



PREDLOGA ZA NACIONALNE KONTAKTNE TOČKE

*za dobro zagotavljanje
informacij izvajalcem
zdravstvenega varstva v
čezmejnem zdravstvenem
varstvu¹*

Predloga za nacionalne kontaktne točke

za dobro zagotavljanje informacij izvajalcem zdravstvenega varstva v čezmejnem zdravstvenem varstvu¹

zdravstvenega varstva

Izvajalci

V Direktivi 2011/24/EU* je poudarjena potreba po ustreznih in jasnih informacijah o vseh vidikih čezmejnega zdravstvenega varstva*, da lahko pacienti uveljavljajo svoje pravice v praksi. Nacionalne kontaktne točke* za čezmejno zdravstveno varstvo so ključne za zagotavljanje takih informacij mobilnim pacientom.

Poleg tega so nacionalne kontaktne točke dolžne obveščati paciente posredno z zagotavljanjem informacij drugim akterjem na področju čezmejnega zdravstvenega varstva*, kot so izvajalci zdravstvenega varstva, nacionalni zdravstveni sistemi* ali ponudniki zdravstvenega zavarovanja* in organizacije pacientov.

To predlogo lahko nacionalne kontaktne točke uporabljajo kot izhodišče za zagotavljanje bistvenih informacij na svojem spletišču ali pri osebni svetovanju izvajalcem zdravstvenega varstva, ki zdravijo tuje paciente v skladu z uredbama (ES) št. 883/2004 in (ES) št. 987/2009 o socialni varnosti* ter Direktivo 2011/24/EU*.

Besedilo v nadaljevanju lahko kopirate in prilepite v celoti ali po delih, da ga uporabite na spletišču svoje nacionalne kontaktne točke ali pri komuniciranju z izvajalci zdravstvenega varstva.

Izjava o omejitvi odgovornosti

Ta dokument je bil pripravljen v okviru zdravstvenega programa (2014–2020) na podlagi posebne pogodbe z Izvajalsko agencijo za potrošnike, zdravje, kmetijstvo in hrano (CHAFEA), ki deluje po pooblastilu Evropske komisije. Vsebina tega poročila predstavlja stališča pogodbenega izvajalca, ki je zanjo izključno odgovoren; nikakor ne izraža stališč Evropske komisije in/ali agencije CHAFEA ali drugega organa Evropske unije. Evropska komisija in/ali agencija CHAFEA ne jamčita za točnost podatkov v tem poročilu in ne sprejemata odgovornosti za njihovo uporabo s strani tretjih oseb.

¹ Vse besede in pojmi v tej predlogi, ob katerih je zvezdica (*), so opredeljeni in pojasnjeni v priloženem abecednem glosarju.

Kazalo

- ① **Pravice pacientov v zvezi s čezmejnimi zdravstvenimi varstvom**
 - 1.1. Pravni okvir: uredbi o socialni varnosti* in Direktiva 2011/24/EU
 - 1.2. Razlika med nenačrtovanim in načrtovanim zdravljenjem v tujini
 - 1.3. Dokazilo, potrebno za javno zdravljenje

- ② **Obveznosti izvajalcev zdravstvenega varstva**
 - 2.1. Obveznosti pred zdravljenjem
 - 2.2. Obveznosti med zdravljenjem
 - 2.3. Obveznosti po zdravljenju

- ③ **Recepti**

① Pravice pacientov v zvezi s čezmejnimi zdravstvenimi varstvom

1.1. Pravni okvir: uredbi o socialni varnosti* in Direktiva 2011/24/EU*

Tuji pacienti iz drugih držav EU*/EGP* ali Švice* imajo pravico do dostopa do zdravstvenega varstva v tujini in do kritja stroškov v domači državi* v okviru tako imenovane evropske *pravice do čezmejnega zdravstvenega varstva**.

