



Bruselis, 2015 09 04
COM(2015) 421 final

KOMISIJOS ATASKAITA EUROPOS PARLAMENTUI IR TARYBAI

Komisijos ataskaita dėl Direktyvos 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo taikymo

Komisijos ataskaita dėl Direktyvos 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo taikymo

Direktyva 2011/24/ES¹ (toliau – Direktyva) dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo įsigaliojo 2011 m. balandžio 24 d. Valstybės narės turėjo perkelti ją į nacionalinę teisę iki 2013 m. spalio 25 d. Joje paaiškintos pacientų teisės prašyti kompensacijos už kitoje valstybėje narėje gautas sveikatos priežiūros paslaugas.

Pagal Direktyvos 20 straipsnio 1 dalį Komisija turi ne vėliau kaip 2015 m. spalio 25 d., kas trejus metus „parengti šios direktyvos taikymo ataskaitą ir pateikti ją Europos Parlamentui ir Tarybai“. Ataskaitoje turi būti pateikta, visų pirma, informacija apie pacientų srautus, pacientų judumo finansinius aspektus, 7 straipsnio 9 dalies ir 8 straipsnio įgyvendinimą ir Europos referencijos centrų tinklų bei nacionalinių kontaktinių centrų veikimą.

Šioje ataskaitoje išdėstyta dabartinė Direktyvos perkėlimo į nacionalinę teisę padėtis, ji apima svarbiausias ir aktualiausias nuostatas, kaip antai išankstinio leidimo sistemos naudojimą, pacientų judumo lygį, kompensavimo praktiką, pacientų informavimą ir bendradarbiavimą, vadovaujantis šios direktyvos nuostatomis. Joje taip pat pateikiama informacija apie įgaliojimų delegavimą, vadovaujantis Direktyvos 17 straipsnio 1 dalimi, pagal kurią Komisija privalo ne vėliau kaip 2015 m. spalio 24 d. pateikti ataskaitą dėl deleguotų įgaliojimų.

1 skyrius. Dabartinė Direktyvos perkėlimo į nacionalinę teisę padėtis

Direktyvos perkėlimo į nacionalinę teisę terminas buvo 2013 m. spalio 25 d. Dėl pavėluoto arba neišsamaus pranešimo apie tokias priemones prieš 26 valstybes nares buvo pradėtos pažeidimo tyrimo procedūros.

2015 m. liepos 1 d. keturios pažeidimo tyrimo procedūros dar buvo neužbaigtos ir visos keturios su jomis susijusios valstybės narės buvo tvirtai įsipareigojusios išspręsti dar neišspręstus klausimus.

Šie pažeidimai susiję tik su perkėlimo į nacionalinę teisę priemonių visapusiškumu. Kitame etape Komisija vertins, ar valstybės narės tinkamai perkėlė Direktyvą į nacionalinę teisę.

2 skyrius. Pacientų judumas

2.1. Išankstinis leidimas. Pagrindiniai faktai

Vadovaujantis Direktyvos 8 straipsnio 2 dalies a punktu, valstybės narės gali taikyti išankstinio leidimo sistemą sveikatos priežiūros paslaugoms, kurios turi būti planuojamos, jeigu jas teikiant pacientas turi nakvoti ligoninėje arba reikia labai specializuotos ir išlaidų požiūriu brangios medicinos infrastruktūros arba medicinos įrangos. Pagal 8 straipsnio 2 dalies b ir c punktus valstybės narės taip pat gali reikalauti išankstinio leidimo dėl gydymo

¹ 2011 m. kovo 9 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo (OL L 88, 2011 4 4, p. 45).

procedūrų, kurios ypač pavojingos pacientui ar gyventojams, arba dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo teikiamos priežiūros, kurią teikiant kyla rimtų abejonių dėl priežiūros kokybės ir saugos. Vis dėlto praktiškai išankstinio leidimo sistemos beveik išimtinai grindžiamos 8 straipsnio 2 dalies a punktu, todėl į jį šioje ataskaitoje ir bus sutelkta daugiausia dėmesio.

Bet kuri išankstinio leidimo sistema turi būti būtina ir proporcinga siekiamam tikslui ir negali būti savavališko diskriminavimo priemonė arba nepagrįsta kliūtis laisvam pacientų judėjimui.

Pagal Direktyvos 8 straipsnio 7 dalį valstybės narės turi „viešai skelbti informaciją apie tai, kurioms sveikatos priežiūros paslaugoms <...> taikomas išankstinio leidimo reikalavimas“.

Toliau pateikiama informacija, kaip išankstinio leidimo sistemos įgyvendintos valstybėse narėse.



Todėl keturiolikoje šalių išankstinio leidimo reikalaujama tiek pagal nakvynės, tiek pagal itin specializuotos paslaugos kriterijus.

Nė viena iš 14 valstybių, kuriose naudojamas nakvynės kriterijus, nenurodė, kurioms gydymo procedūroms šis kriterijus taikomas.

Keliose valstybėse narėse išankstinio leidimo reikalaujama, jeigu, siekiant gauti sveikatos priežiūros paslaugas, būtina nakvoti gydymo valstybėje narėje. Abejojama, ar tai atitinka 8 straipsnio 2 dalies a punkte nustatytą kriterijų, kuris susijęs su tuo, kaip gydymo paslauga teikiama draudimo valstybėje narėje, o ne gydymo valstybėje narėje.

Devynios iš 14 valstybių narių nustatė, kurios gydymo procedūros, jų nuomone, atitinka itin specializuotos paslaugos kriterijų; penkios to nepadarė.

Todėl šiose 14 valstybių narių pacientams neaišku, kurioms konkrečioms gydymo procedūroms taikomas išankstinio leidimo reikalavimas, kadangi nacionalinės institucijos neišaiškino, kaip taikomas kuris nors vienas iš šių dviejų, o kai kuriais atvejais ir abu kriterijai.

Po pokalbių su 20 sveikatos draudikų, kurie buvo surengti Komisijos vardu, atliekant vertinamąjį tyrimą², nustatyta, kad, 15 iš jų nuomone, jų šalyje pacientai nežino, kuriai gydymo procedūrai taikomas arba netaikomas išankstinio leidimo reikalavimas, ir kad todėl pacientai dažnai prašo suteikti išankstinį leidimą, nors tai nebūtina.

Direktyvos 43 konstatuojamojoje dalyje nustatyta, kad su išankstinio leidimo suteikimu siejami kriterijai turi būti deramai pagrįsti. Iš valstybių narių pateiktų duomenų iš esmės matyti, kad plataus masto išankstinio leidimo sistemos nebūtų pateisinamos – tiesiog dėl leidimo suteikimo kreipiasi pernelyg mažai žmonių. Sunku įrodinėti, kad, pvz., gydymo procedūrai turėtų būti taikomas išankstinio leidimo reikalavimas, jeigu dėl leidimo gauti tą gydymo paslaugą tais metais nesikreipė nė vienas asmuo (be abejo, išskyrus galbūt labai specializuotas ar brangias gydymo procedūras, kai net labai nedidelis prašymų kompensuoti išlaidas skaičius gali turėti reikšmingų pasekmių). Iš A priede pateiktų duomenų matyti, kad kai kurios valstybės narės, kuriose nustatytos išankstinio leidimo sistemos, negavo nė vieno prašymo dėl leidimo suteikimo (o kitos gavo vos kelis).

2.2. Kompensavimas ir administravimas

Pagal 7 straipsnio 9 dalį valstybės narės gali apriboti taisyklių dėl tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimo taikymą dėl privalomų bendrojo intereso priežasčių. Tačiau pagal 7 straipsnio 11 dalį tokie apribojimai turi būti būtini ir proporcingi ir negali būti savavališko diskriminavimo arba nepagrįsto kliūčių laisvam judėjimui sudarymo priemonė. Be to, valstybės narės turi pranešti Komisijai apie sprendimą nustatyti 7 straipsnio 9 dalyje numatytus apribojimus.

