



Eiropas Savienības  
Padome

Briselē, 2022. gada 13. maijā  
(OR. en)

9038/22

**SAN 264**  
**SOC 264**  
**MI 384**

## PAVADVĒSTULE

---

Sūtītājs:	Eiropas Komisijas ģenerālsekretāre, parakstījusi direktore <i>Martine DEPREZ</i>
Saņemšanas datums:	2022. gada 12. maijs
Saņēmējs:	Padomes Ģenerālsekretariāts
K-jas dok. Nr.:	COM(2022) 210 final
Temats:	<b>KOMISIJAS ZIŅOJUMS EIROPAS PARLAMENTAM UN PADOMEI par to, kā darbojas Direktīva 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē</b>

---

Pielikumā ir pievienots dokuments COM(2022) 210 *final*.

---

Pielikumā: COM(2022) 210 *final*



Briselē, 12.5.2022.  
COM(2022) 210 final

**KOMISIJAS ZIŅOJUMS EIROPAS PARLAMENTAM UN PADOMEI**

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

{SWD(2022) 200 final}

## Ievads

Direktīvas 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē<sup>1</sup> (turpmāk “Direktīva”) vispārējais mērķis ir uzlabot piekļuvi drošai un kvalitatīvai veselības aprūpei citā dalībvalstī un nodrošināt pacientu mobilitāti saskaņā ar Eiropas Savienības Tiesas (turpmāk “Tiesa”) judikatūru. Dalībvalstis joprojām ir atbildīgas par veselības aprūpes pakalpojumu un medicīniskās aprūpes organizēšanu un sniegšanu savā teritorijā. Otrkārt, ar Direktīvu tiek veicināta dalībvalstu sadarbība veselības aprūpes jomā ES pilsoņu labā attiecībā uz receptēm, retām slimībām, e-veselību un veselības aprūpes tehnoloģijas novērtējumu. Direktīvas mērķis ir arī precizēt tās saistību ar pašreizējo sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinācijas regulējumu, kas paredzēts Regulā (EK) Nr. 883/2004<sup>2</sup> (turpmāk “Regula”) un ko piemēro, neskarot šo regulējumu.

Dalībvalstīm Direktīva bija jātransponē līdz 2013. gada 25. oktobrim. Tomēr lielākajā daļā dalībvalstu transponēšana netika pabeigta līdz 2015. gadam. Šis ir Komisijas trešais trīs gadu ziņojums, kā noteikts Direktīvas 20. panta 1. punktā<sup>3</sup>. Tas jo īpaši attiecas uz informāciju par pacientu plūsmām, pacientu mobilitātes finansiālajām dimensijām, to, kā īstenojams 7. panta 9. punkts par dalībvalstu ierobežojumiem attiecībā uz izmaksu atlīdzināšanas noteikumiem un 8. pants par veselības aprūpi, kurai var būt nepieciešama iepriekšēja atļauja, kā arī par Eiropas references tīklu un valstu kontaktpunktu darbību.

Šajā ziņojumā ir ņemti vērā Eiropas Parlamenta, Padomes, Eiropas Reģionu komitejas un Eiropas Revīzijas palātas veiktie Direktīvas novērtējumi, kā arī Tiesas judikatūra, kurā interpretēti atsevišķi Direktīvas noteikumi. Tajā ņemts vērā platformas “Gatavi nākotnei” atzinums par pacientu tiesībām<sup>4</sup>.

Komisija izvērtēja Direktīvu 2021. gadā — desmit gadus pēc tās pieņemšanas, kas notika 2011. gadā. Šajā ziņojumā ir iekļauts tās secinājumu kopsavilkums, savukārt pievienotajā dienestu darba dokumentā — tabula, kurā norādītas turpmākās darbības un dota tehniskā analīze.

## 1. Īstenošana

Komisija ir sistemātiski pārbaudījusi valstu transponēšanas pasākumu atbilstību Direktīvas noteikumiem, koncentrējoties uz četrām prioritārajām jomām, kurās ir vislielākais potenciāls

---

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

<sup>2</sup> Eiropas Parlamenta un Padomes Regula (EK) Nr. 883/2004 (2004. gada 29. aprīlis) par sociālās nodrošināšanas sistēmu koordinēšanu (OV L 166, 30.4.2004., 1. lpp.).

<sup>3</sup> COM(2015) 421 final un COM(2018) 651 final.