Čezmejno zdravstveno varstvo* se lahko opredeli kot pravica do *dostopa do diagnoze, zdravljenja ter predpisovanja in izdajanja zdravil in medicinskih pripomočkov zunaj države prebivališča v kateri koli drugi državi članici EU*/EGP* ali v Švici** (brez pogoja glede skupne geografske meje).

Posebne pravice in upravičenja pacienta bodo v veliki meri odvisni od razlogov za njegovo začasno prebivanje v tujini in od tega, na podlagi katerega pravnega instrumenta EU bo imel dostop do čezmejnega zdravstvenega varstva, tj. na podlagi uredb (ES) št. 883/2004 in (ES) št. 987/2009 o socialni varnosti* ali v skladu z Direktivo 2011/24/EU*.

1.1.1. Upravičenja na podlagi uredb o socialni varnosti*:

Na podlagi uredb (ES) št. 883/2004 in (ES) št. 987/2009 o socialni varnosti* so pacienti iz drugih držav EU*/EGP* ali Švice* upravičeni do kritja stroškov zdravljenja, *kot če bi bili zavarovani v okviru sistema socialne varnosti države zdravljenja**. Zato se bo pacient štel za domačega pacienta z javnim zdravstvenim zavarovanjem in upravičeni do javnozdravstvenih storitev.

Da bi bil pacient upravičen do zdravljenja kot pacient z javnim zdravstvenim zavarovanjem, vam bo moral predložiti dokazilo o upravičenosti, ki ga izda njegov nacionalni zdravstveni sistem/ponudnik zdravstvenega zavarovanja* doma (glej oddelek 1.3).*

Pacientom se lahko stroški krijejo v skladu z načinom plačila in tarifami, ki se uporabljajo v državi zdravljenja*. Tujega pacienta bo treba obravnavati kot pacienta z javnim zdravstvenim zavarovanjem. Če je zdravljenje brezplačno za domače paciente*, bo torej tudi tujim pacientom zdravljenje plačala tretja oseba*. V tem primeru lahko pacientu neposredno zaračunate samo znesek morebitnih doplačil*. Lokalni organ za socialno varnost bo vključen in vam bo plačal v skladu s standardnimi stopnjami, ki veljajo za krite zdravstvene storitve v okviru sistema socialne varnosti/nacionalnega zdravstvenega sistema*. Če pa morajo domači pacienti vnaprej plačati vse zdravstvene stroške, morate zaprositi za tako vnaprejšnje plačilo* tudi v primeru tujih pacientov. Po vrnitvi domov lahko pacient pri lokalnem organu za socialno varnost ali pri svojem nacionalnem zdravstvenem sistemu*/ponudniku obveznega zdravstvenega zavarovanja* vloži zahtevek za povračilo stroškov za nazaj. Če pacienti potrebujejo več informacij o povračilu stroškov, jih obvestite, naj se obrnejo na svoj nacionalni zdravstveni sistem*/ponudnika zdravstvenega zavarovanja* ali nacionalno kontaktno točko* svoje domače države*.

Upoštevajte, da lahko tuje paciente na podlagi uredb (ES) št. 883/2004 in (ES) št. 987/2009 o socialni varnosti* načeloma zdravite samo, če imate sklenjeno pogodbo

s sistemom socialne varnosti ali ste vključeni vanj in imate pravico zagotavljati storitve v primeru bolezni, krite v okviru javnega zdravstvenega zavarovanja/nacionalnega zdravstvenega sistema. Zadevnega pacienta vedno obvestite o svojem statusu registracije.

1.1.2. Upravičenja v skladu z Direktivo 2011/24/EU*:

V skladu z Direktivo 2011/24/EU* so pacienti upravičeni do dostopa do zdravstvenega varstva v kateri koli drugi državi EU*/EGP* in do kritja stroškov v svoji domači državi*, *kot če bi se zdravili na ozemlju svoje domače države**.

Če pacient dostopa do zdravljenja v tujini v skladu z Direktivo 2011/24/EU*, ga je treba zdraviti kot domačega pacienta z zasebnim zdravstvenim zavarovanjem.

