EIROPAS
KOMISIJA

Briselē, 4.9.2015.
COM(2015) 421 final

KOMISIJAS ZIŅOJUMS EIROPAS PARLAMENTAM UN PADOMEI

Komisijas ziņojums par to, kā darbojas Direktīva 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē

Komisijas ziņojums par to, kā darbojas Direktīva 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē

Direktīva 2011/24/ES (turpmāk "Direktīva") par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē[1] stājās spēkā 2011. gada 24. aprīlī. Dalībvalstīm tā bija jātransponē līdz 2013. gada 25. oktobrim. Tā precizē pacientu tiesības pieteikties uz citā dalībvalstī saņemtas veselības aprūpes izmaksu atlīdzināšanu.

Direktīvas 20. panta 1. punktā prasīts, lai Komisija līdz 2015. gada 25. oktobrim un turpmāk ik pēc trim gadiem "sagatavo ziņojumu par šīs direktīvas darbību un iesniedz to Eiropas Parlamentam un Padomei". Ziņojumā jo īpaši bija paredzēts ietvert informāciju par pacientu plūsmām, pacientu mobilitātes finanšu dimensiju, 7. panta 9. punkta un 8. panta īstenošanu un Eiropas references tīklu un valsts kontaktpunktu darbību.

Šis ziņojums aplūko pašreizējo stāvokli transponēšanā un aptver svarīgākās un būtiskākās normas, tādas kā iepriekšējas atļaujas izmantošana, pacientu mobilitātes līmenis, atlīdzināšanas prakse, pacientiem sniegtā informācija un Direktīvā paredzētā sadarbība. Ziņojums vēstī arī par deleģēto pilnvaru izmantošanu saskaņā ar Direktīvas 17. panta 1. punktu, kurā Komisijai prasīts par to atskaitīties līdz 2015. gada 24. oktobrim.

1. nodaļa. Stāvoklis transponēšanā

Direktīvas transponēšanas termiņš bija 2013. gada 25. oktobris. Sakarā ar novēloti vai nepilnīgi paziņotiem transponēšanas pasākumiem pret 26 dalībvalstīm tika sākta pārkāpuma procedūra.

2015. gada 1. jūlijā joprojām nav noslēgtas četras pārkāpuma procedūras, un visas četras attiecīgās dalībvalstis ir stingri apņēmušās neatrisinātos jautājumus atrisināt.

Pārkāpumi attiecas tikai uz transponēšanas pasākumu pabeigšanu. Nākamajā posmā Komisijai jānovērtē, vai dalībvalstis Direktīvu transponējušas pareizi.

2. nodaļa. Pacientu mobilitāte

2.1. Iepriekšēja atļauja: konteksts

Direktīvas 8. panta 2. punkta a) apakšpunkts atļauj dalībvalstīm izmantot sistēmu, kur attiecībā uz veselības aprūpi ir paredzēta iepriekšēja atļauja, kura, ja pacientam paredzēts vismaz vienu nakti uzturēties aprūpes vietā vai ja jāizmanto ārkārtīgi specializēta un dārga medicīnas infrastruktūra vai aprīkojums, ir jāplāno. 8. panta 2. punkta b) un c) apakšpunktā iepriekšēju atļauju ļauts prasīt arī attiecībā uz ārstēšanu, kas pacientam vai sabiedrībai rada konkrētu risku, vai attiecībā uz tādu veselības aprūpes sniedzēja sniegtu aprūpi, kas izraisa būtiskas un īpašas bažas par aprūpes kvalitāti vai drošību. Tomēr praksē iepriekšējas atļaujas

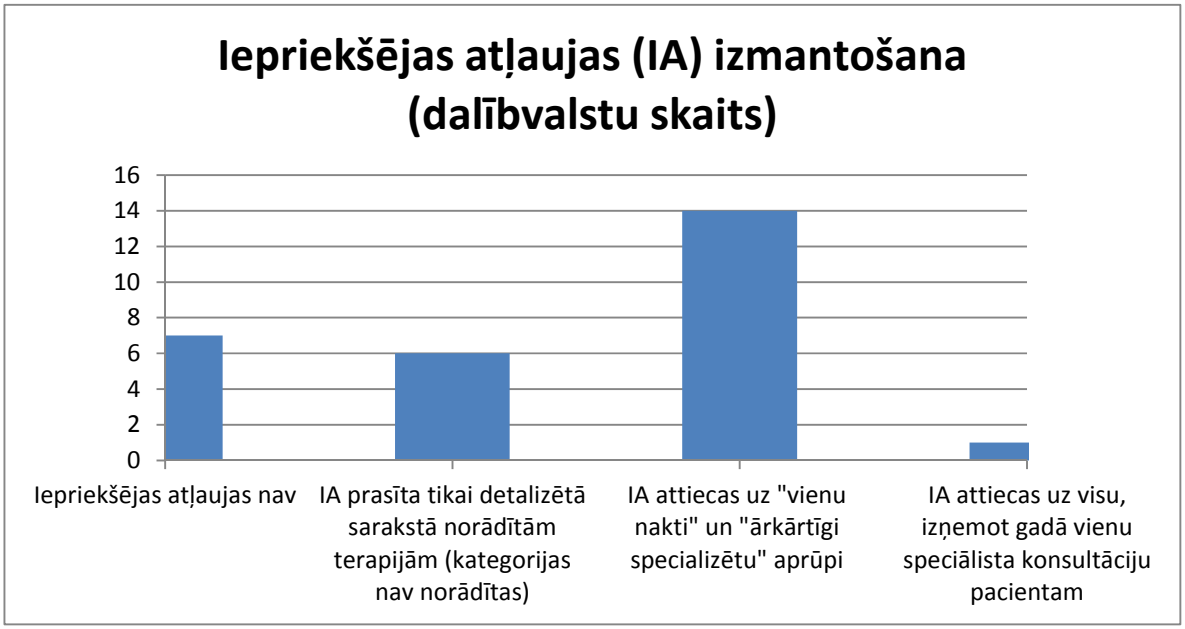
[1] Eiropas Parlamenta un Padomes 2011. gada 9. marta Direktīva 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē (OV L 88, 4.4.2011., 45. lpp.).

sistēmu pamatā gandrīz vienmēr ir 8. panta 2. punkta a) apakšpunkts, kam tādēļ šajā ziņojumā pievērsta galvenā uzmanība.

Jebkādai iepriekšējas atļaujas sistēmai jābūt sasniedzamajam mērķim nepieciešamai un ar to samērīgai, turklāt tā nedrīkst būt patvaļīgas diskriminēšanas līdzeklis vai nepamatots šķērslis pacientu brīvai kustībai.

Direktīvas 8. panta 7. punktā prasīts, lai dalībvalstis "publisko informāciju par veselības aprūpi, kurai saskaņā ar šo direktīvu nepieciešama iepriekšēja atļauja".

Dalībvalstis iepriekšējas atļaujas sistēmas ir ieviesušas šādi.



Proti, 14 valstis iepriekšējās atļaujas pieprasīšanā izmanto gan "vienas nakts", gan "ārkārtīgi specializētas" aprūpes kritēriju.

No 14 valstīm, kas izmantojušas "vienas nakts" kritēriju, neviena nav norādījusi, kāda veida ārstēšanu šis kritērijs aptver.

Vairākas dalībvalstis iepriekšēju atļauju prasa tad, ja veselības aprūpei nepieciešama pārnakšņošana ārstēšanās dalībvalstī. Var apšaubīt, vai tas atbilst 8. panta 2. punkta a) apakšpunktam, kas attiecas uz to, kādā veidā ārstēšanu nodrošina piederības dalībvalsts, nevis ārstēšanās dalībvalsts.