<sup>4</sup> Platformas “Gatavi nākotnei” atzinums (atsauces Nr. 2021/SBGR3/14) ir pieejams vietnē [https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/final\\_opinion\\_2021\\_sbgr3\\_14\\_patient\\_rights.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/final_opinion_2021_sbgr3_14_patient_rights.pdf).

radīt šķēršļus pacientiem, ja tām netiek pievērsta uzmanība: izmaksu atlīdzināšanas sistēmas, iepriekšēja atļauja, administratīvās procedūras un maksājumu iekasēšana no pacientiem no citām dalībvalstīm (“ienākošie pacienti”). Komisija turpina strukturētos dialogus ar dalībvalstīm, lai panāktu, ka Direktīva tiek īstenota pēc iespējas labāk. Šā intensīvā darba rezultātā valstu tiesību aktos ir veiktas izmaiņas pacientu labā. Tomēr, kā liecina šis ziņojums un izvērtējumā izdarītie konstatējumi, ir vajadzīgi turpmāki centieni.

Lai atbalstītu Direktīvas praktiskās īstenošanas novērtējumu, Komisija veica pētījumu, kurā citstarp tika kartēta veselības aprūpe, uz kuru attiecas iepriekšēja atļauja, un administratīvās prasības pārrobežu veselības aprūpei ES un EEZ EBTA valstīs<sup>5</sup>.

### ***1.1. Izmaksu atlīdzināšanas sistēmas***

Saskaņā ar Direktīvas 7. panta 4. punktu “atlīdzina izmaksas par pārrobežu veselības aprūpi vai to .. apmaksā līdz tādām apmēram, kāds par identisku veselības aprūpi tiktu nodrošināts piederības dalībvalstī, ja šī veselības aprūpe būtu sniegta tās teritorijā, nepārsniedzot saņemtās veselības aprūpes faktiskās izmaksas”. Ar 7. panta 9. punktu dalībvalstīm ir atļauts ierobežot noteikumu attiecībā uz atlīdzību par pārrobežu veselības aprūpi piemērošanu sevišķi svarīgu ar sabiedrības interesēm saistītu iemeslu dēļ. Saskaņā ar 7. panta 11. punktu šādiem ierobežojumiem ir jābūt vajadzīgiem un samērīgiem, un tie nedrīkst būt patvaļīgi diskriminējoši vai nepamatoti traucēt preču, personu vai pakalpojumu brīvu apriti. Turklāt dalībvalstīm ir jāpaziņo Komisijai par jebkuru lēmumu piemērot ierobežojumus saskaņā ar 7. panta 9. punktu.

Komisija nav saņēmusi īpašus paziņojumus saskaņā ar 7. panta 9. punktu. Tomēr dažus transponēšanas pasākumus varētu apšaubīt kā tādus, kas ierobežo atlīdzības par pārrobežu veselības aprūpi līmeni un apdraud pacientu tiesības. Attiecībā uz atskaites punktu atlīdzībai par pārrobežu veselības aprūpi saskaņā ar Direktīvu var minēt, ka trīs dalībvalstis<sup>6</sup> ar atšķirīgiem nosacījumiem un atšķirīgā apjomā izmanto zemāko atlīdzības līmeni, kuru piemēro veselības aprūpei, kas saņemta no privātiem/ārpuslīguma veselības aprūpes sniedzējiem, salīdzinot ar valsts veselības aprūpes sistēmu. Tāpēc Komisija uzsāka pārkāpuma procedūras pret šīm dalībvalstīm par Direktīvā noteikto pienākumu nepildīšanu<sup>7</sup>.

### ***1.2. Iepriekšēja atļauja***

---

<sup>5</sup> Pētījums par to, kā uzlabot Pārrobežu veselības aprūpes direktīvas 2011/24/ES īstenošanu, lai nodrošinātu pacientu tiesības ES, pieejams vietnē [https://ec.europa.eu/health/publications/study-enhancing-implementation-cross-border-healthcare-directive-201124eu-ensure-patient-rights-eu\\_en](https://ec.europa.eu/health/publications/study-enhancing-implementation-cross-border-healthcare-directive-201124eu-ensure-patient-rights-eu_en).

<sup>6</sup> Nīderlande, Austrija, Somija.

<sup>7</sup> Pienākumu neizpildes pakete 2016. gada aprīlī: galvenie lēmumi pieejami šeit:

[https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/LV/MEMO\\_16\\_1452](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/LV/MEMO_16_1452); pienākumu neizpildes pakete 2019. gada janvārī: galvenie lēmumi pieejami šeit: [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/LV/MEMO\\_19\\_462](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/LV/MEMO_19_462).