Vse zdravstvene in druge stroške boste zaračunali neposredno pacientu. Upoštevajte, da je treba pacientu zaračunati enake cene kot domačemu pacientu. Pacient lahko ob vrnitvi domov pri svojem nacionalnem zdravstvenem sistemu*/ponudniku obveznega zdravstvenega zavarovanja* vloži zahtevek za povračilo stroškov za nazaj. Če pacienti potrebujejo več informacij o povračilu stroškov, jih obvestite, naj se obrnejo na svoj nacionalni zdravstveni sistem*/ponudnika zdravstvenega zavarovanja* ali nacionalno kontaktno točko* svoje domače države*.

Upoštevajte, da se morajo pacienti zavedati, da bodo do kritja stroškov v skladu z Direktivo 2011/24/EU* upravičeni samo, če je zdravljenje krito v okviru sistema socialne varnosti pacientove domače države*. Pred zdravljenjem v skladu z Direktivo 2011/24/EU* bi se moral pacient za več informacij obrniti na svoj nacionalni zdravstveni sistem*/ponudnika zdravstvenega zavarovanja* doma.

1.2. Razlika med nenačrtovanim in načrtovanim zdravljenjem v tujini

Obstaja razlika med nenačrtovanim in načrtovanim zdravljenjem* v tujini. Uporabljajo se različna pravila, odvisno od tega, ali je pacient odpotoval v tujino z izrecnim namenom dostopa do zdravstvenega varstva.

Natančneje, razlika med nenačrtovanim* in načrtovanim zdravljenjem* je razlog za pacientovo začasno prebivanje v tujini.

- Nenačrtovano zdravljenje*: pacienti zaradi nenadne bolezni ali poškodbe med začasnim prebivanjem v tujini, na primer na dopustu, poslovnem potovanju, družinskem obisku ali študijski izmenjavi, potrebujejo z medicinskega vidika potrebno zdravljenje* (glej oddelek 2.1).
- Načrtovano zdravljenje*: zdravljenje v tujini je izključni razlog pacientovega začasnega prebivanja v tujini.

1.2.1. Nenačrtovano zdravljenje*:

Če pacient med začasnim prebivanjem v tujini nenadoma zboli ali se poškoduje, na primer zaradi vnetja slepiča, avtomobilske nesreče ali nerodnega padca, bo upravičen do z medicinskega vidika potrebnega zdravljenja* in kritja stroškov v okviru javnega zdravstvenega zavarovanja*/nacionalnega zdravstvenega sistema* v pacientovi domači državi*.

Natančneje, pacient bo upravičen do z medicinskega vidika potrebnega zdravljenja*, tj. zdravljenja zaradi nenadne bolezni ali poškodbe, ki ga ni mogoče odložiti in ga je treba pacientu

zagotoviti, da se prepreči, da bi se bil prisiljen vrniti domov pred koncem načrtovanega trajanja začasnega prebivanja. Zdravljenje nikakor ne sme biti prvotni razlog pacientovega začasnega prebivanja v tujini. Po lastni presoji se odločite, ali je zdravljenje z medicinskega vidika* potrebno.

Zdravljenje med kratkoročnim začasnim prebivanjem v tujini zaradi kronične bolezni (kot so sladkorna bolezen, astma, rak ali kronična bolezen ledvic) ali nosečnosti se lahko šteje za z medicinskega vidika potrebno zdravljenje*. Če izrecni namen pacientovega začasnega prebivanja ni bil dostop do zdravljenja*, na primer porod ali zdravljenje zvezi z nosečnostjo ali kronično boleznijo, se to na podlagi uredb (ES) št. 883/2004 in (ES) št. 987/2009 o socialni varnosti* lahko šteje za z medicinskega vidika potrebno zdravljenje*. Noseča oseba, ki začasno prebiva v tej državi, da bi bila bližje svoji družini, lahko rodi v okviru zakonske ureditve nenačrtovanega zdravljenja* v tujini, če je bil namen njenega prebivanja biti bližje družini in ne le roditi.