Nors Komisija negavo nė vieno konkretaus pranešimo, kai kurias priemones, kuriomis valstybė narės perkėlė Direktyvą į nacionalinę teisę, būtų galima laikyti ribojančiomis kompensavimą.

Pagal Direktyvos 7 straipsnio 4 dalį tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimo atspirties taškas turėtų būti pagal sistemą padengiama suma, kai tą konkrečią sveikatos priežiūros paslaugą valstybinis arba pagal sutartį įsipareigojęs sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas (atsižvelgiant į tai, kaip veikia tam tikra sveikatos priežiūros sistema) teikia draudimo valstybėje narėje.

Ne mažiau kaip trijose valstybėse narėse vadovaujamosi tokia tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimo praktika, kai pacientams mokamos kompensacijos

² http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/docs/2015_evaluative_study_frep_en.pdf.

Pranešimas dėl vertinamojo tyrimo pateikiamas šios ataskaitos B priede.

dydis nustatomas remiantis išlaidomis, kurias draudimo valstybė narė padengtų už sveikatos priežiūros paslaugas, gautas iš privataus paslaugų teikėjo ar paslaugų teikėjo, su kuriuo nesudaryta sutartis (tai yra gerokai mažesnė suma, palyginti su kompensacijos dydžiu, kuris mokamas, kai paslaugą teikia valstybinis ar pagal sutartį įsipareigojęs paslaugų teikėjas), jeigu ta sveikatos priežiūros paslauga suteikta tos valstybės narės teritorijoje.

Trijose valstybėse narėse reikalaujama, kad kompensaciją už tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas siekiantis gauti pacientas pateiktų įrodymus, kad medicininio požiūriu būtina, kad tam tikra sveikatos priežiūros paslauga būtų suteikta kitoje šalyje. Abejojama, ar tai neprieštaruoja laisvo pacientų judėjimo principui ir atitinka 7 straipsnio 9 ir 11 dalyse nustatytus kriterijus.

Pagal Direktyvos 7 straipsnio 7 dalį valstybės narės gali pacientams, siekiantiems gauti sveikatos priežiūros paslaugas kitoje valstybėje narėje, taikyti tokias pat sąlygas ir formalumus, kokie būtų taikomi, jei tos sveikatos priežiūros paslaugos būtų teikiamos jų teritorijoje, jeigu tos sąlygos ir formalumai yra nediskriminaciniai ir jie nėra nepagrįsta kliūtis laisvam judėjimui.

Dvylika valstybių narių pasinaudojo šia nuostata savo kontroliuojamajai funkcijai pagrįsti, t. y. nustatyta sistema, pagal kurią pacientai privalo turėti bendrosios praktikos gydytojo arba šeimos gydytojo išduotą siuntimą, kad galėtų gauti gydytojo specialisto teikiamą sveikatos priežiūros paslaugą. Todėl tokio siuntimo reikalaujama ir kai siekiama gauti kompensaciją už kitoje valstybėje narėje gautas tokias gydytojo specialisto suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas. Tačiau pagal kvalifikacijų abipusio pripažinimo principą valstybės narės turėtų pripažinti lygiaverčio specialisto kitoje valstybėje narėje priimtus sprendimus dėl sveikatos priežiūros paslaugų klinikinio poreikio ir tinkamumo. Vis dėlto penkiose iš šių dvylikos valstybių narių aiškiai reikalaujama, kad siuntimas būtų išduotas jų šalies specialisto.

Bent keturiose valstybėse narėse reikalaujama, kad pacientai pateiktų oficialiai patvirtintą sąskaitų faktūrų vertimą (vienoje valstybėje net reikalaujama, kad visus paciento dokumentus patvirtintų jo šalies konsulas gydymo valstybėje). Tačiau Direktyvos 10 straipsnyje nurodyta, kad nacionaliniai kontaktiniai centrai turi padėti vieni kitiems suprasti sąskaitose faktūrose pateikiamą informaciją. Todėl reikės atlikti šio reikalavimo analizę, atsižvelgiant į 7 straipsnio 7 dalyje numatytas sąlygas.

Dėl Direktyvos nuostatų taikymo vadinamajai telemedicinai (t. y. nuotoliniu būdu teikiamoms sveikatos priežiūros paslaugoms) iškilo tam tikrų neaiškumų. Pavyzdžiui, per atstumą bendrosios praktikos gydytojo teikiamos konsultacijos kai kuriose valstybėse narėse yra kompensuojamos arba teikiamos, o kitose – ne. Jeigu pacientas iš valstybės narės, kurioje tokios konsultacijos neteikiamos ir nefinansuojamos, valstybėje narėje, kurioje tokios konsultacijos teikiamos, telemedicinos būdu konsultuojasi su bendrosios praktikos gydytoju, neaišku, ar tokiu atveju draudimo valstybė gali atsisakyti mokėti kompensaciją. Viena vertus, tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos kompensuojamos, jeigu tokios sveikatos priežiūros paslaugos priskiriamos prie apmokamų paslaugų, į kurias apdraustasis asmuo turi teisę draudimo valstybėje narėje (7 straipsnio 1 dalis), ir draudimo valstybė narė gali, įskaitant tuo atveju, kai sveikatos priežiūros paslaugos gaunamos telemedicinos būdu, nustatyti tokias

pat sąlygas ir atitiktis reikalavimams kriterijus, kurie taikomi jos teritorijoje teikiamoms sveikatos priežiūros paslaugoms. Kita vertus, 4 straipsnio 1 dalies a punkte įtvirtintas principas, pagal kurį sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos vadovaujantis gydymo valstybės narės teisės aktais, ir telemedicinos atveju laikoma, kad sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos toje valstybėje narėje, kurioje įsisteigęs sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas (3 straipsnio d punktas). Šiuo atveju svarbu, kaip apibrėžiamas vadinamasis apmokamų paslaugų krepšelis, t. y. sveikatos priežiūros paslaugas, kurias pacientas turi teisę gauti.

2.3. Pacientų srautai

Rengdama šią ataskaitą, Komisija paprašė valstybių narių pateikti savo šalių duomenis. Duomenis apie 2014 kalendorinius metus pateikė 26 valstybės narės.

Vadovaujantis Direktyvos nuostatomis dėl sveikatos priežiūros paslaugų į užsienį keliaujančių pacientų srautai yra nedideli. Iš 21 valstybės narės, kuriose nustatyta išankstinio leidimo sistema, duomenis apie prašymų dėl leidimo suteikimo būtent pagal šios direktyvos nuostatas skaičių galėjo pateikti 17 valstybių. Šiose valstybėse narėse iš viso gauta tik 560 paraiškų suteikti leidimą (360 iš jų buvo patenkintos). Dvi iš šių valstybių narių pranešė, kad neatmetė ir nepatenkino nė vieno prašymo, dvi šalys nurodė gavusios tik po vieną prašymą ir tik dvi šalys pranešė gavusios daugiau kaip 100 prašymų. Be šių 17 valstybių narių, Prancūzija pranešė suteikusi 57 000 leidimų; tačiau tai yra bendras skaičius, kuris apima tiek pagal socialinės apsaugos reglamentų³, tiek pagal Direktyvos nuostatas suteiktus leidimus.

Už gydymo, kuriam netaikomas išankstinio leidimo reikalavimas, išlaidas Suomija, Prancūzija ir Liuksemburgas pranešė išmokėję atitinkamai 17 142, 422 680 ir 117 962 kompensacijas. Tačiau tai taip pat yra bendri skaičiai, kurie apima duomenis ir apie pagal socialinės apsaugos reglamentų, ir apie pagal Direktyvos nuostatas suteiktas paslaugas.