Saskaņā ar 8. pantu dalībvalstis var noteikt, ka citā dalībvalstī saņemtas veselības aprūpes izmaksu atlīdzināšanai ir jāsaņem iepriekšēja atļauja. Ņemot vērā Tiesas judikatūru, šāda prasība ir pakalpojumu brīvas aprites ierobežojums<sup>8</sup>. Tāpēc parasti dalībvalstīm nevajadzētu noteikt, ka pārrobežu veselības aprūpes izmaksu atlīdzināšanai ir jāsaņem iepriekšēja atļauja<sup>9</sup>. Tomēr saskaņā ar 8. panta 2. punkta a) apakšpunktu dalībvalstīm ir atļauts izmantot iepriekšējas atļaujas sistēmu veselības aprūpei, uz kuru attiecas plānošanas prasības, lai nodrošinātu piekļuvi augstas kvalitātes ārstēšanai vai kontrolētu izmaksas, un ja šai veselības aprūpei: 1) nepieciešama uzturēšanās slimnīcā vismaz vienu nakti; vai 2) nepieciešama ārkārtīgi specializēta un dārga medicīnas infrastruktūra vai aprīkojums. Tāpēc medicīniskai konsultācijai citā dalībvalstī nevar tikt prasīta iepriekšēja atļauja<sup>10</sup>. Saskaņā ar 8. panta 7. punktu dalībvalstis “publisko informāciju par veselības aprūpi, kurai saskaņā ar šo direktīvu nepieciešama iepriekšēja atļauja”.

Tiesa ir precizējusi, ka pieteikumi iepriekšējas atļaujas saņemšanai ir jāizvērtē saskaņā ar Pamattiesību hartu<sup>11</sup>. Tāpēc dalībvalsts var atteikt pacientam piešķirt atļauju ārstniecībai citā ES valstī, bet tikai tad, ja šāds atteikums ir nepieciešams un samērojams ar sasniedzamo mērķi, piemēram, saglabāt veselības aprūpes jaudu vai medicīnisko kompetenci<sup>12</sup>. Turklāt Tiesa ir precizējusi, ka valsts tiesiskais regulējums, ar kuru ir izslēgta tādu izdevumu atlīdzināšana, kas ir saistīti ar apdrošinātas personas steidzamu ārstēšanu citā dalībvalstī bez iepriekšējas atļaujas, neatbilst pakalpojumu sniegšanas brīvības principam un Direktīvai<sup>13</sup>.

Tikai septiņās dalībvalstīs un vienā EEZ EBTA valstī<sup>14</sup> nav ieviesta iepriekšēju atļauju sistēma, tādējādi dodot pacientiem brīvību izvēlēties veselības aprūpes sniedzēju ārvalstīs un samazinot administratīvo slogu.

Visās pārējās valstīs ir iepriekšēju atļauju sistēma, galvenokārt to veselības aprūpes sistēmu aizsardzībai. Direktīvas ietekme uz šīm sistēmām transponēšanas laikā bija neskaidra, un iepriekšējas atļaujas izmantošana bija līdzeklis šīs ietekmes uzraudzībai<sup>15</sup>.

Komisijai joprojām ir lielas bažas par to, ka valstu iepriekšēju atļauju sistēmām ir jāatbilst Direktīvas 8. panta 2. punktā noteiktajiem kritērijiem un proporcionalitātes principam. Kā aprakstīts tālāk 3. sadaļā, pacientu mobilitāte joprojām ir ļoti zema un tās ietekme uz valsts veselības aprūpes budžetiem ir neliela, un tas parasti norāda, ka nav vajadzīgas plašas iepriekšēju

---

<sup>8</sup> Tiesas 2020. gada 23. septembra spriedums *WO*, C-777/18, EU:C:2020:745, 58. punkts un tajā minētā judikatūra.

<sup>9</sup> Direktīvas 38. apsvēruma.

<sup>10</sup> Spriedums, kas minēts 8. zemsvītras piezīmē, 79. punkts.

<sup>11</sup> Tiesas 2020. gada 29. oktobra spriedums, *A*, C-243/19, EU:C:2020:872, 83. punkts.

<sup>12</sup> Turpat, 85. punkts.

<sup>13</sup> Spriedums, kas minēts 8. zemsvītras piezīmē, 85. punkts.