V primeru življenjsko pomembnega zdravljenja, ki zahteva specializirano opremo ali osebje, se lahko zahteva predhodno soglasje pacienta, da se zagotovi razpoložljivost in neprekinjenost zdravljenja med začasnim prebivanjem pacienta v tujini. Primeri takega zdravljenja so dializa, kisikova terapija, posebno zdravljenje astme in kemoterapija.

Tuji pacienti najpogosteje uveljavljajo kritje stroškov v primeru z medicinskega vidika potrebnega zdravljenja* s predložitvijo veljavne evropske kartice zdravstvenega zavarovanja* (EKZZ*). Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja* je dokazilo o upravičenosti do javnega zdravstvenega varstva, ki ga izda pacientov nacionalni zdravstveni sistem*/ponudnik obveznega zdravstvenega zavarovanja* doma.

S predložitvijo veljavne evropske kartice zdravstvenega zavarovanja* ima pacient pravico do čezmejnega zdravstvenega varstva* na podlagi uredb (ES) št. 883/2004 in (ES) št. 987/2009 o socialni varnosti ter je tako pacient z javnim zdravstvenim zavarovanjem.

Če se pacient zdravi brez veljavne evropske kartice zdravstvenega zavarovanja* ali evropske kartice zdravstvenega zavarovanja* ni mogoče uporabiti, recimo v primeru zasebnega zdravljenja ali kadar kot izvajalec zdravstvenega varstva niste registrirani v okviru sistema socialne varnosti, je treba pacienta obravnavati kot zasebnega pacienta. Upravičeni ste do zaračunavanja vseh stroškov neposredno pacientu. Upoštevajte, da je treba pacientu zaračunati enake cene kot za domačim pacientom. V skladu z Direktivo 2011/24/EU* lahko pacient vložiti zahtevek za povračilo stroškov* v svoji domači državi*.

1.2.2. Načrtovano zdravljenje*:

Po zakonodaji EU je pacient, ki je zavarovan v skladu z zakonodajo o socialni varnosti v državi EU*/EGP*, prav tako upravičen do zdravljenja v kateri koli drugi državi EU*/EGP* in povračila stroškov v svoji domači državi*.

Za zdravljenje na podlagi uredb (ES) št. 883/2004 in (ES) št. 987/2009 o socialni varnosti* vam bo moral zadevni pacient predložiti dokazilo o upravičenosti. Natančneje, pacient mora predložiti veljaven obrazec S2*. Obrazec S2* je znan kot predhodna odobritev*, ki je predhodna potrditev potreb pacienta s strani njegovega nacionalnega zdravstvenega sistema*/ponudnika zdravstvenega zavarovanja* doma, da se lahko zdravi kot javni pacient v tujini.

Če pacient ne more predložiti veljavnega obrazca S2*, se zdravi kot zasebni pacient. Pacient bo moral sam kriti zdravstvene stroške. Pacient lahko pod določenimi pogoji vložiti zahtevek za povračilo stroškov v svoji domači državi*. Vendar lokalni organ za socialno varnost ne bo sodeloval pri njegovi obravnavi.

1.3. Dokazilo, potrebno za javno zdravljenje

Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja* in obrazec S2*

Da bi se pacient zdravil kot pacient z javnim zdravstvenim zavarovanjem (in torej v skladu z zakonsko ureditvijo uredb (ES) št. 883/2004 in (ES) št. 987/2009 o socialni varnosti*), bo moral predložiti dokazilo o upravičenosti. V primeru z medicinskega vidika potrebnega zdravljenja*, ki je nenačrtovano zdravljenje, zadošča veljavna evropska kartica zdravstvenega zavarovanja*. Če pa se zdravljenje lahko šteje za načrtovano ali predvideno, mora pacient predložiti veljaven obrazec S2* (nekdanji obrazec E112).