9 no 14 dalībvalstīm ir aprakstījušas, kāda veida ārstēšana atbilst "ārkārtīgi specializētas" ārstēšanas kritērijam, piecas to nav izdarījušas.

Tāpēc minētajās 14 dalībvalstīs pacientiem nav skaidrs, tieši kādai ārstēšanai nepieciešama iepriekšēja atļauja, jo viena, bet dažkārt arī abu kritēriju izmantošanu valstu iestādes nav izskaidrojušas.

Komisijas vārdā veiktā izvērtējošā pētījumā[2] sarunās ar 20 veselības apdrošinātājiem tika konstatēts, ka 15 no tiem uzskata, ka pacienti viņu valstī nezina, kādos gadījumos nepieciešama iepriekšēja atļauja, un tāpēc šādu atļauju sliecas pieprasīt pat tad, kad tas nav vajadzīgs.

Kā norādīts Direktīvas 43. apsvērumā, ar iepriekšējas atļaujas piešķiršanu saistītie kritēriji ir pienācīgi jāpamato. Kopumā dalībvalstu iesniegtie dati liecina, ka plašas iepriekšējas atļaujas sistēmas sevi neattaisno: uz atļaujām gluži vienkārši pieteicas pārāk maz personu. Piemēram, šķiet grūti argumentēt, ka uz ārstēšanu būtu jāattiecina iepriekšēja atļauja, ja attiecīgajā gadā uz atļauju attiecīgajai ārstēšanai neviens nav pieteicies (iespējams, izņēmumam vajadzētu būt ārkārtīgi specializētai vai dārgai ārstēšanai, kuras sakarā, protams, nozīmīgas sekas varētu būt jau ļoti nedaudzām atmaksājuma prasībām). A pielikuma dati liecina, ka dažas dalībvalstis, kurās ir iepriekšējas atļaujas sistēmas, vispār nav saņēmušas nevienu pieteikumu uz atļaujas piešķiršanu (un daudzās citās šādu pieteikumu ir ļoti maz).

2.2. Atmaksāšana un administrēšana

7. panta 9. punkts ļauj dalībvalstīm pārrobežu veselības aprūpes atlīdzināšanas noteikumus ierobežot, to attaisnojot ar primāriem vispārējas intereses iemesliem. Tomēr 7. panta 11. punktā ir prasīts, lai šādi ierobežojumi būtu vajadzīgi un samērīgi, nebūtu patvaļīgi diskriminējoši un nepamatoti netraucētu brīvu apriti. Turklāt dalībvalstīm jebkāds lēmums ieviest 7. panta 9. punktam atbilstošus ierobežojumus ir jāpaziņo Komisijai.

Lai gan Komisija nekādus konkrētus paziņojumus nav saņēmusi, dalībvalstis Direktīvu dažos gadījumos ir transponējušas tā, ka to varētu uzskatīt par atmaksājumu ierobežošanu.

Saskaņā ar Direktīvas 7. panta 4. punktu pārrobežu veselības atmaksāšanā etalonpunktam vajadzētu būt summai, kāda par konkrēto veselības aprūpi sistēmā tiktu maksāta tad, ja publisks veselības aprūpes sniedzējs vai veselības līgumaprūpes sniedzējs (atkarībā no tā, kā attiecīgā veselības aprūpes sistēma organizēta) to sniegtu piederības dalībvalstī.

Vismaz trīs dalībvalstis pārrobežu veselības aprūpē ir pieņēmušas tādu atmaksāšanas praksi, kur pacientiem pienākošās atmaksāšanas tarifs balstās uz izmaksām, kādas piederības dalībvalsts savā teritorijā segtu par privāta vai bezlīguma aprūpes sniedzēja sniegtu aprūpi (šādas likmes ir krietni zemākas par valsts aprūpes sniedzēja vai līgumaprūpes sniedzēja likmi).

Šķiet, ka trijās dalībvalstīs pacientiem, kas vēlas atmaksājumu par citā valstī saņemtu veselības aprūpi, ir jāpierāda, kāpēc attiecīgajā veselības aprūpes epizodē to medicīniski nepieciešams saņemt citā valstī. Var apšaubīt, vai tas atbilst pacientu brīvas kustības principam un 7. panta 9. un 11. punkta kritērijiem.

Direktīvas 7. panta 7. punkts dalībvalstīm dod iespēju uz pacientiem, kas vēlas saņemt pārrobežu veselības aprūpi, attiecināt tādus pašus noteikumus un formalitātes, kā to teritorijā

[2] http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/docs/2015_evaluative_study_frep_en.pdf. Piezīme par izvērtējošo pētījumu ir pievienota šā ziņojuma B pielikumā.

sniegtas veselības aprūpes gadījumā, ar nosacījumu, ka šie noteikumi un formalitātes nav diskriminējoši un nepamatoti netraucē brīvu apriti.

Divpadsmit dalībvalstis šo normu ir izmantojušas attiecībā uz "vārtnieka" struktūru, proti, sistēmu, kur specializēta veselības aprūpe pacientam ir pieejama tikai ar vispārīgās prakses ārsta vai ģimenes ārsta nosūtījumu. Tāpēc šāds nosūtījums tiek arī prasīts, lai pacienti varētu saņemt atmaksājumu pēc tam, kad šādu specializētu veselības aprūpi izmantojuši citā dalībvalstī. Taču saskaņā ar savstarpējas kvalifikāciju atzīšanas principu dalībvalstīm būtu jāatzīst līdzvērtīga citas dalībvalsts profesionāļa lēmumi par klīnisku vajadzību un lietderību. Tomēr piecas no šīm divpadsmit dalībvalstīm nepārprotami uzstāj, ka vajadzīgs viņu valsts profesionāļa nosūtījums.

Vismaz četras dalībvalstis prasa, lai pacienti iesniegtu zvērināta tulkotāja tulkotus rēķinus (viena pat no pacientiem prasa, lai visus dokumentus būtu apliecinājis tās konsuls ārstēšanās dalībvalstī). Tomēr Direktīvas 10. pants pienākumu savstarpēji palīdzēt rēķinu paskaidrošanā uzliek valsts kontaktpunktiem. Tāpēc šī prasība būs jāanalizē saskaņā ar 7. panta 7. punkta nosacījumiem.

Direktīvas piemērošana "telemedicīnai", proti, attālinātai veselības pakalpojumu sniegšanai, radījusi dažas neskaidrības. Piemēram, dažas dalībvalstis attālinātas vispārīgās prakses ārsta konsultācijas atmaksā vai tādas sniedz, citas ne. Ja pacients no dalībvalsts, kur šādas konsultācijas netiek sniegtas vai finansētas, attālināti konsultējas ar vispārīgās prakses ārstu dalībvalstī, kur tādas sniedz, nav skaidrs, vai šādā gadījumā piederības dalībvalsts var atteikt atmaksāšanu. No vienas puses, pārrobežu veselības aprūpes pakalpojumi ir jāatmaksā tad, ja apdrošinātajai personai uz šādu veselības aprūpi ir tiesības piederības dalībvalstī (7. panta 1. punkts), un piederības dalībvalsts attiecībā uz pieejamību, arī telemedicīnā saņemtas veselības aprūpes pieejamību, var izvirzīt tādus pašus nosacījumus un kritērijus kā attiecībā uz tās teritorijā sniegtu veselības aprūpi. No otras puses, 4. panta 1. punkta a) apakšpunktā ir noteikts princips, ka veselības aprūpi sniedz saskaņā ar ārstēšanās dalībvalsts tiesību aktiem, un telemedicīnas gadījumā tiek uzskatīts, ka veselības aprūpe tiek sniegta dalībvalstī, kurā veselības aprūpes sniedzējs veic uzņēmējdarbību (3. panta d) apakšpunkts). Šajā ziņā ir būtiski, kā ir definēts "labumu grozs", proti, veselības aprūpe, uz kuru pacientam ir tiesības.