Dvidešimt valstybių narių pateikė duomenis apie išlaidų kompensavimą tik pagal šios direktyvos nuostatas. Šiose valstybėse išmokėta iš viso 39 826 kompensacijos, 31 032 iš jų išmokėta vien Danijoje. Iš viso apie daugiau kaip 1 000 kompensacijų pranešė tik keturios iš šių valstybių narių. Kitoje skalės pusėje – 14 valstybių narių, kurios išmokėjo mažiau nei 100 kompensacijų (iš jų šešios neišmokėjo nė vienos kompensacijos). Atrodo, kad tokius skaičius lemia ne didelis atmetamų paraiškų, o nedidelis pateikiamų prašymų skaičius – iš turimų duomenų matyti, kad patenkinama 85 proc. prašymų kompensuoti išlaidas.

Pacientų judumas dėl planinės sveikatos priežiūros iš esmės yra nedidelis, kaip ir socialinės apsaugos reglamentuose numatytos priežiūros atveju. 2013 m. gauta 1,6 mln. prašymų kompensuoti neplaninės sveikatos priežiūros išlaidas, bet pateiktos tik 30 172 paraiškos dėl reglamentuose numatytos planinės sveikatos priežiūros užsienyje (tokiais atvejais pateikiama S2 forma). Iš pastarųjų patenkinta 29 115⁴, o vien Liuksemburge – 17 358 paraiškos.

³ Reglamentai (EB) Nr. 883/2004 ir Nr. 987/2009 dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo.

⁴ Atkreiptinas dėmesys į tai, kad iš S2 formų surinkti duomenys apie planinę sveikatos priežiūrą apima tik 22 valstybes nares, nes iš kitų valstybių narių tokių duomenų negauta.

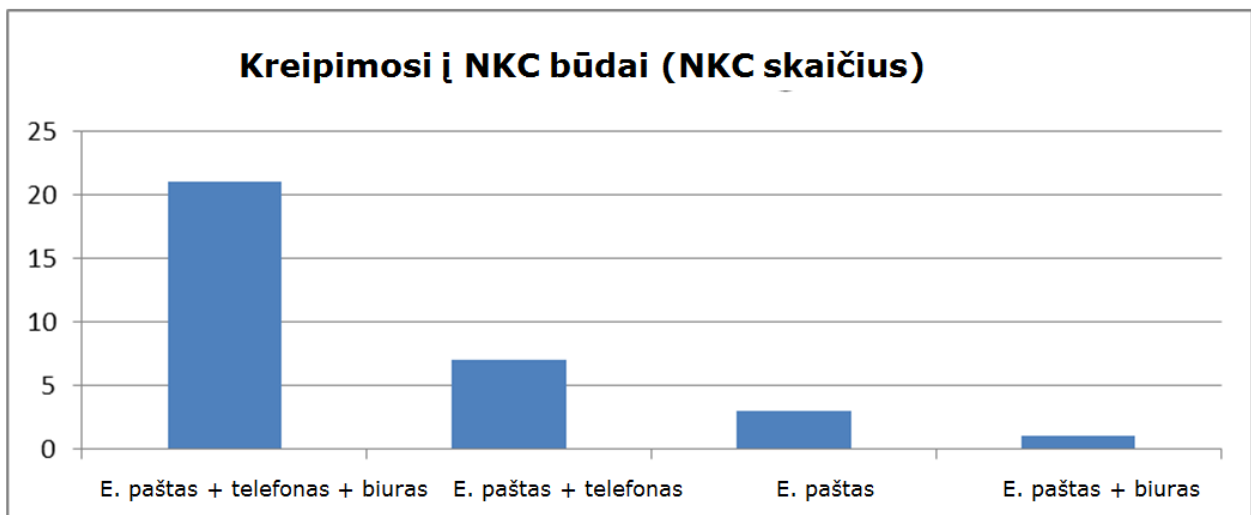
Išsamiai suskirstyti duomenys pateikiami A priede, kuriame taip pat išdėstytos įvairios su duomenų rinkimu susijusios išlygos, įskaitant tai, kad skirtingose valstybėse narėse ši direktyva buvo įgyvendinta skirtingu laiku, todėl duomenys gali apimti ne visus 2014 m.

Direktyvos 2011/24/ES 20 straipsnio 3 dalyje numatytoje ataskaitoje, kurią Komisija priėmė 2014 m. pradžioje⁵, atkreiptas dėmesys į tai, kad šios direktyvos įgyvendinimas gali turėti įtakos socialinės apsaugos reglamentų taikymui. Toje ataskaitoje išsamiai išdėstyta, kokių duomenų reikėtų, siekiant įvertinti, ar taip iš tiesų nutiko. Tokiomis aplinkybėmis Komisija šių duomenų neturi, todėl šiuo metu negali atlikti išsamesnės analizės.

3 skyrius. Nacionaliniai kontaktiniai centrai ir pacientų informavimas

Kai kuriose valstybėse narėse įkurti atskiri atvykstantiems ir išvykstantiems pacientams skirti nacionaliniai kontaktiniai centrai (NKC). Kitose veikia regioniniai nacionaliniai kontaktiniai centrai, kuriuos kontroliuoja vienas centrinis NKC. Kai kurie nacionaliniai kontaktiniai centrai įsikūrę sveikatos ministerijoje, kiti – sveikatos draudiko įstaigoje, dar kiti – nepriklausomose įstaigose.

Skiriasi ir nacionalinių kontaktinių centrų naudojami ryšių kanalai, kaip matyti iš toliau pateiktos lentelės (joje pateikiami duomenys apie visas 28 valstybes nares ir pavienius kontaktinius centrus Anglijoje, Škotijoje, Velse, Šiaurės Airijoje ir Gibraltare)⁶.



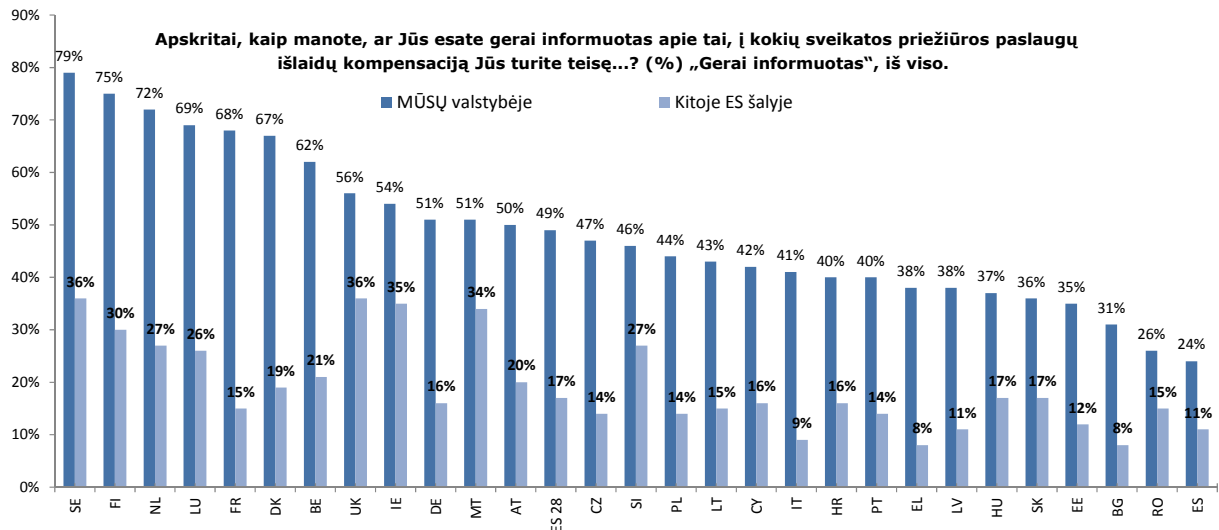
Šie duomenys surinkti atliekant vertinamąjį tyrimą, kuris taip pat atskleidė didelius nacionalinių kontaktinių centrų veiklos skirtumus. Trims iš devynių nacionalinių kontaktinių centrų, kuriuose buvo atlikta apklausa, per mėnesį buvo pateikiama mažiau nei 10 prašymų suteikti informaciją, keturiems – nuo 10 iki 100 prašymų suteikti informaciją ir tik dviem –

⁵ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014DC0044&from=LT>.