Vaša naloga je, da skrbno preverite, ali je evropska kartica zdravstvenega zavarovanja* veljavna:

- Preverite verodostojnost kartice. V primeru dvoma lahko informacije o tem, kako prepoznati veljavno evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja*, najdete na www.ec.europa.eu/social.
- Preverite, ali je kartica registrirana na pacientovo ime in vsebuje druge identifikacijske podatke. Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja je individualna in vsak družinski član mora imeti svojo kartico.
- Prepričajte se, da kartici ni potekla veljavnost.

V nekaterih primerih lahko pacient predloži začasno potrdilo o evropski kartici zdravstvenega zavarovanja*. V tem primeru preverite veljavnost tega začasnega potrdila. Potrdilo mora vsebovati enake informacije kot evropska kartica zdravstvenega zavarovanja*.

V primeru načrtovanega zdravljenja* mora pacient predložiti veljaven obrazec S2* (nekdanji obrazec E112), da bi se lahko zdravil kot pacient z javnim zdravstvenim zavarovanjem. Obrazec S2* je standardiziran evropski obrazec v obliki papirnega dokumenta formata A4, ki ga izda pacientov nacionalni zdravstveni sistem*/ponudnik zdravstvenega zavarovanja*. Preverite, ali je zdravljenje, ki ga želi prejeti pacient, krito v okviru predhodne odobritve* pacientovega nacionalnega zdravstvenega sistema*/ponudnika zdravstvenega zavarovanja*, ki jo vsebuje obrazec S2*. Obrazec S2* je lahko na primer omejen na določeno vrsto zdravljenja ali zdravljenje določene vrste bolezni.

Če pacient ne more predložiti nobene evropske oblike dokazila o upravičenosti, tj. niti veljavne evropske kartice zdravstvenega zavarovanja* niti obrazca S2*, bo obravnavan kot zasebni pacient. Zavedati se morate, da če paciente brez veljavne evropske oblike dokazila o upravičenosti obravnavate kot paciente z javnim zdravstvenim zavarovanjem, vam organ za socialno varnost ne bo mogel povrniti vaših pristojbin ali drugih stroškov. Pacienta vedno predhodno obvestite, če bo moral zasebno plačati zdravljenje.

Obrazec S1* ali obrazec S3*

! Opozorilo: Lahko se zgodi, da vam pacient predloži drugačen evropski obrazec, kot je obrazec S1* (nekdanji obrazci E106, E109, E121). V tem primeru ima pacient prebivališče v tej državi, vendar je kljub temu zavarovan v okviru sistema socialne varnosti v drugi državi EU*/EGP* ali Švici*. Upokojenec se je lahko na primer pred

kratkim preselil v to državo, potem ko je celo življenje delal v drugi državi EU*/EGP* ali Švici*, da svoj pokoj preživlja v tujini ali da je bližje družinskim članom*.

Obrazec S1*, ki ga izda organ za socialno varnost države, v katere sistemu socialne varnosti je pacient zavarovan, je dokazilo o upravičenosti do zdravstvenega varstva v pacientovi državi prebivališča na račun države socialnega zavarovanja. Ta dokument je lahko potreben v primeru napotnih delavcev, obmejnih delavcev* ali upokojujencev, ki prebivajo v tujini.

Če vam pacient predloži obrazec S1*, ga obvestite, da je treba obrazec predložiti nacionalnemu zdravstvenemu sistemu*/ponudniku zdravstvenega zavarovanja* v novi državi prebivališča. Organ za socialno varnost bo registriral pacienta in mu zagotovil enako dokazilo o upravičenosti do javnega zdravstvenega varstva kot domačim pacientom. Če zadevni pacient potrebuje z medicinskega vidika potrebno zdravljenje*, preden predloži obrazec S1* in uredi vse potrebno pri lokalnem organu za socialno varnost, lahko zagotovite zdravljenje na podlagi izdaje zasebnega računa. Po registraciji lahko pacient pri lokalnem nacionalnem zdravstvenem sistemu*/svojem ponudniku zdravstvenega zavarovanja* vložiti zahtevek za povračilo stroškov*.