2.3. Pacientu plūsmas

Šā ziņojuma vajadzībām Komisija lūdza dalībvalstis piedalīties datu vākšanā. Atbildes par 2014. kalendāro gadu iesniedza divdesmit sešas dalībvalstis.

Pacientu plūsmas uz ārvalstīm pēc Direktīvas reglamentētas veselības aprūpes ir nelielas. No 21 dalībvalsts, kas ieviesusi iepriekšējas atļaujas sistēmu, 17 varēja sniegt datus tieši par saskaņā ar Direktīvu iesniegto atļaujas pieprasījumu skaitu. Šajās dalībvalstīs pavisam bija tikai 560 atļaujas pieprasījumu (no kuriem apmierināti tika 360). Divas no šīm dalībvalstīm ziņoja, ka nav ne atteikušas, ne apmierinājušas nevienu pieprasījumu, divas ziņoja tikai par vienu pieprasījumu un tikai divām bija vairāk par 100 pieprasījumiem. Bez minētajām

17 dalībvalstīm Francija ziņoja par 57 000 piešķirtām atļaujām; tomēr tas ir kopskaits, kur ietilpst gan sociālā nodrošinājuma regulu[3], gan Direktīvas kārtībā piešķirtas atļaujas.

Attiecībā uz ārstēšanu, kam nav vajadzīga iepriekšēja atļauja, par vērā ņemamām norisēm ziņoja Somija, Francija un Luksemburga, kam katrai attiecīgi bija 17142, 422680 un 117962 atmaksājumi. Tomēr arī šajos gadījumos runa ir par kopējiem skaitļiem, kuros ietilpst dati gan par sociālā nodrošinājuma regulām, gan Direktīvu.

Divdesmit dalībvalstis paziņoja datus tikai par Direktīvas kārtībā veiktiem atmaksājumiem. Bija dati par pavisam 39 826 izdarītiem atmaksājumiem, no tiem Dānija vien ziņoja par 31 032. Tikai četras no šīm dalībvalstīm ziņoja par kopā vairāk nekā 1000 atmaksājumiem. Otrā skalas galā ir 14 dalībvalstis, kas veikušas mazāk nekā 100 atmaksājumu (no tām sešas nav izdarījušas vispār nevienu). Šķiet, tas drīzāk skaidrojams ar nelielu pieprasījumu skaitu, nevis ar daudziem atteikumiem: pieejamie dati liecina, ka apmēram 85 % atmaksājuma prasību tiek apmierinātas.

Līdzīga, kopumā zema pacientu mobilitāte vērojama plānotajā veselības aprūpē, kas sniegta saskaņā ar sociālā nodrošinājuma regulām. 2013. gadā saskaņā ar regulām tika iesniegti 1,6 miljoni atmaksājuma prasību attiecībā uz neplānotu veselības aprūpi, savukārt tikai 30 172 pieteikumi uz plānotu veselības aprūpi (ar šiem gadījumiem paredzētās S2 veidlapas starpniecību). No pēdējiem tika pieņemti 29 115[4], no tiem 17 358 tikai Luksemburgā vien.

A pielikumā var iepazīties ar detalizētu datu sadalījumu, un tajā arī daudzējādi precizēta datu vākšana (piemēram, nav mazsvarīgi, ka Direktīvu dažādās dalībvalstīs īstenoja dažādā laikā un ka tāpēc dati, iespējams, neaptver visu 2014. gadu).

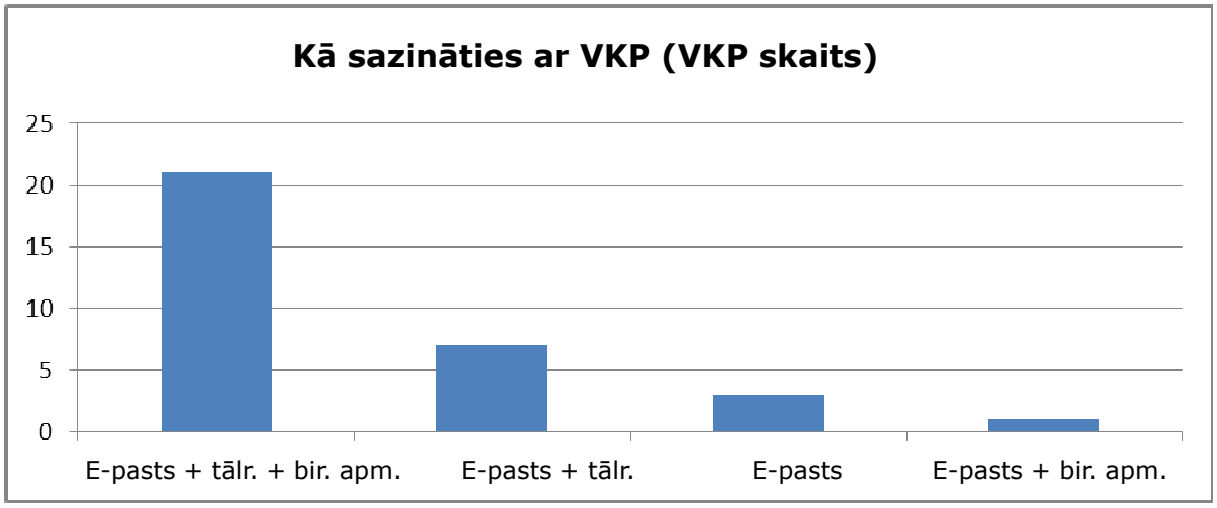
Saskaņā ar Direktīvas 2011/24/ES 20. panta 3. punktu izstrādātajā ziņojumā[5], ko Komisija pieņēma 2014. gada sākumā, ir norādīts, ka šīs Direktīvas stāšanās spēkā varētu ietekmēt sociālā nodrošinājuma regulu darbību. Ziņojumā detalizēti izklāstīts, kādi dati būtu vajadzīgi, lai novērtētu, vai tā tiešām noticis. Patlaban tādi dati nav pieejami, un tāpēc Komisija šobrīd nevar turpināt analīzi.

3. nodaļa. Valstu kontaktpunkti un pacientiem sniegtā informācija

Dažām dalībvalstīm ir atsevišķs kontaktpunkts (VKP) "ienākošajiem" un atsevišķs — "izejošajiem" pacientiem. Citām viena "jumta" VKP paspārnē ir reģionāli VKP. Daži VKP ir bāzēti Veselības ministrijā, citi veselības apdrošinātāja paspārnē, vēl citi — neatkarīgās organizācijās.