⁶ Jungtinėje Karalystėje nėra vieno NKC, kuris apimtų visą JK, todėl reikėjo vertinti pavienių kontaktinių centrų duomenis. Kitose valstybėse narėse taip pat veikia regioniniai kontaktiniai centrai, bet jos turi ir vieną visą šalį apimančią NKC.

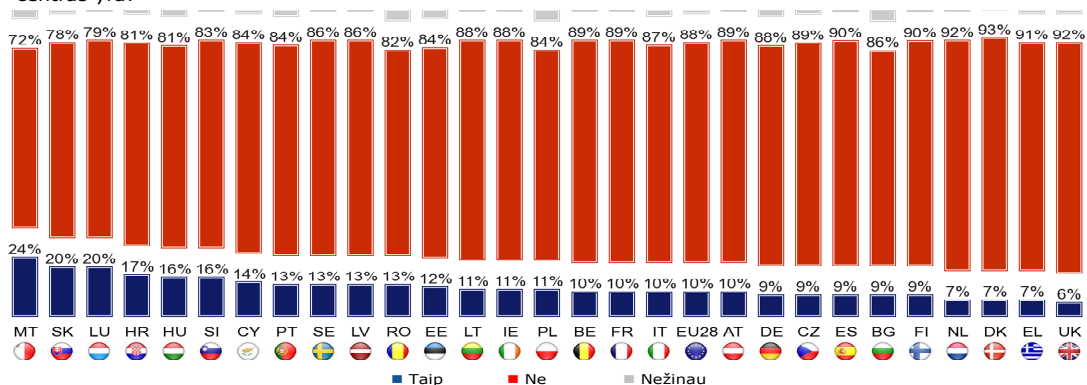
daugiau kaip 100 tokių prašymų per mėnesį. Šie rezultatai atitinka valstybių narių pateiktus duomenis apie prašymus suteikti informaciją (jie pateikiami A priede).

Tai nestebina, atsižvelgiant į tai, kad apie savo teises ir apie tai, kad yra tokie nacionaliniai kontaktiniai centrai, žino tikriausiai nedaug ES piliečių. Neseniai atliktas Eurobarometro tyrimas⁷ atskleidė, kad pakankamai informacijos apie savo teises, susijusias su tarpvalstybinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis, mano turintys mažiau nei du iš dešimties piliečių.



Tačiau tik vienas iš dešimties žinojo apie nacionalinius kontaktinius centrus:

QD 12. Kiekvienoje ES valstybėje narėje veikia nacionalinis kontaktinis centras, kuris teikia informaciją apie ES šalyse teikiamas tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas. Ar Jūs žinojote, kad toks kontaktinis centras yra?



Keleto konferencijų, kurias Komisijos vardu surengė Europos pacientų forumas, metu pacientų organizacijos pranešė nerimaujančios, kad tarpvalstybinių sveikatos priežiūros

⁷ http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_425_sum_en.pdf.

paslaugų klausimais pacientams tenka įveikti „painios, kartais nepakankamos ir kartais pernelyg išsamios informacijos labirintą“. Pacientų organizacijos teigia, kad nacionaliniai kontaktiniai centrai turi lemiamą įtaką sėkmingam šios direktyvos įgyvendinimui, ir rekomendavo, kad nacionaliniai kontaktiniai centrai žmonėms, kurie svarsto galimybę pasinaudoti planinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis užsienyje, pateiktų vadinamuosius kontrolinius sąrašus ir išsamesnius konkrečius duomenis apie procedūrų terminus, išlaidas ir kompensacijų dydį. Jos pabrėžė norinčios padėti užtikrinti pacientams teikiamos informacijos apie kokybę ir saugumą palyginamumą ir patikimumą visose institucijose ir visose valstybėse narėse.

„Pacientai turi didelių lūkesčių... Daugumos nuomone, NKC turi būti vartai į sveikatos priežiūrą, o ne vartininkas, trukdantis pasinaudoti tokiomis paslaugomis.“ – *Pacientų organizacija*

Pagal Direktyvos nuostatas valstybės narės privalo teikti informaciją apie jose veikiančias kokybės ir saugos užtikrinimo sistemas. Kai kurios valstybės narės pateikia nuorodas į įvairius teisinius dokumentus; kitos bendrais bruožais aprašo kokybės užtikrinimo strategijas; kelios valstybės narės pateikia išsamią informaciją (įskaitant nuorodas į ligoninių vertinimo sistemas, kurios apima tipinius saugos parametrus, pvz., mirtingumą, gydytų pacientų, kuriems prasidėjo komplikacijos, skaičių); kitos piliečiams pateikia nuorodas į konkrečius šaltinius – svetaines arba nurodo tam tikro asmens vardą ir pavardę. Kai kurios valstybės narės visiškai neužsimena apie saugą ir kokybę.

Keletas valstybių narių, kaip ir anksčiau, teigia esančios susirūpinusios dėl informavimo apie sudėtingus dabartinės teisinės padėties aspektus, kuriuos lemia tai, kad tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugos reglamentuojamos dviem skirtingais ES teisės nuostatų rinkiniais (Direktyva ir socialinės apsaugos reglamentais), nepaisant to, kad pagal Direktyvos 2 straipsnio m dalį ši direktyva taikoma nepažeidžiant socialinės apsaugos reglamentų (taip pat žr. Direktyvos 28–31 konstatuojamąsias dalis).

4 skyrius. Tarpvalstybinis bendradarbiavimas

4.1. Receptų pripažinimas

Direktyvos 11 straipsnyje įtvirtintas vaistų receptų abipusio pripažinimo tarp valstybių narių principas, o Komisija įgaliojama patvirtinti praktines priemones, kurios palengvintų tokių receptų pripažinimą.

Dauguma šių priemonių numatytos Įgyvendinimo direktyvoje 2012/52/ES⁸. Šioje direktyvoje pateikiamas bendrųjų elementų, kurie turi būti tarpvalstybiniuose receptuose, sąrašas. Į šį sąrašą, be kitų elementų ir su keliomis išimtimis, įtrauktas vaisto bendrinis pavadinimas (praktiškai tai yra tarptautinis nepatentuotas didžiosios daugumos vaistų pavadinimas).

⁸ 2012 m. gruodžio 20 d. Komisijos įgyvendinimo direktyva, kuria nustatomos priemonės, skirtos kitoje valstybėje narėje išrašytų vaistų receptų pripažinimui palengvinti (OL L 356, 2012 12 22, p. 68).

Įgyvendinimo direktyvos perkėlimo į nacionalinę teisę terminas buvo toks pat kaip Direktyvos 2011/24/ES, t. y. 2013 m. spalio 25 d. Dvidešimt viena valstybė narė arba neperkėlė įgyvendinimo direktyvos iki nustatyto termino, arba nevisiškai perkėlė jos nuostatas, todėl jų atžvilgiu buvo pradėtos pažeidimo tyrimo procedūros. 2015 m. liepos 1 d. dvi iš šių pažeidimo bylų dar nebuvo baigtos, o kitos bylos jau buvo baigtos, nes, pradėjus pažeidimo tyrimo procedūras, atitinkamos valstybės narės perkėlė Direktyvos nuostatas į savo nacionalinę teisę. Su minėtomis dviem nebaigtomis bylomis susijusios valstybės narės įsipareigojo išspręsti dar neišspręstus klausimus.