<sup>14</sup> Čehija, Igaunija, Kipra, Latvija, Lietuva, Somija, Zviedrija un Norvēģija. Nīderlande savos valsts tiesību aktos nav ieviesusi iepriekšēju atļauju sistēmu, bet tad, ja personām, kuras ir apdrošinātas saskaņā ar tās sociālā nodrošinājuma sistēmu, ir pieejama pārrobežu veselības aprūpe, šķiet, ka veselības apdrošinātāji pieprasa iepriekšēju atļauju.

<sup>15</sup> Sk. 5. zemsvītras piezīmē minēto pētījumu.

atļauju sistēmas, lai aizsargātu veselības aprūpes plānošanu. Tāpēc divas dalībvalstis nolēma atcelt iepriekšējās atļaujas sistēmas<sup>16</sup>.

Ja tiek uzskatīts, ka prasība saņemt iepriekšēju atļauju ir pamatota, pacientiem ir tiesības zināt, tieši kādai ārstēšanai ir jāsaņem iepriekšēja atļauja<sup>17</sup>. Šai nolūkā būtu jā sagatavo un jā dara publiski pieejami izsmeļoši un precīzi definēti ārstēšanas veidu saraksti, lai pacienti varētu vienkārši identificēt piemērojamos noteikumus. Tomēr to veselības aprūpes pakalpojumu saraksti, attiecībā uz kuriem ir nepieciešama iepriekšēja atļauja, dažādās dalībvalstīs ir ļoti atšķirīgi atkarībā no norādītā veselības aprūpes pakalpojuma.

Izvērtējumā izdarītie konstatējumi apstiprina, ka plaša iepriekšēju atļauju lietošana un to piemērošanas pārredzamības trūkums ir būtisks šķērslis pārrobežu veselības aprūpei, traucējot efektīvi izmantot Direktīvu pacientu labā.

Tāpēc Komisija mudina dalībvalstis novērtēt, vai 10 gadus pēc Direktīvas pieņemšanas iepriekšēju atļauju pieprasīšana joprojām atbilst Direktīvas mērķiem un vai nevarētu samazināt to veselības aprūpes pakalpojumu sarakstus, attiecībā uz kuriem ir nepieciešama iepriekšēja atļauja, jo īpaši nolūkā nodrošināt juridisko noteiktību pacientiem un iepriekšēju atļauju sistēmu pārredzamību.

### ***1.3. Administratīvās procedūras***

Saskaņā ar 7. panta 7. punktu dalībvalsts pacientam, kurš vēlas saņemt atlīdzību par pārrobežu veselības aprūpes izmaksām, var noteikt tādus pašus nosacījumus, atbilstības kritērijus un reglamentējošas vai administratīvas formalitātes, kādas tā būtu uzlikusi gadījumā, ja šāda veselības aprūpe būtu sniegta tās teritorijā. Tomēr nekādi nosacījumi, kritēriji vai formalitātes nevar būt diskriminējoši vai radīt šķēršļus pacientu brīvai kustībai, ja vien tie nav pamatoti ar plānošanas prasībām.

Līdzīgi 9. panta 1. punktā ir noteikts, ka dalībvalstīm ir jānodrošina, ka administratīvās procedūras attiecībā uz pārrobežu veselības aprūpes izmantošanu ir pamatotas ar taisnīgiem, nediskriminējošiem kritērijiem, kas ir nepieciešami un samērīgi ar sasniedzamo mērķi.

Ievērojot šos principus, Komisija mudina dalībvalstis novērtēt, vai procedūras iepriekšējas atļaujas saņemšanai un pārrobežu veselības aprūpes izmaksu atlīdzināšanai varētu padarīt mazāk apgrūtināšas pacientiem, lai viņi varētu pilnībā izmantot Direktīvā paredzētās tiesības.

Izvērtēšanas nolūkā apkopotie pierādījumi apstiprina, ka apgrūtināšas un nesamērīgas administratīvās procedūras dažās dalībvalstīs apdraud pilsoņu tiesības uz pārrobežu veselības aprūpi. Īpaša uzmanība būtu jāpievērš tam, lai nodrošinātu, ka pacientiem ir jāiesniedz tikai tāda informācija, kas viņiem ir viegli pieejama un kas ir noteikti nepieciešama, lai saskaņā ar

---

<sup>16</sup> Kipra un Latvija.

<sup>17</sup> Pamatprincipi informācijas sniegšanai par iepriekšējo atļauju sistēmām visās dalībvalstīs ir pieejami: [https://ec.europa.eu/health/system/files/2022-02/crossborder\\_enhancing-implementation\\_info-provision\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/system/files/2022-02/crossborder_enhancing-implementation_info-provision_en.pdf).