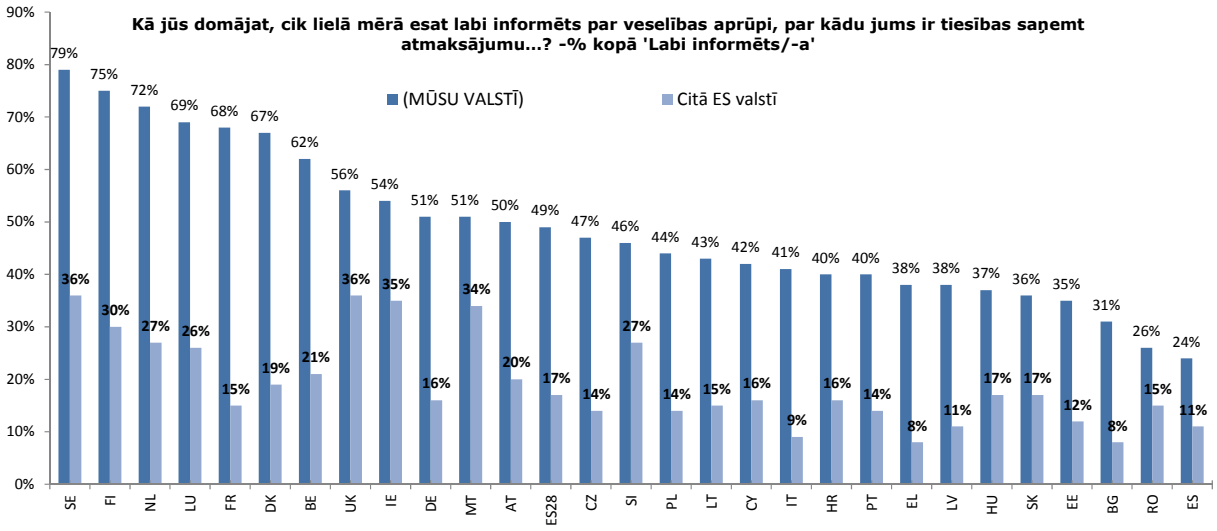
[3] Regulas (EK) Nr. 883/2004 un Nr. 987/2009 par sociālā nodrošinājuma sistēmu koordināciju.
[4] Ievērojiet, ka dati par plānoto veselības aprūpi attiecībā uz S2 veidlapām attiecas tikai uz 22 dalībvalstīm, jo par citām dati nebija pieejami.
[5] http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LV/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014DC0044&from=LV.

Kā liecina turpmāk sniegtā tabula (ietilpst visas 28 dalībvalstis un Anglijas, Skotijas, Velsas, Ziemeļīrijas un Gibraltāra atsevišķie kontaktpunkti[6]), VKP lieto arī atšķirīgus saziņas kanālus.



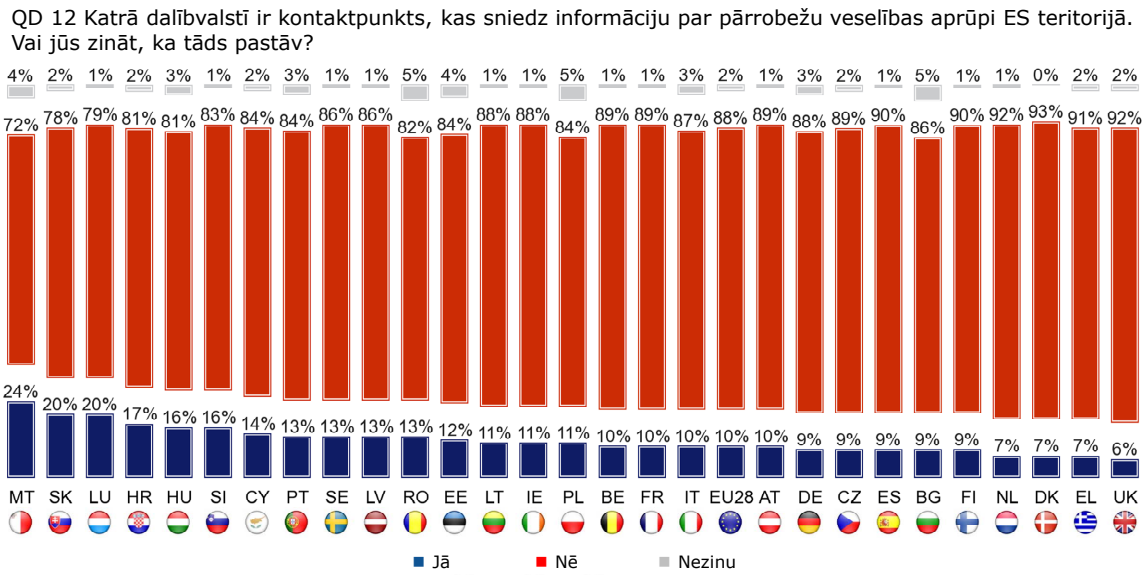
Šie dati ir no izvērtējoša pētījuma, kas liecināja arī, ka būtiski variē VKP aktivitāte. Trīs no deviņiem apsekotajiem VKP mēnesī saņēma mazāk nekā 10 informācijas pieprasījumu, četri apstrādāja no 10 līdz 100 pieprasījumiem un tikai diviem mēnesī bija vairāk nekā 100 pieprasījumu. Šie konstatējumi atbilst datiem, ko par informācijas pieprasījumiem ziņojušas dalībvalstis (A pielikums).

Tas nepārsteidz, jo šķiet, ka ES pilsoņi nav īpaši labi informēti par savām tiesībām un VKP pastāvēšanu. Nesena Eirobarometra aptauja[7] liecina, ka mazāk nekā divi no desmit pilsoņiem uzskata, ka ir informēti par tiesībām pārrobežu veselības aprūpē.



Savukārt par VKP pastāvēšanu ir informēta tikai desmitā daļa personu:

[6] Apvienotajai Karalistei nav valsts kontaktpunkta, kas aptvertu visu tās teritoriju, tāpēc bija nepieciešams aplūkot atsevišķos kontaktpunktus. Arī citām valstīm ir reģionāli kontaktpunkti, taču arī viens VKP visai valstij.
[7] http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_425_sum_en.pdf.



Vairākās konferencēs, ko Komisijas vārdā organizējis Eiropas Pacientu forums, pacientu organizācijas ir paudušas bažas, ka pārrobežu veselības aprūpē pacienti saskaras ar "mulsinošas, dažkārt nepietiekamas un dažkārt pārāk detalizētas informācijas labirintu". Organizācijas ir apzinājušas, ka izšķirīga loma Direktīvas panākumos vai neveiksmē ir VKP, un ieteic, ka VKP varētu izsniegt kontrolsarakstus personām, kas apsver, vai plānotu veselības aprūpi negūt ārvalstīs, kā arī informāciju par procedūrām, izmaksām un atmaksāšanas likmēm sniegt atsevišķu detalizētāku laika grafiku veidā. Tās uzsvēra, ka ļoti vēlams ir sekmēt, lai "pacientiem iestādēs un dalībvalstīs sniegtā informācija par kvalitāti un drošību būtu salīdzināma un uzticama".

"Pacientiem ir augstas ekspektācijas.. valda noskaņojums, ka VKP jābūt vārtiem uz veselības aprūpi, nevis vārtniekam, kas piekļuvi kavē." — *Pacientu organizācija*

Direktīva prasa, lai dalībvalstis informētu par savām kvalitātes un drošības sistēmām. Dažas dalībvalstis sniedz saites uz dažādiem juridiskiem dokumentiem; citas vispārīgi apraksta kvalitātes nodrošināšanas stratēģijas; nedaudzas informē detalizēti (arī sniedz saites uz slimnīcu izvērtēšanas sistēmām, kurās izmantoti tipiski drošības parametri, piemēram, mirstības rādītājs, ārstēto komplikāciju gadījumu skaits); vēl citas pilsoņiem norāda konkrētus avotus — vietnes vai konkrētas personas. Dažas drošību un kvalitāti vispār nepiemin.

Vairākas dalībvalstis joprojām bažās, kā izskaidrot spēkā esošās juridiskās situācijas sarežģītību pārrobežu veselības aprūpē, ko reglamentē divi atsevišķi ES tiesību aktu kopumi (Direktīva un sociālā nodrošinājuma regulas), lai gan Direktīvas 2. panta m) punkts prasa to piemērot, sociālā nodrošinājuma regulas neskarot (sk. arī Direktīvas 28.–31. apsvērumu).

4. nodaļa. Pārrobežu sadarbība

4.1. Recepšu atzīšana

Direktīvas 11. pants dalībvalstu savstarpējas atzīšanas principam attiecībā uz receptēm piešķir juridisku spēku, un tas pilnvaro Komisiju pieņemt šai atzīšanai palīdzīgus praktiskus pasākumus.