4.2. Europos referencijos centrų tinklai

Pagal Direktyvos 12 straipsnį Komisija privalo padėti plėtoti Europos referencijos centrų tinklus (ERCT), kurie vienija sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus ir specializuotus centrus (ypač retųjų ligų srityje), patvirtindama kriterijus ir sąlygas, kurias tokie tinklai ir prisijungti prie šių tinklų norintys paslaugų teikėjai privalo atitikti, taip pat parengdama tokių tinklų steigimo ir vertinimo kriterijus ir padėdama keistis informacija bei praktinėmis žiniomis apie šiuos tinklus. 2014 m. kovo mėn., valstybėms narėms vieningai pritarus, buvo priimtas šių tinklų steigimo ir vertinimo teisinis pagrindas (deleguotasis⁹ ir įgyvendinimo¹⁰ sprendimai).

Priėmus teisinį pagrindą, Komisija pradėjo ERCT steigimo procesą, įskaitant valstybių narių tarybos, kuri bus atsakinga už Europos referencijos centrų tinklams teikiamų pasiūlymų patvirtinimą, steigimą. Pirmasis kvietimas teikti paraiškas dėl tinklų steigimo bus paskelbtas 2016 m. pradžioje, ir pirmuosius tinklus tikimasi patvirtinti tais pačiais metais.

Komisija bendradarbiauja su sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais ir institucijomis, siekdama didinti informuotumą apie ERCT teikiamas galimybes ir siekdama paramos galimiems tinklams ar tinklų nariams.

4.3. E. sveikata

2011 m. gruodžio 22 d. Komisija priėmė Įgyvendinimo sprendimą 2011/890/ES dėl e. sveikatos tinklo¹¹. E. sveikatos tinklo tikslas – padėti nacionalinėms institucijoms bendradarbiauti. Tinklo nariai posėdžiauja du kartus per metus, o tinklas remiamas įgyvendinant Reglamentu (ES) Nr. 282/2014 nustatytoje Sveikatos programoje numatytus bendrus veiksmus¹². Prie e. sveikatos tinklo darbo prisidedama įvairių rūšių veikla, kuri vykdoma pagal 2012–2020 m. E. sveikatos veiksmų planą „Novatoriška sveikatos priežiūra XXI amžiui“¹³.

Nuo savo veiklos pradžios e. sveikatos tinklas patvirtino gaires dėl pacientų duomenų suvestinių ir e. receptų, taip pat nuomones dėl elektroninės atpažinties, sąveikumo, pasiūlymo

⁹ 2014 m. kovo 10 d. Komisijos deleguotasis sprendimas 2014/286/ES, kuriuo nustatomi kriterijai ir sąlygos, kuriuos Europos referencijos centrų tinklai ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai turi atitikti, kad galėtų prisijungti prie Europos referencijos centrų tinklo (OL L 147, 2014 5 17, p. 71).

¹⁰ Komisijos įgyvendinimo sprendimas 2014/287/ES, kuriuo nustatomi Europos referencijos centrų tinklų ir jų narių steigimo bei vertinimo kriterijai ir lengvesnių sąlygų keistis informacija bei praktinėmis žiniomis apie tokių tinklų steigimą ir vertinimą sudarymo kriterijai (OL L 147, 2014 5 17, p. 79).

¹¹ http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/decision_ehealth_network_lt.pdf.

¹² http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2014.086.01.0001.01.LIT.

¹³ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/ALL/?uri=CELEX:52012DC0736>.

dėl duomenų apsaugos reglamento ir pagal Europos infrastruktūros tinklų priemonę (EITP) remiamų investicijų į e. sveikatą. Šiuo metu e. sveikatos tinklas rengia gaires dėl veiksmingų metodų, kurie suteiktų galimybę naudoti medicininę informaciją visuomenės sveikatos ir mokslinių tyrimų tikslais. Pagal EITP 2015 m. darbo planą buvo paskirtas ES finansavimas keitimosi pacientų suvestinėmis ir e. receptų projektams įgyvendinti. 2015–2016 m. e. sveikatos tinklas peržiūrės ir prireikus atnaujins gaires, atsižvelgdamas į EITP įgyvendinimo patirtį.

4.4. Sveikatos technologijų vertinimas (STV)

Taisyklės, susijusios su Direktyvos 15 straipsnyje numatytu STV tinklu, išdėstytos Komisijos įgyvendinimo sprendime 2013/329/ES¹⁴. STV tinklo tikslas – padėti nacionalinėms institucijoms bendradarbiauti, be kita ko, santykinio sveikatos technologijų veiksmingumo ir trumpalaikio bei ilgalaikio efektyvumo klausimais. Tinklo nariai posėdžiauja du kartus per metus, o moksliniais ir techniniais klausimais tinklas remiamas įgyvendinant Sveikatos programoje numatytus bendrus veiksmus, t. y. vykdant tinklo *EUnetHTA* veiklą.

2014 m. spalio mėn. tinklas patvirtino ES bendradarbiavimo dėl STV strategiją, o 2015 m. balandžio mėn. – svarstymų dokumentą dėl bendros veiklos STV srityje rezultatų panaudojimo nacionalinio lygmens veikloje.¹⁵

Ateityje STV tinklas toliau atliks savo strateginį vaidmenį, tačiau svarbiausia bus tvirtas ir veiksmingas mokslinis bendradarbiavimas. Valstybės narės paprašė Komisijos pasiūlyti priemones, kurios užtikrintų ilgalaikį tvarumą.¹⁶

4.5. Tarpvalstybinis bendradarbiavimas

Pagal Direktyvos nuostatas Komisija privalo skatinti valstybes nares bendradarbiauti teikiant tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas pasienio regionuose. Iš pirmųjų Komisijos darbo rezultatų matyti, kad šiuo metu vykdoma nedaug tarpvalstybinių projektų, kurie gali suteikti vertingos praktinės patirties bendradarbiausiantiems ateityje. Taip pat nustatytos konkrečios sritys, kuriose pradėjus aktyviau bendradarbiauti tarpvalstybiniu mastu, labai pagerėtų pacientų gydymo rezultatai, pvz., dėl galimybės gauti skubią pagalbą patyrus miokardo infarktą.

Siekiant užtikrinti sėkmingą tarpvalstybinį bendradarbiavimą, daug paslaugų būtina pirkti iš vietos lygmens paslaugų teikėjų, remiant nacionalinėms institucijoms. Kitas žingsnis yra nustatyti tas ES veiklos sritis ir geriausią patirtį, kuri padės įgyvendinti papildomą naudą teikiantį tikrą tarpvalstybinį bendradarbiavimą. Taip pat reikia nustatyti geografines vietas, kurioms toks bendradarbiavimas būtų naudingas.

¹⁴ 2013 m. birželio 26 d. Komisijos įgyvendinimo sprendimas 2013/329/ES, kuriuo nustatomos nacionalinių institucijų arba tarnybų, atsakingų už sveikatos technologijų vertinimą, tinklo įsteigimo, valdymo ir skaidraus veikimo taisyklės (OL L 175, 2013 6 27, p. 71).

¹⁵ http://ec.europa.eu/health/technology_assessment/docs/reuse_jointwork_national_hta_activities_en.pdf.

¹⁶ Tarybos išvados dėl pacientams naudingų inovacijų; Užimtumo, socialinės politikos, sveikatos ir vartotojų reikalų taryba (Briuselis, 2014 m. gruodžio 1 d.), http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lisa/145978.pdf.

5 skyrius. Išvados

Pacientų judumas dėl planinės sveikatos priežiūros — ir pagal Direktyvos, ir pagal socialinės apsaugos reglamentų nuostatas – tebėra nedidelis, o pacientų judumas dėl neplaninės sveikatos priežiūros, panašu, gerokai didesnis. Prancūzija, Liuksemburgas ir galbūt Suomija bei Danija, atrodo, yra šio bendro pastebėjimo išimtys. Naudojimosi planinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis kitoje šalyje lygis gerokai mažesnis už galimą naudojimosi tokiomis paslaugomis lygį, kurį būtų galima numatyti atsižvelgiant į skaičių žmonių, kurie Eurobarometro apklausoje teigė, kad apsvarstytų galimybę pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis kitoje valstybėje narėje.

