Provizoriskā novērtēšana

Nepiemēro.

6.2.2. Pasākumi, kas veikti pēc starpposma novērtējuma vai retrospektīvā novērtējuma (ņemot vērā līdzšinējo pieredzi)

Nepiemēro.

6.2.3. Turpmākas novērtēšanas noteikumi un biežums

Darba grupas darbu novērtēs pēc 5 gadiem.

7. KRĀPŠANAS APKAROŠANAS PASĀKUMI

Nepiemēro.

8. ZIŅAS PAR RESURSIEM

8.1. Priekšlikuma mērķi un to sasniegšanas izmaksas

Saistību apropriācijas miljonos EUR (3 zīmes aiz komata)

Mērķi, darbības un rezultāti	Rezultāta veids	Vidējās izmaksas	Gads n		Gads n+1		Gads n+2		Gads n+3		Gads n+4		Gads n+5 un turpmākie gadi		KOPĀ	
			Rezultātu skaits	Kopējās izmaksas	Rezultātu skaits	Kopējās izmaksas	Rezultātu skaits	Kopējās izmaksas	Rezultātu skaits	Kopējās izmaksas	Rezultātu skaits	Kopējās izmaksas	Rezultātu skaits	Kopējās izmaksas	Rezultātu skaits	Kopējās izmaksas
DARBĪBAS MĒRĶIS Nr. 1 ⁶⁷																
Darbība Nr. 1: Pārrobežu veselības aprūpes komiteja																
Rezultāts	Sanāksmju skaits		10	0,200	10	0,200	10	0,200	10	0,200	10	0,200	10	0,200	60	1,200
Rezultāts Nr. 2																

⁶⁷ Saskaņā ar aprakstu 5.3. punktā.

Darbība Nr. 2.....															
Rezultāts Nr. 1															
Starpsumma (mērķis Nr. 1)															
DARBĪBAS MĒRĶIS Nr. 2 1.....															
Darbība Nr. 1.....															
Rezultāts Nr. 1															
Starpsumma (mērķis Nr. 2)															
DARBĪBAS MĒRĶIS Nr. n 1.....															
Starpsumma (mērķis Nr. n)															
KOPĒJĀS IZMAKSAS															

8.2. Administratīvie izdevumi

8.2.1. Cilvēkresursu daudzums un veidi

Amatu veidi		Personāls, kas iesaistāms darbības pārvaldībā, izmantojot esošos un/vai papildu resursus (amata vietu skaits/pilna laika ekvivalents)					
		Gads n	Gads n+1	Gads n+2	Gads n+3	Gads n+4	Gads n+5
Ierēdņi vai pagaidu darbinieki ⁶⁸ (XX 01 01)	A*/AD	2	2	2	2	2	2
	B*, C*/AST						
Personāls, ko finansē ⁶⁹ atbilstoši XX 01 02. pantam							
Pārējais personāls ⁷⁰ , ko finansē atbilstoši XX 01 04/05. pantam							
KOPĀ							

8.2.2. No darbības izrietošo uzdevumu apraksts

Saskaņā ar šīs direktīvas 19. pantu jaunizveidotās komitoloģijas komitejas (Drošas, kvalitatīvas un efektīvas pārrobežu veselības aprūpes komiteja) un direktīvas īstenotāju darba grupu darbība.

Izmaksas, kas saistītas ar plenārsesiju, kurā piedalās viens dalībnieks no katras no 27 dalībvalstīm. Gadā plānotas 10 sanāksmes, katra novērtēta EUR 20 000 apmērā. Iespējams, ka sanāksmju faktiskās izmaksas un biežumu var pārskatīt, — tas saistīts ar direktīvas galīgo redakciju pēc tam, kad to būs pieņēmusi Padome un Parlaments.

Cilvēkresursu un administratīvo resursu vajadzības sedz no līdzekļiem, kas piešķirti vadošajam ģenerāldirektorātam saskaņā ar ikgadējo piešķiršanas procedūru.

8.2.3. Cilvēkresursu plānošana (štatā)

- Amata vietas, kas patlaban iedalītas programmas pārvaldības vajadzībām, jāaizstāj ar citām vai jāpagarina termiņš, uz kādu tās iedalītas
- Amata vietas iedalītas saskaņā ar gada stratēģiskās plānošanas (GSP) un provizoriskā budžeta projekta (PBP) procedūru gadam n
- Amata vietas jāpieprasa nākamajā GSP/PBP procedūras ciklā

⁶⁸ Atbilstīgās izmaksas NAV ietvertas pamatsummā.