Lielākā daļa šo pasākumu ir aplūkoti Īstenošanas direktīvā 2012/52/ES[8]. Ar minēto direktīvu tika izveidots saraksts ar vairākiem kopīgiem elementiem, kas jāiekļauj pārrobežu receptēs. Šajā sarakstā citu elementu vidū un ar ierobežotiem izņēmumiem ir zāļu "parastais nosaukums" (praksē lielam vairākumam zāļu tas ir starptautiskais nepatentētais nosaukums).

Īstenošanas direktīvai bija tāds pats transponēšanas termiņš kā Direktīvai 2011/24/ES, proti, 2013. gada 25. oktobris. Divdesmit viena dalībvalsts vai nu neievēroja termiņu, vai īstenošanas direktīvu transponēja nepilnīgi, kā dēļ tika sāktas pārkāpuma procedūras. Divi no šiem pārkāpumu gadījumiem 2015. gada 1. jūlijā vēl nebija noslēgti kā pārējie, pamatojoties uz attiecīgajās dalībvalstīs vēlāk veiktu transponēšanu. Divos nenoslēgtajos gadījumos attiecīgās dalībvalstis ir apņēmušās neatrisinātos jautājumus atrisināt.

4.2. Eiropas references tīkli

Direktīvas 12. pantā prasīts, lai Komisija atbalstītu veselības aprūpes sniedzēju un ekspertīzes centru (jo īpaši reto slimību jomā) Eiropas references tīklu (ERT) izveidi, pieņemot kritērijus un nosacījumus, kas jāpilda šādiem tīkliem un veselības aprūpes sniedzējiem, kuri tiem vēlas pievienoties, izstrādājot šādu tīklu izveides un izvērtēšanas kritērijus un atvieglojot ar šiem tīkliem saistītās informācijas un zināšanu apmaiņu. 2014. gadā ar dalībvalstu vienbalsīgu atbalstu (ar deleģētajiem lēmumiem[9] un īstenošanas lēmumiem[10]) tika pieņemts tīklu izveides un izvērtēšanas tiesiskais regulējums.

Kopš tā laika Komisija sākusi ERT izveides procesu, kurā tiek dibināta arī dalībvalstu valde, kam tiks uzticēta priekšlikumu apstiprināšana attiecībā uz ERT. Pirmais tīklu veidošanas uzaicinājums tiks publiskots 2016. gada sākumā, un tiek sagaidīts, ka tajā pašā gadā pirmie tīkli arī tiks apstiprināti.

Komisija sadarbojas ar veselības aprūpes sniedzējiem un iestādēm, vairojot informētību par ERT iespējām un vācot atbalstu potenciāliem tīkliem vai tīklu dalībniekiem.

---

[8] Komisijas 2012. gada 20. decembra Īstenošanas direktīva 2012/52/ES, ar kuru paredz pasākumus, kas atvieglotu citā dalībvalstī izsniegtu recepšu atzīšanu (OV L 356, 22.12.2012., 68. lpp.).

[9] Komisijas 2014. gada 10. marta Deleģētais lēmums 2014/286/ES, ar ko nosaka kritērijus un nosacījumus, kas jāizpilda Eiropas references tīkliem un veselības aprūpes sniedzējiem, kuri vēlas pievienoties Eiropas references tīklam (OV L 147, 17.5.2014., 71. lpp.).

[10] Komisijas 2014. gada 10. marta Īstenošanas lēmums 2014/287/ES, ar ko nosaka kritērijus Eiropas references tīklu un to dalībnieku izveidošanai un izvērtēšanai, kā arī informācijas un zināšanu apmaiņas veicināšanai saistībā ar šādu tīklu izveidi un izvērtēšanu (OV L 147, 17.5.2014., 79. lpp.).

4.3. e-Veselība

2011. gada 22. decembrī Komisija pieņēma Īstenošanas lēmumu 2011/890/ES par E-veselības tīklu[11]. E-veselības tīkla mērķis ir atbalstīt valstu iestāžu sadarbību. Tīkls tiekas divreiz gadā, un to funkcionāli atbalsta vienota rīcība ar Regulu (ES) Nr. 282/2014[12] iedibinātajā Veselības programmā. E-veselības tīkla darbu atbalsta vairāki pasākumi, kas īstenoti saskaņā ar E-veselības rīcības plānu 2012.–2020. gadam "Inovatīva veselības aprūpe 21. gadsimtam"[13].

E-veselības tīkls jau no paša sākuma ir pieņēmis vadlīnijas par pacientu veselības pārskatu kompleksiem un e-receptēm, kā arī nostājas dokumentus par elektronisku identifikāciju, sadarbspēju, ierosināto Datu aizsardzības regulu; un Eiropas Infrastruktūras savienošanas instrumenta (EISI) atbalstītām investīcijām E-veselībā. Patlaban tīkls strādā pie vadlīnijām par iedarbīgām metodēm, kā iespējināt medicīniskas informācijas izmantošanu sabiedrības veselībā un pētniecībā. Saskaņā ar EISI 2015. gada darba plānu ir piešķirts finansējums, lai būtu iespējams apmaiņīties ar pacientu pārskatiem, kā arī ieviest e-receptes. E-veselības tīkls 2015.–2016. gadā vadlīnijas pārskatīs un, ja nepieciešams, EISI pieredzes gaismā atjauninās.

4.4. Veselības aprūpes tehnoloģiju novērtējums (*HTA*):

Noteikumi par Direktīvas 15. pantā paredzēto *HTA* tīklu ir ietverti Komisijas Īstenošanas lēmumā 2013/329/ES[14]. *HTA* tīkla mērķis ir atbalstīt valstu iestāžu sadarbību, arī attiecībā uz veselības aprūpes tehnoloģiju relatīvo iedarbīgumu un ilglaicīgo/īslaicīgo lietderību. Tīkls tiekas divreiz gadā, un zinātniskos un tehniskos jautājumos to atbalsta Veselības programmas vienotā rīcība *EUnetHTA*.

2014. gada oktobrī tīkls pieņēma ES *HTA* sadarbības stratēģiju un 2015. gada aprīlī — pārdomu dokumentu par kopīgā *HTA* darba vēlreizēju izmantošanu valstu pasākumos[15].

HTA tīklam turpmāk joprojām būs stratēģiska nozīme, taču nepieciešama būs cieša un efektīva sadarbība zinātnē. Dalībvalstis ir Komisijai pieprasījušas ierosināt pasākumus, kas ilglaicīgi nodrošinātu ilgtspēju[16].

4.5. Pārrobežu sadarbība

Direktīva prasa, lai Komisija rosinātu dalībvalstis sadarboties pārrobežu veselības aprūpes sniegšanā pierobežas reģionos. Komisijas sākotnējais darbs liecina, ka ir nedaudzi pārrobežu projekti, no kuriem šādu projektu turpmākie dalībnieki var daudz ko vērtīgu mācīties. Tā ir arī apzinājusi konkrētas jomas, kur ciešāka pārrobežu sadarbība varētu būtiski ietekmēt iznākumu pacientiem, piemēram, kritiskas aprūpes piekļūstamība miokarda infarkta gadījumā.

---

[11] http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/decision_ehealth_network_en.pdf.
[12] http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2014.086.01.0001.01.ENG.
[13] http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LV/ALL/?uri=CELEX:52012DC0736.
[14] Komisijas 2013. gada 26. jūnija Īstenošanas lēmums 2013/329/ES, ar ko paredz noteikumus attiecībā uz tādu valsts iestāžu vai struktūru tīkla izveidošanu, pārvaldību un darbības pārredzamību, kuras atbild par veselības aprūpes tehnoloģijas novērtēšanu (OV L 175, 27.6.2013., 71. lpp.).
[15] http://ec.europa.eu/health/technology_assessment/docs/reuse_jointwork_national_hta_activities_en.pdf.
[16] Eiropadomes secinājumi par "inovāciju pacientu labā", Nodarbinātības, sociālās politikas, veselības un patērētāju tiesību aizsardzības padomes 2014. gada 1. decembra sanāksmē Briselē. http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/145978.pdf.