Yra keletas tokių skirtumą lemiančių priežasčių. Pirmiausia keletas valstybių narių vėlavo įgyvendinti Direktyvą, o tai turės įtakos skaičiui žmonių, kurie galės pasinaudoti jos nuostatomis 2014 m.

Antra, kaip parodė ir Eurobarometro tyrimas, apie savo bendrąsias teises į kompensaciją žino labai nedaug piliečių. Net jei piliečiai išmano savo teises, yra keletas valstybių narių, kuriose pacientams sunku gauti daugiau informacijos apie tai, kaip praktiškai pasinaudoti šiomis teisėmis. Iš pirmiau minėto vertinamojo tyrimo matyti, kad šiuo požiūriu nacionalinių kontaktinių centrų veiklos rezultatai labai skiriasi.

Trečia, nors kai kurios valstybės narės visapusiškai įgyvendino šią direktyvą ir deda daug pastangų, kad pacientai galėtų naudotis savo teisėmis į tarpvalstybinę sveikatos priežiūrą, yra daug valstybių narių, kurių sveikatos priežiūros sistemose pacientams sudarytos didelės kliūtys, kurios, bent kai kuriais atvejais, yra iš anksto apgalvotų politinių sprendimų padarinys: kai kurios išankstinio leidimo sistemos yra platesnio masto, nei atrodytų pateisinama pagal dabartinius prašymų skaičius; daugeliu atveju neaišku, dėl kurių gydymo procedūrų reikia gauti išankstinį leidimą; mažesni kompensavimo tarifai, palyginti su taikomais buveinės valstybėje narėje, yra akivaizdus stabdys; nustatyta daug sunkinančių administracinių reikalavimų, kurie gali visiškai atgrasinti pacientus nuo tokių paslaugų.

Natūrali tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paklausa gali būti palyginti maža dėl keleto priežasčių: pacientų nenoro keliauti (pvz., dėl artimo ryšio su šeima arba gero buveinės valstybėje veikiančios sistemos ypatumų išmanymo); kalbos barjerų; kainų skirtumų tarp valstybių narių; priimtino gydymo laukimo laiko draudimo valstybėje narėje. Taip pat vertėtų atkreipti dėmesį į tai, kad dalis esamo poreikio gali būti patenkinta pagal vietos lygmens dvišalius susitarimus, kurie sudaromi kai kuriose valstybėse narėse. Tačiau, atsižvelgiant į tai, kas išdėstyta pirmiau, padaryti išvadą, kad tai, kiek žmonių šiuo metu naudojasi tarpvalstybinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis, tiksliai atspindi galimą poreikį, negalima.

Vis dėlto Direktyvos poveikį reikėtų vertinti plačiau, ne tik tarpvalstybinės sveikatos priežiūros požiūriu. Ji papildė keletą šiuo metu daugelyje valstybių narių vykstančių svarbių diskusijų sveikatos priežiūros reformos tema.

Akivaizdžiausia yra tai, kad Direktyvoje yra daug nuostatų, susijusių su pacientų teisių ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir saugos skaidrumu pacientų atžvilgiu. Tikėtina, kad šis pacientams reikalingos informacijos ir jos pateikimo būdo klausimas dar tam tikrą laiką

bus įtrauktas į darbotvarkę. Tai nėra Direktyvos įgyvendinimo pasekmė, o atspindi platesnės apimties technologinius ir visuomenės pokyčius: dabartiniai žmonių lūkesčiai visiškai skiriasi nuo buvusių vos prieš kelerius metus (ir tikėtina, kad sveikatos priežiūros paslaugos nebus atsparios, pvz., vartotojų atsiliepimų, poveikiui). Tačiau Direktyva – tai jau sukurta erdvė (ir forumas – nuolat posėdžiaujančių nacionalinių kontaktinių centrų pavidalu), kurioje Komisija ir valstybės narės gali dalintis idėjomis, kaip būtų galima įveikti šį iššūkį.

Šiuo metu aišku, kad nacionaliniai kontaktiniai centrai labai skiriasi vienas nuo kito savo veikla ir teikiamos informacijos kokybe. Būsimoje diskusijoje būtų naudinga patyrinėti bendrus požiūrius arba gaires, kuriais nacionaliniai kontaktiniai centrai galėtų vadovautis savo veikloje.

Be to, dėl sunkumų, kurių patiriama teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, labiau domimasi galimybe geriau panaudoti išteklius bendradarbiaujant tarpvalstybiniu mastu. Nors po pirmųjų Komisijos lig šiol atliktų darbų buvo pateikta tam tikrų pasiūlymų dėl veiksmų ES lygmeniu (pvz., dalytis gerąja sėkmingo projektų įgyvendinimo patirtimi, parengti kontrolinius sąrašus tiems, kurie svarsto galimybę bendradarbiauti tarpvalstybiniu mastu), akivaizdu, kad jie būtų naudingi tik jei kartu bus vykdoma atitinkama veikla nacionaliniu ar vietos lygmeniu.

Direktyvos skyrius dėl sveikatos priežiūros sistemų bendradarbiavimo tapo nauju valstybių narių bendradarbiavimo pagrindu. Tai gali turėti apčiuopiamos naudos visos ES sveikatos priežiūros sistemoms. Pavyzdžiui, Europos referencijos centrų tinklai galėtų gerokai pagerinti retosiomis (mažai paplitusiomis) ir sudėtingomis ligomis, apie kurias mažai žinoma, sergančių pacientų galimybes gydytis. Siekiant realizuoti šį potencialą, reikės nuolatinės visų šalių paramos ir atsidavimo.

STV tinklo priimta STV strategija įrodyta, kad valstybės narės nori bendradarbiauti, bet taip pat ji parodė, kad šiuo klausimu būtini ilgalaikiai ir pagrįsti susitarimai. Tokie susitarimai turėtų palengvinti bendrą darbą ir kartu suteikti galimybę valstybėms narėms ir kitiems suinteresuotiesiems subjektams išnaudoti visas tokio bendro darbo teikiamas galimybes.

Galiausiai technologinė pažanga reiškia, jog tikėtina, kad artimiausioje ateityje telemedicinos paslaugos (įskaitant internetines vaistines) taps populiareesnės ir svarbesnės. Todėl turėtų būti naudinga apsvaistyti, ar nereikėtų patobulinti ir patikslinti taikytinų taisyklių (pvz., dėl taikytinų teisės aktų, galimybės gauti gydymo paslaugas ir jų išlaidų kompensavimo) ir kaip reikėtų tai padaryti.

6 skyrius. Pagal Direktyvos 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo taikymo 17 straipsnį Komisijai suteiktų įgaliojimų priimti deleguotuosius aktus vykdymas

6.1 Įvadas

Direktyvos 2011/24/ES 11 straipsnis susijęs su abipusiu receptų pripažinimu tarp valstybių narių. Direktyvos 11 straipsnio 5 dalimi Komisijai suteikti įgaliojimai priimti deleguotuosius aktus, kuriuose būtų nustatytos priemonės, pagal kurias tam tikrų kategorijų vaistams ar

medicinos prietaisams nebūtų taikomas receptų abipusio pripažinimo principas, kai tai yra būtina siekiant apsaugoti visuomenės sveikatą.

Direktyvos 2011/24/ES 12 straipsnis susijęs su Europos referencijos centrų tinklų (ERCT) plėtojimu. 12 straipsnio 5 dalimi kartu su 12 straipsnio 4 dalies a punktu Komisija įgaliota priimti deleguotuosius aktus, kuriuose būtų pateiktas konkrečių kriterijų ir sąlygų, kuriuos Europos referencijos centrų tinklai turi atitikti, sąrašas, taip pat nustatytos sąlygos ir kriterijai, kuriuos turi atitikti prie tokių tinklų norintys prisijungti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, kaip numatyta 12 straipsnio 4 dalies a punkte.