⁶⁹ Atbilstīgās izmaksas NAV ietvertas pamatsummā.

⁷⁰ Atbilstīgās izmaksas ir ietvertas pamatsummā.

- Amata vietas jāiedala, pārgrupējot resursus attiecīgajā dienestā (iekšējā pārgrupēšana)
- Amata vietas nepieciešamas gadā n, bet nav iedalītas saskaņā ar GSP/PBP procedūru attiecīgajam gadam

8.2.4. Citi pamatsummā ietvertie administratīvie izdevumi (XX 01 04/05 – izdevumi administratīvai vadībai)

miljonos EUR (3 zīmes aiz komata)

Budžeta pozīcija (numurs un nosaukums)	Gads n	Gads n+1	Gads n+2	Gads n+3	Gads n+4	Gads n+5 un turpmākie gadi	KOPĀ
1. Tehniskais un administratīvais atbalsts (ietverot attiecīgās personāla izmaksas)							
Izpildaģentūras ⁷¹							
Cita veida tehniskais un administratīvais atbalsts							
iekšējais (<i>intra muros</i>)							
ārējais (<i>extra muros</i>)							
Tehniskais un administratīvais atbalsts (kopā)							

8.2.5. Cilvēkresursu izmaksas un saistītie izdevumi, kas nav ietverti pamatsummā

miljonos EUR (3 zīmes aiz komata)

Cilvēkresursu veids	Gads n	Gads n+1	Gads n+2	Gads n+3	Gads n+4	Gads n+5 un turpmākie gadi
Ierēdņi un pagaidu darbinieki (XX 01 01)	0,234	0,234	0,234	0,234	0,234	0,234
Personāls, ko finansē atbilstīgi XX 01 02. pantam (palīgpersonāls, valsts norīkotie eksperti, līgumpersonāls u. c.) (norādīt budžeta pozīciju)						

⁷¹ Norādīt katrai izpildaģentūrai atbilstīgo tiesību akta finanšu pārskatu.

Kopā — cilvēkresursu izmaksas un saistītie izdevumi (NAV ietverti pamatsummā)							
--	--	--	--	--	--	--	--

Aprēķins — *Ierēdņi un pagaidu darbinieki*

Aprēķinot šīs izmaksas, izmantoja likmi EUR 117,000/personāla vienību, kā ieteikts budžeta vadlīnijās.

Aprēķins — *Personāls, ko finansē atbilstīgi XX 01 02. pantam*

[..]

8.2.6. *Citi administratīvie izdevumi, kas nav ietverti pamatsummā*

miljonos EUR (3 zīmes aiz komata)

	Gads n	Gads n+1	Gads n+2	Gads n+3	Gads n+4	Gads n+5 un turpm ākie gadi	KOPĀ
XX 01 02 11 01 – Komandējumi							
XX 01 02 11 02 – Sanāksmes un konferences							
XX 01 02 11 03 – Komitejas ⁷²	0,200	0,200	0,200	0,200	0,200	0,200	1,200
XX 01 02 11 04 – Pētījumi un konsultēšanās							
XX 01 02 11 05 – Informācijas sistēmas							
2. Citi pārvaldības izdevumi (kopā) (XX 01 02 11)	0,200	0,200	0,200	0,200	0,200	0,200	1,200
3. Citi administratīvie izdevumi (precizēt, norādot budžeta pozīciju)							
Kopā – administratīvie izdevumi, izņemot cilvēkresursu izmaksas un	0,200	0,200	0,200	0,200	0,200	0,200	1,200

⁷² Precizēt komitejas veidu un grupu, pie kuras tā pieder.

saistītos izdevumus (NAV ietverti pamatsummā)							
---	--	--	--	--	--	--	--

Aprēķins — *Citi administratīvie izdevumi, kas nav ietverti pamatsummā*

[..]

Cilvēkresursu un administratīvo resursu vajadzības sedz no līdzekļiem, kas piešķirti vadošajam ģenerāldirektorātam saskaņā ar ikgadējo piešķiršanas procedūru.