Lai pārrobežu sadarbība būtu veiksmīga, tajā jāiesaistās vietējā līmeņa dalībniekiem un tā jāatbalsta valsts līmeņa iestādēm. Nākamais solis ir apzināt, kādi ES pasākumi un labā prakse palīdzēs īstenot faktisku pārrobežu sadarbību, kam ir pievienotā vērtība. Jāapzina arī, kuri ģeogrāfiskie apgabali šādā sadarbībā varētu būt ieguvēji.

5. nodaļa. Secinājumi

Pacientu mobilitāte nolūkā gūt plānotu veselības aprūpi — gan Direktīvas, gan sociālā nodrošinājuma regulu kārtībā — joprojām ir neliela, savukārt attiecībā uz neplānotu veselības aprūpi uzskatāma par krietni augstāku. Šim vispārīgajam novērojumam konstatētie izņēmumi ir Francija, Luksemburga un, iespējams, Somija un Dānija. Citur plānotās veselības aprūpes izmantošana ne tuvu nesasniedz potenciālos līmeņus, par kādiem vedinājis domāt to cilvēku skaits, kuri Eirobarometra aptaujā atbildējuši, ka apsvērtu, vai neizmantot pārrobežu veselības aprūpi.

Tam varētu būt vairāki iemesli. Pirmkārt, vairākas dalībvalstis Direktīvu īstenoja vēlu, un tas varētu ietekmēt tās 2014. gada izmantotāju statistiku.

Otrkārt, kā arī liecina Eirobarometrs, ļoti maz pilsoņu zina, ka viņiem ir vispārīgas tiesības uz atmaksājumu. Pat ja pilsoņi savas tiesības apzinās, vairākās dalībvalstīs pacientiem ir grūti noskaidrot, kā tās praktiski izmantot. Iepriekš minētajā izvērtējuma pētījumā vērojams, ka valstu kontaktpunktu sniegums šajā jautājumā stipri variē.

Treškārt, dažas dalībvalstis Direktīvu gan ir īstenojušas pilnīgi un pieliek vērā ņemamas pūles, lai pacientiem būtu vieglāk īstenot tiesības uz pārrobežu veselības aprūpi, taču vairāku citu dalībvalstu veselības aizsardzības sistēmās pacientiem ir radīti diezgan lieli šķēršļi un vismaz dažos gadījumos tas šķiet tīšas politiskas izvēles rezultāts: dažas no pašreizējām iepriekšējas atļaujas sistēmām ir prasīgākas, nekā būtu pamatojams ar pašreizējo pieprasījumu skaitu; dažos gadījumos nav īsti skaidrs, kāda veida ārstēšanai ir nepieciešama iepriekšēja atļauja; nepārprotams atturošs līdzeklis ir zemāki atmaksāšanas tarifi nekā mītnes dalībvalstī; ir daudzas apgrūtinošas administratīvas prasības, kas var pacientus atturēt.

Iespējams, ka dabiskais pieprasījums pēc pārrobežu veselības aprūpes relatīvi zems ir vairāku iemeslu dēļ: pacienti nevēlas ceļot (piem., vēlas būt ģimenes tuvumā vai ir labāk pazīstami ar mītnes valsts sistēmu); pastāv valodas barjeras; dalībvalstīs atšķiras cenas; gaidīšanas laiks uz ārstēšanu piederības dalībvalstī ir pieņemams. Jāmin arī iespējamība, ka daļa no esošā pieprasījuma tiek apmierināta saskaņā ar dažās dalībvalstīs noslēgtiem vietējiem divpusējiem nolīgumiem. Tomēr, ņemot vērā iepriekš izklāstīto, nevar secināt, ka pārrobežu veselības aprūpes izmantojums precīzi atspoguļo potenciālo pieprasījumu.

Taču Direktīvas ietekme būtu jāaplūko plašāk, nepievēršoties pārrobežu veselības aprūpei vien. Daudzās dalībvalstīs tā ir veicinājusi svarīgas diskusijas par veselības aprūpes reformu.

Visacīmredzamāk, daudzas Direktīvas normas pacientu tiesību un veselības pakalpojumu kvalitātes un drošuma sakarā attiecas uz pārredzamību. Jautājums par to, kāda informācija pacientiem vajadzīga un kā tā būtu jāsniedz, dienaskārtībā varētu būt vēl ilgāku laiku. Tas nav

saistīts tieši ar Direktīvu, bet atspoguļo, kā plaši mainās tehnoloģijas un sabiedrība: vēl pirms dažiem gadiem ekspektācijas bija stipri citādas (jāsaprot, ka arī veselības pakalpojumus ietekmēs, piemēram, pakalpojumu lietotāju atsauksmes). Tomēr Direktīva dalībvalstīm un Komisijai piedāvā gatavu telpu (un VKP tīklā, kas regulāri tiekas, — forumu) ideju apmaiņai par šīs problēmas pārvarēšanu.

Jau tagad skaidrs, ka VKP darbojas stipri atšķirīgi un sniedz attiecīgi atšķirīgas kvalitātes informāciju. Iespējams, turpmākās diskusijās būtu vērts pievērsties kopīgām pieejām VKP darbā vai tiem paredzētām vadlīnijām.

Tāpat veselības dienesti izjūt spiedienu, kura dēļ vairāk interesējas, kā ar pārrobežu sadarbības starpniecību optimizēt resursu izmantošanu. Lai gan Komisijas sākotnējā darbā līdz šim ir radušies daži priekšlikumi ES līmeņa darbībai (piem., apmainīties ar veiksmīgu projektu labo praksi; izstrādāt kontrolsarakstus to pušu vajadzībām, kas apsver, vai neiesaistīties pārrobežu sadarbībā), skaidrs, ka tā var tikai atbalstīt valsts vai vietēja līmeņa pasākumus.

Direktīvas nodaļa par veselības aizsardzības sistēmu sadarbību ir radījusi jaunu satvaru dalībvalstu sadarbībai. Šī sadarbība varētu sagādāt taustāmus labumus visas Eiropas Savienības veselības aizsardzības sistēmām. Aplūkojot tikai vienu piemēru, Eiropas references tīkli varētu krietni uzlabot aprūpes piekļūstamību attiecībā uz retām / reti sastopamām un komplicētām slimībām, kuru gadījumā specializētas zināšanas ir reti sastopamas. Lai varētu realizēt šo potenciālu, būs nepieciešams visu pušu pastāvīgs atbalsts un apņemšanās.

HTA tīkla pieņemtā *HTA* stratēģija ir pierādījusi dalībvalstu ieinteresētību kopdarbībā, taču ir apliecinājusi arī, ka ir nepieciešama pastāvīga un labi noformēta kārtība. Šādai kārtībai kopdarbība būtu jāatvieglina, un attiecīgi jāpaver iespēja dalībvalstīm un citām ieinteresētajām personām to visā pilnībā izmantot.

Visbeidzot, tehnoloģiju attīstība liek domāt, ka tuvākajā nākotnē visdrīzāk izplatītāki un nozīmīgāki kļūs "telemedicīnas" pakalpojumi (arī interneta aptiekas). Tāpēc būtu lietderīgi apsvērt, vai nav nepieciešams tālāk izstrādāt un precizēt spēkā esošos noteikumus (piem., par spēkā esošajiem tiesību aktiem; par ārstēšanas piekļūstamību un atmaksājumiem).