Direktyvos 2011/24/ES 17 straipsniu deleguotieji įgaliojimai suteikiami Komisijai 5 metų laikotarpiui nuo 2011 m. balandžio 24 d. Pagal šį straipsnį Komisija privalo ne vėliau kaip likus šešioms mėnesiams iki penkerių metų laikotarpio pabaigos parengti ataskaitą dėl deleguotų įgaliojimų. Deleguotieji įgaliojimai automatiškai pratęsimi tokios pačios trukmės laikotarpiams, išskyrus atvejus, kai Europos Parlamentas ar Taryba juos atšaukia pagal 18 straipsnį.

6.2. Delegavimas

Dėl 11 straipsnio 5 dalies 2012 m. vasario 14 d. buvo sušauktas valstybių narių posėdis, kuriame aptarta, ar būtina nustatyti vaistų ir medicinos prietaisų kategorijas, kurioms neturėtų būti taikomas receptų abipusio pripažinimo principas. Per šį posėdį (ir atlikus papildomą tyrimą) prieita prie išvados, kad šiuo metu šiuo požiūriu nebūtina išskirti jokių vaistų ar medicinos prietaisų. Todėl Komisija dar nepasinaudojo jai suteiktais deleguotaisiais įgaliojimais.

Dėl 12 straipsnio 5 dalies Komisija glaudžiai bendradarbiavo su valstybėmis narėmis dėl deleguotojo akto turinio, prieš priimdama jį 2014 m. kovo 10 d. (žr. nuorodą 4.2 skyriuje). Jis įsigaliojo 2014 m. gegužės 27 d.

6.3. Pabaiga

Komisija laikosi nuomonės, kad Direktyva 2011/24/ES jai suteikti deleguotieji įgaliojimai turėtų būti jai palikti.

Vaistai ir medicinos prietaisai yra viena iš tų sričių, kuriose gali įvykti staigių pokyčių. Nors šiuo metu receptų abipusio pripažinimo principo taikymo išimtys nebūtinos, toks poreikis gali atsirasti ateityje ir jį reikėtų patenkinti kuo greičiau, priimant deleguotąjį aktą, kad būtų apsaugota visuomenės sveikata.

Dėl Europos referencijos centrų tinklų, pirmieji tinklai bus įsteigti 2016 m. ir tuomet juos reikės įvertinti. Toks įvertinimas tikriausiai reikš, jog bus pageidautina, kad šiuo metu galiojančio deleguotojo akto turinys ateityje būtų pakoreguotas.

A PRIEDAS

Valstybių narių pateikti duomenys apie Direktyvos taikymą

2015 m. sausio mėn. klausimynas buvo išsiųstas visoms valstybėms narėms. Sutartas galutinis duomenų pateikimo terminas buvo 2015 m. balandžio 30 d. Šios apklausos metu buvo renkami duomenys apie 2014 kalendorius metus.

Duomenis pateikė iš viso 26 iš 28 valstybių narių (atsakymų negauta iš Latvijos ir Maltos).

Čia pateikiama dalis valstybių narių pateiktų duomenų. Reikėtų atkreipti dėmesį į keletą dalykų:

Valstybės narės Direktyvą 2011/24/ES perkėlė į nacionalinę teisę skirtingu laiku ir daugeliu atveju pateikti duomenys apima tik dalį 2014 m. Kai kurioms valstybėms narėms buvo sunku suskirstyti jose užregistruotus atvejus į susijusius su Direktyva 2011/24/ES ir susijusius su socialinės apsaugos reglamentais (reglamentais (EB) Nr. 883/2004 ir (EB) Nr. 987/2009), ypač prašymus kompensuoti sveikatos priežiūros paslaugų, kurioms netaikomas išankstinio leidimo reikalavimas, išlaidas.

Daugeliui valstybių narių buvo sunku pateikti duomenis, susijusius su nacionaliniams kontaktiniams centrams pateiktais prašymais suteikti informaciją, suskirsčius juos pagal kreipimosi būdą ir klausimą, kuriuo buvo kreiptasi. Taip pat tikėtina, kad kai kurie į nurodytą skaičių įtraukti prašymai buvo susiję su tais tarpvalstybinės sveikatos priežiūros aspektais, kurie nepatenka į Direktyvos 2011/24/ES taikymo sritį, pvz., klausimai susiję su Europos sveikatos draudimo kortele (angl. EHIC) ir kt.

Kai kurios valstybės narės, ypač kuriose veikia draudimu grindžiamos sistemos, patyrė sunkumų rinkdamos informaciją iš subjektų, kurie yra šios sistemos dalis.

Kadangi šis klausimynas buvo naudojamas pirmą kartą, renkant duomenis nustatyta keletas praktinių semantinių problemų (jos atspindi nacionalinių aplinkybių ir praktikos įvairovę). Šias problemas reikės išspręsti renkant duomenis ateityje, nes jos turi neigiamos įtakos duomenų palyginamumui.

Todėl valstybių narių duomenis nelengva palyginti – šiame priede pateikiami tik iliustracinio pobūdžio pavyzdžiai.

Nacionalinių kontaktinių centrų gaunami prašymai suteikti informaciją

Visos 26 valstybės narės, kurios atsakė, išskyrus Liuksemburgą ir Švediją, pateikė duomenis apie bendrą unikalų prašymų skaičių. 2014 m. užregistruoti iš viso 109 223 tokie prašymai. Penkios valstybės narės gavo mažiau nei 100 prašymų suteikti informaciją (pvz., Portugalija užregistravo tik 6 tokius prašymus). Dešimt valstybių narių užregistravo daugiau kaip 1 000 prašymų suteikti informaciją. Beveik 75 proc. užregistruotų prašymų buvo gauta trijose valstybėse narėse: Vokietijoje (36 602), Suomijoje (25 207) ir Austrijoje (15 536). Šie skaičiai

yra gerokai didesni tikriausiai dėl to, kad šiose trijose valstybėse narėse apsilankymai svetainėse buvo registruojami kaip prašymai suteikti informaciją.

Kai kurios valstybės narės suskirstė prašymus suteikti informaciją pagal kreipimosi dėl informacijos būdą. Šiais atvejais 74 050 prašymų suteikti informaciją buvo užregistruota svetainėse (žr. ankstesnę pastraipą), 15 461 – telefonu, 5 436 – elektroniniu paštu ir 2 179 – pareiškėjui kreipusis tiesiogiai.

Išankstinio leidimo sistemos taikymas

Išankstinio leidimo sistemą nustatė 21 valstybė narė (to nepadarė Austrija, Čekija, Estija, Suomija, Lietuva, Nyderlandai ir Švedija, nors jos priėmė teisės aktus, kurie suteikia galimybę nustatyti tokią sistemą vėliau, jeigu jos panorėtų tai padaryti). Iš šių 21 valstybės narės, Latvija ir Malta duomenų nepateikė. Vokietija pateikė duomenis, bet negalėjo pateikti duomenų apie išankstinio leidimo sistemos taikymą.

Iš 18 valstybių narių, kurios pateikė duomenis, aiškiai išsiskyrė Prancūzija: joje suteikta 57 000 leidimų; tačiau tai yra bendras skaičius, kuris apima tiek pagal socialinės apsaugos reglamentų, tiek pagal Direktyvos nuostatas suteiktus leidimus. Būtent pagal Direktyvos nuostatas pateiktų prašymų suteikti išankstinį leidimą, kurie buvo arba patenkinti, arba atmesti, skaičius kitose 17 valstybių narių buvo 560; 360 iš šių prašymų buvo patenkinti. Dvi valstybės narės (Lenkija ir Graikija) pranešė, kad 2014 m. jos nei atmetė, nei patenkino nė vieno prašymo suteikti išankstinį leidimą, o dvi valstybės narės (Kroatija ir Portugalija) gavo tik po vieną tokį prašymą. Kitame spektro gale – Italija gavo 177 prašymus (suteikti 103 leidimai), o Slovakija – 139 prašymus (suteiktas 121 leidimas).