V nekaterih primerih lahko pacient predloži obrazec S3*. Obrazec S3* je evropski obrazec za upokojene obmejne delavce*, ki vsebuje dokazilo o upravičenosti do zdravstvenega varstva v državi, kjer je obmejni delavec prej delal, če ni več zavarovan v skladu z zakonodajo o socialni varnosti navedene države. Za obrazec S3* veljajo ista pravila kot za obrazec S1*. Obvestite pacienta, da je treba obrazec S3* predložiti lokalnemu nacionalnemu zdravstvenemu sistemu*/ponudniku zdravstvenega zavarovanja*. Organ za socialno varnost bo registriral pacienta.

② Obveznosti izvajalcev zdravstvenega varstva

2.1. Obveznosti pred zdravljenjem

- **Prepoved diskriminacije na podlagi državljanstva**

Nikoli ne zavrnite zdravljenja pacienta zgolj na podlagi njegovega državljanstva. Tuji pacienti imajo pravico do enakega dostopa do zdravstvenega varstva.

Izvajalci zdravstvenega varstva ali bolnišnice lahko omejijo sprejem tujih pacientov samo, če to upravičujejo prevladujoči razlogi splošnega interesa, kot so zahteve za načrtovanje, namenjene zagotovitvi zadostnega in stalnega dostopa do visokokakovostnega zdravljenja za domače paciente na njihovem ozemlju. Tak ukrep se lahko na primer izkaže za nujen, če se število tujih pacientov zdi tako veliko, da lokalne bolnišnice postanejo preobremenjene zaradi prevelikega števila pacientov in ne morejo zadostiti potrebam, kar povzroči nevzdržne čakalne seznane za domače paciente. Kakršne koli omejitve pri sprejemu tujih pacientov morajo biti javno objavljene vnaprej.

- **Zahteve glede informacij**

Pred začetkom zdravljenja ali medicinskega posega morate pacientu posredovati naslednje informacije:

- informacije o predlaganem zdravljenju, vključno z informacijami o postopku zdravljenja, pričakovanem izidu, možnih škodljivih učinkih, tveganjih, povezanih z zdravljenjem, in nadaljnji oskrbi*;

- informacije o različnih nadomestnih oblikah zdravljenja;
 - informacije o standardih kakovosti in varnosti, ki veljajo za vas;
 - informacije o cenah zdravljenja in predvidenih stroških;
 - informacije o vašem dovoljenju in statusu registracije, ki dokazuje, da imate dovoljenje za izvajanje zdravstvene dejavnosti;
 - informacije o tem, ali ste registrirani v okviru sistema socialne varnosti in imate pravico zagotavljati zdravstvene storitve, krite v okviru nacionalnega zdravstvenega sistema*/sistema zdravstvenega zavarovanja*;
 - informacije o zavarovalnem kritju za poklicno odgovornost.
- **Privolitev po predhodni seznanitvi**
Vsi tuji pacienti imajo pravico do privolitve po predhodni seznanitvi. Pred začetkom vsakega zdravljenja ali medicinskega posega preverite, ali pacient razume vse informacije, ki ste jih predložili, in soglaša z vsemi fazami zdravljenja ali medicinskega posega, ki ste jih predlagali.
 - **Pacientova zdravstvena dokumentacija**
Preverite, ali vam je pacient predložil svojo zdravstveno dokumentacijo, ki jo je dokumentiral izvajalec zdravstvenega varstva, pri katerem se je pacient zdravil doma. Pacienta nikoli ne zdravite, ne da bi imeli na voljo dovolj informacij o njegovem zdravstvenem stanju in zdravstveni anamnezi.