6. nodaļa. Kā tiek īstenotas saskaņā ar Direktīvas 2011/24/ES 17. pantu Komisijai piešķirtās tiesības pieņemt deleģētos aktus par pacientu tiesību īstenošanu pārrobežu veselības aprūpē

6.1. Ievads

Direktīvas 2011/24/ES 11. pants attiecas uz dalībvalstu recepšu savstarpēju atzīšanu. 11. panta 5. punkts Komisiju pilnvaro ar deleģēto aktu starpniecību pieņemt pasākumus, ar kuriem īpašu kategoriju zāles vai medicīnas ierīces no recepšu atzīšanas tvēruma izslēdz, ja tas nepieciešams sabiedrības veselības aizsardzībai.

Direktīvas 2011/24/ES 12. pants attiecas uz Eiropas references tīklu (ERT) izveidi. 12. panta 5. punkts, ko lasa kopā ar 12. panta 4. punkta a) apakšpunktu, Komisiju pilnvaro ar deleģēto aktu starpniecību, kā paredzēts 12. panta 4. punkta a) apakšpunktā, pieņemt sarakstu ar īpašajiem kritērijiem un nosacījumiem, kas jāpilda ERT, un nosacījumiem un kritērijiem, kas jāprasa ievērot veselības aprūpes sniedzējiem, kuri šādiem tīkliem vēlas pievienoties.

Direktīvas 2011/24/ES 17. pants Komisijai deleģētās pilnvaras piešķir uz 5 gadu periodu no 2011. gada 24. aprīļa. Tas prasa, lai Komisija ne vēlāk kā sešus mēnešus pirms piecu gadu perioda beigām par deleģētajām pilnvarām sagatavotu ziņojumu. Pilnvaru deleģējumus automātiski pagarina uz tikpat ilgiem periodiem, ja vien Eiropas Parlaments vai Padome tos neatsauc saskaņā ar 18. pantu.

6.2. Deleģēšanas īstenošana

Attiecībā uz 11. panta 5. punktu 2012. gada 14. februārī tika sasaukta dalībvalstu ekspertu sanāksme, kurā bija paredzēts apspriest, vai īpašu kategoriju zāles vai medicīniskas ierīces jāizslēdz no recepšu atzīšanas tvēruma. Šajā sanāksmē (un veiktajā atbalsta pētījumā) tika secināts, ka attiecīgajā laikā šāda izslēgšana nav vajadzīga. Tāpēc Komisija šīs deleģētās pilnvaras vēl nav izmantojusi.

Attiecībā uz 12. punkta 5. pantu Komisija, pirms tā 2014. gada 10. martā pieņēma deleģēto aktu, cieši sadarbojās ar dalībvalstīm par tā saturu (sk. atsauci iepriekš 4.2. punktā). Tas stājās spēkā 2014. gada 27. maijā.

6.3. Secinājums

Komisija uzskata, ka deleģētajām pilnvarām, kas piešķirtas ar Direktīvu 2011/24/ES, būtu jāpaliek spēkā.

Zāļu un medicīnas ierīču joma var strauji mainīties. Lai gan nekāda izslēgšana no recepšu savstarpējās atzīšanas principa pašlaik nav vajadzīga, tāda vajadzība nākotnē var rasties, un tad tā sabiedrības veselības aizsardzības interesēs būtu ātri jāatrisina ar deleģēta akta starpniecību.

Attiecībā uz ERT pirmie tīkli tiks izveidoti 2016. gadā, un tie būs jāizvērtē. Ir varbūtīgi, ka izvērtējums būs tāds, ka spēkā esošā deleģētā akta saturu nākotnē būs vēlams koriģēt.

A PIELIKUMS

Dalībvalstu sniegtie dati par Direktīvas darbību

Visām dalībvalstīm 2015. gada janvārī tika nosūtīta aptaujas lapa. Bija vienošanās, ka pasākuma galīgais termiņš ir 2015. gada 30. aprīlis. Pasākums aptvēra 2014. kalendāro gadu.

Datus iesniedza pavisam 26 no 28 dalībvalstīm (Latvija un Malta datus neiesniedza).

Šeit ir sniegta dalībvalstu paziņoto datu izlase. Jāatzīmē vairāki apstākļi.

Dalībvalstis Direktīvu 2011/24/ES transponēja dažādā laikā, un daudzos gadījumos iesniegtie dati aptvēra tikai daļu no 2014. gada. Dažām dalībvalstīm ir grūti sašķirot, kuri gadījumi attiecas uz Direktīvu 2011/24/ES, savukārt kuri — uz sociālā nodrošinājuma regulām (Regulu (EK) Nr. 883/2004 un (EK) Nr. 987/2009), jo īpaši kopsakarā ar atmaksājuma prasībām attiecībā uz veselības aprūpi, kam nav vajadzīga iepriekšēja atļauja.

Daudzām dalībvalstīm ir izrādījies sarežģīti datus par VKP saņemtajiem informācijas pieprasījumiem atspoguļot sadalījumā pa informācijas kanāliem un tematiem. Domājams, dažkārt ietverti ir arī pieprasījumi, kas attiecas uz pārrobežu veselības aprūpi ārpus Direktīvas 2011/24/ES tvēruma, piem., ar Eiropas veselības apdrošināšanas karti (*EHIC*) saistīti jautājumi u. tml.

Dažas dalībvalstis — jo īpaši tās, kuru sistēma balstās uz apdrošināšanas principa — saskārušās ar grūtībām informācijas vākšanā no dažādām sistēmas daļām.

Tā kā aptaujas lapa izmantota pirmoreiz, pasākumā tika apzinātas vairākas praktiskas semantiskas problēmas (kas ilustrē dalībvalstu situāciju un prakses daudzveidību). Šīs problēmas ietekmē datu salīdzināmību, un tādēļ būs jārisina turpmākās izvērtēšanās.

Šajā sakarā dalībvalstu dati nav viegli salīdzināmi: piemēri šeit pielikumā sniegti tikai ilustrācijai.

Valstu kontaktpunktu saņemtie informācijas pieprasījumi

No 26 dalībvalstīm, kas bija iesniegušas atbildes, tikai Luksemburga un Zviedrija sniedza datus par atsevišķo pieprasījumu kopskaitu. 2014. gadā tika dokumentēti pavisam 109 223 šādi pieprasījumi. Piecām dalībvalstīm bija mazāk nekā 100 informācijas pieprasījumu (piemēram, Portugālē bija dokumentēti tikai 6). Desmit dalībvalstīs bija dokumentēti vairāk nekā 1000 informācijas pieprasījumu. Gandrīz 75 % visu dokumentēto informācijas pieprasījumu bija trijās dalībvalstīs — Vācijā (36 602), Somijā (25 207) un Austrijā (15 536). Šādi daudz augstāki skaitļi droši vien vērojami tāpēc, ka šajās trijās dalībvalstīs kā informācijas pieprasījumus atspoguļo vietņu apmeklējumus.

Dažas dalībvalstis informācijas pieprasījumus varēja grupēt pa kanāliem. Šajos gadījumos ir dati, ka 74 050 pieprasījumi bijuši vietnēs (sk. iepriekš), 15 461 — no tālruņa, 5436 — pa e-pastu un 2179 — tiešos kontaktos.

Iepriekšējas atļaujas izmantošana

Iepriekšējas atļaujas sistēmu ir ieviesusi 21 dalībvalsts (Austrija, Čehija, Igaunija, Somija, Lietuva, Nīderlande un Zviedrija to nav izdarījušas, lai gan dažas no šīm valstīm ir pieņēmušas tiesību aktus, kas tām dod iespēju šādu sistēmu pēc vēlēšanās ieviest vēlāk). No šīs 21 valsts Latvija un Malta datus neiesniedza. Vācija datus iesniedza, taču nevarēja sniegt datus par iepriekšējas atļaujas izmantošanu.