Gydymo, kuriam netaikomas išankstinio leidimo reikalavimas, išlaidų kompensavimas¹⁷

Iš 26 valstybių narių, kurios atsakė, tik 23 pateikė išsamius duomenis apie gydymo, kuriam netaikomas išankstinio leidimo reikalavimas, išlaidų kompensavimą (Vokietija ir Nyderlandai negalėjo pateikti duomenų; Belgija negalėjo pateikti išsamių duomenų). Iš šių 23 šalių, Suomija, Prancūzija ir Liuksemburgas pateikė bendrus duomenis, susijusius ir su Direktyva, ir su socialinės apsaugos reglamentais. Suomija pranešė apie 17 142 prašymus kompensuoti išlaidas, Prancūzija – apie 422 680 prašymų, o Liuksemburgas – 117 962 prašymus.

Kitose 20 valstybių narių būtent pagal Direktyvos nuostatas buvo skirta iš viso 39 328 kompensacijos: iš šio bendro skaičiaus vien Danijoje skirtos 31 032 kompensacijos. Keturios valstybės narės skyrė daugiau kaip 1 000 kompensacijų. Keturiolika valstybių narių skyrė mažiau nei 100 kompensacijų; iš jų šešiose valstybėse (Austrijoje, Bulgarijoje, Kipre, Estijoje, Graikijoje ir Portugalijoje) neužregistruota nė vienos pagal šią direktyvą skirtos kompensacijos.

Prašymų nagrinėjimo laikas

¹⁷ Šie duomenys gali apimti nedidelį skaičių prašymų dėl gydymo, kuriam turėjo būti taikomas išankstinio leidimo reikalavimas, bet dėl kurio išlaidų kompensavimo prašymas buvo pateiktas atgaline data ir galiausiai patenkintas.

Iš 16 atsakiusių valstybių narių, kuriose buvo nustatyta išankstinio leidimo sistema ir kurios gavo prašymų suteikti išankstinį leidimą, devynios (Bulgarija, Kroatija, Danija, Airija, Prancūzija, Liuksemburgas, Slovakija, Ispanija ir Jungtinė Karalystė) nurodė, kad prašymai nagrinėjami vidutiniškai 20 arba mažiau dienų. Vidutiniškai 30 ar daugiau dienų prašymai buvo nagrinėjami tik trijose valstybėse: Vengrijoje (30 dienų), Kipre (40) ir Slovėnijoje (69).

Iš 19 atsakiusių valstybių narių, kurios faktiškai gavo prašymų (ir galėjo pateikti reikiamus skaičius) kompensuoti gydymo, kuriam netaikomas išankstinio leidimo reikalavimas, išlaidas, 15 pateikė duomenis apie vidutinį prašymų nagrinėjimo laiką (Belgija, Lietuva, Graikija ir Rumunija negalėjo pateikti šių duomenų). Iš jų, keturiose šie prašymai buvo nagrinėjami vidutiniškai mažiau nei 20 dienų (Danijoje, Vengrijoje, Liuksemburge ir JK), o trijose – vidutiniškai daugiau kaip 80 dienų (Suomijoje – 82, Slovakijoje – 84,3 ir Švedijoje – 150 dienų (Pastaba. Suomijos nurodytas skaičius susijęs tiek su reglamentais, tiek su Direktyva).¹⁸

¹⁸ Kompensavimo praktika, kuria vadovaujama vienoje valstybėje narėje, gali labai skirtis nuo tos, kuria vadovaujama kitoje. Pavyzdžiui, jeigu valstybė narė nusprendžia kažkam kompensuoti išlaidas vadovaujantis reglamentų nuostatomis dėl to, kad tai naudingiau pacientui, kompensacijos dydžio nustatymo procedūra gali užtrukti kelis mėnesius.

B PRIEDAS

Tarpvalstybinės sveikatos priežiūros direktyvos vertinamasis tyrimas

Šiame tyrime aptariamas Direktyvos 2011/24/ES poveikis. Bendra jo paskirtis – pateikti informaciją apie esamą Direktyvos įgyvendinimo padėtį, remiantis turimais šaltiniais, ir nustatyti trūkumus bei įgyvendinimo aspektus, kuriuos būtų galima tobulinti, kaip reikalaujama pagal Direktyvos 20 straipsnio 1 dalį. Tyrimas parengtas remiantis informacija apie esamą padėtį ir kitais vertingais išoriniais šaltiniais (ankstesniais tyrimais, mokslinė literatūra, suinteresuotųjų subjektų pateiktais duomenimis ir kt.).

Metodai

Be dokumentų tyrimo ir literatūros apžvalgos, taip pat išsamiai peržiūrėtos interneto svetainės ir taikyti plačiai naudojami dalyvaujantieji mokslinių tyrimų metodai.

Remiantis ankstesne mokslinių tyrimų patirtimi, buvo atlikta visų 32 nacionalinių kontaktinių centrų svetainių analizė (32 šalių arba teritorijų, kadangi JK atveju analizuotos Škotijos, Velso, Anglijos, Šiaurės Airijos ir Gibraltaro nacionalinių kontaktinių centrų svetainės). Analizė buvo atliekama 2014 m. spalio 6 d. – lapkričio 6 d.

Siekiant įvertinti svetainės iš galutinio vartotojo perspektyvos, naudotas netikro paciento mokslinių tyrimų metodas. 2014 m. lapkričio mėn. elektroniniu paštu ir telefonu pagal tris skirtingus iš anksto suplanuotus scenarijus buvo kreiptasi į 12 ES valstybių narių (Austrijos, Belgijos, Prancūzijos, Vokietijos, Vengrijos, Italijos, Lietuvos, Maltos, Nyderlandų, Slovėnijos, Ispanijos ir Švedijos) nacionalinius kontaktinius centrus. Šios šalys, į kurias buvo sutelktas visas dėmesys, – tai reprezentatyvioji imtis, sudaryta remiantis daugybe ataskaitoje išsamiai apibūdintų kriterijų.

Šiose imties šalyse ir Europos lygmeniu taip pat buvo surinkti subjektyvūs, nuomone pagrįsti duomenys: surengti 59 pokalbiai su suinteresuotaisiais subjektais ir atlikta internetinė 12 imties šalyse veikiančių nacionalinių kontaktinių centrų apklausa. Maždaug 50 proc. suinteresuotųjų subjektų, į kuriuos buvo kreiptasi, sutiko atsakyti į klausimus per minėtą keturių savaičių laikotarpį. Tarp jų buvo įvairūs sveikatos draudikai, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, pacientų ombudsmenai, nacionalinės ir regionų valdžios institucijos, pacientų grupės, audito įstaigos ir pagrindinės vaistus išrašančių sveikatos priežiūros specialistų organizacijos. Visi nacionaliniai kontaktiniai centrai atsakė bent į dalį internetinės apklausos klausimų.

Tyrimo išvados papildytos SSGG analize, kurioje daugiausia dėmesio skiriama pacientams teikiamoms paslaugoms.

Trūkumai

Šis tyrimas nėra oficialus vertinimas. Jis neapima skundų, pažeidimų ir perkėlimo į nacionalinę teisę priemonių. Atsižvelgiant į tai, kad Direktyva buvo priimta neseniai ir į tai, kad lengvai prieinamų duomenų apie pacientų judumą nėra daug, oficialiai vertinti Direktyvą pernelyg anksti. Vis dėlto vertinamasis tyrimas yra naudingas ir kokybiškas įnašas į pradinį

Direktyvos vertinimą ir būsimus vertinimus, neprieštaraujantis principui „pirmiausia įvertinti“.