2.2. Obveznosti med zdravljenjem

- **Dokumentiranje zdravstvene dokumentacije**
Tuji pacient ima pravico do pisne ali elektronske zdravstvene dokumentacije za vsako zdravljenje ali medicinski poseg, ki ste ga zagotovili. Dokumentirati morate vse vrste podatkov, ocen in informacij o pacientovem zdravstvenem stanju in kliničnem poteku med celotnim procesom oskrbe, kot so informacije o diagnozi, izvidi, izid zdravljenja, seznam prejetih zdravil, pooperativni rezultati itd.

2.3. Obveznosti po zdravljenju

- **Enake cene**
Tujim pacientom morate zaračunati enake cene kot domačim pacientom v primerljivem položaju. Če ni na voljo primerljive cene za domače paciente, boste morali zaračunati ceno, izračunano po objektivnih in nediskriminatornih merilih.
- **Nadaljnja oskrba**
Glede na to, da bo pacient upravičen do nadaljnje oskrbe v svoji domači državi*, poskrbite, da bo zagotovljena stalnost oskrbe, na primer tako, da predpišete recepte, ki se lahko uporabljajo v pacientovi domači državi (glej oddelek 3), ali pa pacientu omogočite dostop do zdravstvene dokumentacije, ki ste jo dokumentirali, ali vsaj kopije dokumentacije, ki jo lahko predloži izvajalcem zdravstvenega varstva, pri katerih se je zdravil doma.
- **Prenos zdravstvene dokumentacije**
Tuji pacienti bi morali imeti oddaljen dostop do svoje zdravstvene dokumentacije ali vsaj kopije dokumentacije, ki ste jo dokumentirali. Kadar take kopije ni mogoče zagotoviti v skladu

z vašo nacionalno zakonodajo, boste morali sami urediti vsaj njen prenos k izvajalcem zdravstvenega varstva, ki pacienta zdravijo doma.

- **Osební podatki**

V okviru dokumentiranja, prenosa in arhiviranja osebnih podatkov o zdravstvenem stanju pacienta bi bilo treba pacientovo pravico do varstva njegovih osebnih podatkov vseskozi varovati. Varstvo podatkov mora biti skladno s pravnimi zahtevami iz Direktive 95/46/ES. Poleg tega je 25. marca 2018 začela veljati Uredba (EU) 2016/679 o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku takih podatkov (znana tudi kot splošna uredba o varstvu podatkov*). Ta uredba vsebuje nove zaščitne ukrepe za zagotovitev, da osebni podatki pacientov* niso zlorabljeni ali protipravno odtujeni. Preverite, ali ste dobro seznanjeni s svojimi pravnimi obveznostmi v zvezi z varstvom osebnih podatkov.

③ Recepti

Recept za zdravila ali medicinske pripomočke se lahko uporabi v kateri koli državi EU*/EGP*.

Pri izdaji recepta* za zdravila ali medicinske pripomočke tujemu pacientu vedno preverite, ali namerava pacient predložiti recept farmacevtu v svoji domači državi*.

Če pacient dejansko namerava naročiti zdravilo ali medicinske pripomočke v tujini, morate izdati recept v skladu z minimalnimi zahtevami o obveščanju za čezmejne recepte* (Izvedbena direktiva 2012/52/EU*):

- identifikacija pacienta: priimek/priimki; ime/imena; datum rojstva;
- avtentikacija recepta: datum izdaje;
- identifikacija izvajalca zdravstvenega varstva, ki je predpisal zdravilo: priimek/priimki; ime/imena; poklicne kvalifikacije; neposredni kontaktni podatki (npr. elektronska pošta in telefon ali telefaks); službeni naslov (vključno z imenom zadevne države članice); pisni ali digitalni podpis;
- identifikacija predpisanega zdravila: splošno ime (aktivna snov) ali v izjemnih primerih ime; farmacevtska sestava (tableta, raztopina itd.); količina; jakost; režim odmerjanja.

Vendar zadevno zdravilo morda ni na voljo ali dovoljeno za prodajo v pacientovi domači državi*, zato svojemu pacientu priporočite, naj predloži recept v lokalni lekarni, ko je še v državi zdravljenja*.