Datus iesniegušo 18 dalībvalstu vidū nepārprotami izcēlās Francija, kas bija piešķīrusi 57 000 atļauju; tomēr tas ir kopskaits, kur ietilpst gan sociālā nodrošinājuma regulu, gan Direktīvas kārtībā piešķirtas atļaujas. Konkrēti saskaņā ar Direktīvu iesniegtu un pārējās 17 dalībvalstīs vai nu apmierinātu, vai noraidītu iepriekšējas atļaujas pieteikumu skaits bija 560, no tiem apmierināti tika 360. Divas dalībvalstis (Polija un Grieķija) ziņoja, ka 2014. gadā nav ne apmierinājušas, ne noraidījušas nevienu iepriekšējas atļaujas pieteikumu, un vēl divas (Horvātija un Portugāle) katra bija saņēmušas tikai vienu pieteikumu. Otrā skalas galā Itālija saņēma 177 pieprasījumus (apmierināti 103) un Slovākija — 139 (apmierināts 121).

Atmaksājumi par ārstēšanu, kam iepriekšēja atļauja nav vajadzīga[17]

No 26 atbildējušām dalībvalstīm tikai 23 varēja iesniegt pilnīgus datus, kas raksturotu atmaksājumus par ārstēšanu, kurai nebija vajadzīga iepriekšēja atļauja (Vācija un Nīderlande datus iesniegt nevarēja; Beļģija nevarēja iesniegt pilnīgus datus). No minētajām 23 valstīm Somija, Francija un Luksemburga iesniedza apkopotus datus gan par Direktīvu, gan par sociālā nodrošinājuma regulām. Somija ziņoja par 17 142 atmaksājuma prasībām, Francija — par 422 680, savukārt Luksemburga — par 117 962.

Pārējās 20 dalībvalstīs tieši saskaņā ar Direktīvu tika veikti pavisam 39 826 atmaksājumi: no tiem Dānijā vien 31 032. Četrās dalībvalstīs tika veikti vairāk nekā 1000 atmaksājumi. Mazāk nekā 100 atmaksājumi tika izdarīti 14 dalībvalstīs, un sešas no tām (Austrija, Bulgārija, Kipra, Igaunija, Grieķija un Portugāle) nedokumentēja nevienu saskaņā ar Direktīvu izdarītu atmaksājumu.

Apstrādāšanas laiks

No 16 datus iesniegušajām dalībvalstīm, kurām bija iepriekšējas atļaujas sistēma un kurās bija saņemti pieprasījumi attiecībā uz iepriekšēju atļauju, deviņas (Bulgārija, Horvātija, Dānija, Īrija, Francija, Luksemburga, Slovākija, Spānija un Apvienotā Karaliste) ziņoja, ka pieprasījumi apstrādāti vidēji 20 dienās vai īsākā laikā. Tikai trijās dalībvalstīs vidējais apstrādes laiks bija 30 dienas vai vairāk: Ungārijā (30 dienas), Kiprā (40) un Slovēnijā (69).

To datus iesniegušo 19 dalībvalstu vidū, kuras faktiski bija saņēmušas atmaksājuma prasības (un varēja iesniegt prasītos skaitļus) attiecībā uz ārstēšanu, kam nebija vajadzīga iepriekšēja atļauja, datus par prasību apstrādes vidējo laiku varēja sniegt 15 (Beļģija, Lietuva, Grieķija un Rumānija šādus datus sniegt nevarēja). No šīm valstīm četrās (Dānijā, Ungārijā, Luksemburgā

[17] Šajos datos var ietilpt ierobežots daudzums prasību attiecībā uz ārstēšanu, kurai būtu bijusi vajadzīga iepriekšēja atļauja, taču par kuru prasība iesniegta ar atpakaļejošu datumu un galu galā atmaksāta.

un Apvienotajā Karalistē) apstrādes laiks bija īsāks par 20 dienām un trijās vidējais laiks pārsniedza 80 dienas: Somijā (82), Slovākijā (84,3) un Zviedrijā (150) (NB: dati par Somiju attiecas gan uz regulām, gan uz Direktīvu)[18].

[18] Dažādās dalībvalstīs atmaksāšanas prakse var stipri atšķirties. Piemēram, ja kāda dalībvalsts izlemj, ka atmaksāšanu kādai personai veiks saskaņā ar regulām, pamatojoties uz izdevīgumu pacientam, atmaksāšanas summas noteikšanas procedūra var ilgt vairākus mēnešus.

B PIELIKUMS

Izvērtējošs pētījums par Pārrobežu veselības aprūpes direktīvu

Šis pētījums pievēršas Direktīvas 2011/24/ES ietekmei. Tā vispārējais mērķis ir, kā prasīts Direktīvas 20. panta 1. punktā, ziņot par līdzšinējo īstenošanu, balstoties uz pieejamajiem avotiem, un apzināt baltos plankumus un pilnveides iespējas. Tajā izmantota informācija par vietējām situācijām un citi vērtīgi ārēji avoti (agrāki pētījumi, zinātniska literatūra, ieinteresēto personu ieguldījums u. tml.)

Metodika

Papildus kabineta pētījumiem un literatūras izpētei tika detalizēti pētītas vietnes un plaši izmantotas līdzdalīgas pētniecības metodes.

Par pamatu ņemot agrāku pētniecības darbu, tika analizētas visu 32 VKP vietnes (32 valstis vai teritorijas, jo Apvienotajai Karalistei tika analizētas teritorijas — Skotija, Velsa, Ziemeļīrija un Gibraltārs). Šo analīzi veica no 2014. gada 6. oktobra līdz 2014. gada 6. novembrim.

Lai būtu ņemts vērā "galalietotāja" viedoklis, tika izmantota izpētes metode ar pseidopacientiem. Pētījuma veicēji 2014. gada novembrī, izmantojot trīs atšķirīgus scenārijus, gan pa e-pastu, gan pa tālruni sazinājās ar 12 ES dalībvalstu (Austrijas, Beļģijas, Francijas, Vācijas, Ungārijas, Itālijas, Lietuvas, Maltas, Nīderlandes, Slovēnijas, Spānijas un Zviedrijas) VKP. Šī valstu fokusgrupa ir reprezentatīvs paraugs, kas veidots pēc vairākiem ziņojumā aprakstītiem kritērijiem.

Fokusgrupas valstīs un Eiropas līmenī 59 intervijās ar ieinteresētajām personām un fokusgrupas valstu 12 kontaktpunktiem adresētā interneta aptaujā tika vākti arī subjektīvus viedokļus atspoguļojoši dati. Šajā četru nedēļu periodā apmēram 50 % no kontaktētajām ieinteresētajām personām piekrita intervijām. Ieinteresētās personas pārstāvēja dažādus veselības apdrošināšanas sniedzējus, veselības aprūpes sniedzējus, pacientu ombudus, valstu un reģionu iestādes, pacientu grupas, revīzijas institūcijas, arodbiedrības un primāro ordinētāju organizācijas. Visi VKP vismaz daļēji aizpildīja interneta aptauju.

Pētījuma secinājumus papildina SVID analīze, kurā galvenā uzmanība pievērsta pacientiem sniegtajiem pakalpojumiem.

Ierobežojumi

Šis pētījums nav oficiāls izvērtējums. Tajā netika aplūkotas sūdzības, pārkāpumi un transponēšanas pasākumi. Tā kā Direktīva ir pieņemta nesen un trūkst tūlītēji pieejamu datu par pacientu mobilitāti, Direktīvu oficiāli izvērtēt būtu bijis priekšlaicīgi. Tomēr izvērtējošs pērtījums saskaņā ar principu "izvērtēšana vispirms" ir jēgpilns, turklāt kvalitatīvs ieguldījums pamatnovērtēšanā un turpmākos izvērtēšanas centienos.