Direktīvu apstrādātu iepriekšējas atļaujas vai izmaksu atlīdzināšanas pieprasījumus. Veselības apdrošinātājiem no pacientiem nevajadzētu pieprasīt ne ziņas par paredzamās veselības aprūpes aplēstajām izmaksām, nedz arī ārsta novērtējumu par saņemtās ārstēšanas efektivitāti. Turklāt dalībvalstīm vajadzētu izvairīties pieprasīt pacientiem informāciju, kas parasti jau ir tās veselības apdrošināšanas iestādes rīcībā, kura novērtē pieprasījumu, piemēram, par gaidīšanas laiku konkrētas ārstēšanas saņemšanai. Tāpat arī pacientam nevajadzētu būt atbildīgam par to, lai tiktu pierādīts, ka nav iemesla iepriekšējas atļaujas atteikumam, piemēram, viņam nav jānodrošina pierādījumi, ka veselības aprūpes sniedzējs ārvalstīs nerada nopietnas, īpašas bažas par aprūpes kvalitāti un pacienta drošību.

Visbeidzot, novērtējot administratīvo prasību samērīgumu, dalībvalstīm būtu jāņem vērā izmaksas, kas saistītas ar pārrobežu veselības aprūpes pieprasījumu iesniegšanu. Jo īpaši nesamērīgs šķērslis pakalpojumu brīvai aprītei ir prasība pacientiem nodrošināt apliecinātu dokumentācijas tulkojumu<sup>18</sup>.

#### ***1.4. Maksas pacientiem no citām dalībvalstīm***

Direktīvas 4. panta 3. punktā ir noteikts, ka dalībvalstīm ir jāievēro nediskriminācijas princips attiecībā uz pacientiem no citām ES valstīm. Tajā arī norādīts, ka noteiktos apstākļos dalībvalstis var pieņemt pasākumus attiecībā uz piekļuvi ārstēšanai. Tomēr šādiem pasākumiem ir jābūt pamatotiem, samērīgiem un nepieciešamiem, un informācijai par tiem ir jābūt iepriekš publiski pieejamai<sup>19</sup>.

Dalībvalstis var noteikt maksu par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu savā teritorijā. Tomēr saskaņā ar 4. panta 4. punktu tām ir jānodrošina, ka veselības aprūpes sniedzēji pacientiem no citām ES valstīm piemēro maksu tādā pašā līmenī, kādā maksā līdzīgā veselības stāvoklī esoši vietējie pacienti. Ja nav salīdzināmas cenas vietējiem pacientiem<sup>20</sup>, ar 4. panta 4. punktu pakalpojumu sniedzējiem tiek noteikts pienākums iekasēt maksu, kas aprēķināta saskaņā ar objektīviem, nediskriminējošiem kritērijiem. Šīs prasības tomēr neskar valsts tiesību aktus, kas ļauj veselības aprūpes sniedzējiem pašiem noteikt cenas, ja vien tās nediskriminē pacientus no citām ES valstīm.

Atbilstības pārbaudē Komisija nekonstatēja, ka veselības aprūpes sniedzēji nosaka vai drīkst noteikt diskriminējošas cenas pacientiem no citām dalībvalstīm, kas būtu pretrunā iepriekš minētajiem principiem. Tomēr platformā “Gatavi nākotnei”<sup>21</sup> tiek ņemti vērā Eiropas Reģionu

---

<sup>18</sup> Sk. 5. zemspvītras piezīmē minēto pētījumu.

<sup>19</sup> Ikgadējā ziņojumā saskaņā ar Direktīvas 20. pantu Dānija, Igaunija, Rumānija, Islande un Apvienotā Karaliste (Anglija un Velsa) norādīja, ka ir ieviesušas šādus pasākumus.

<sup>20</sup> Tas varētu būt gadījums, kad valsts/nolīgti veselības aprūpes sniedzēji dalībvalstī, kas sniedz veselības aprūpi apdrošinātām personām saskaņā ar sistēmu “pabalsti natūrā”, nevar darboties privāti.

<sup>21</sup> Sk. 4. zemspvītras piezīmē minēto atzinumu.

komitejas ziņojumā<sup>22</sup> izklāstītie konstatējumi, ka informācija par to veselības aprūpes maksu līmeni, kuras iekasē no pacientiem, nav viegli pieejama visās dalībvalstīs. Tāpēc tās atzinumā ir izteikts aicinājums uzlabot informāciju par piemērojamajām maksām par ārstēšanu dalībvalstīs.

## 2. Citu ES iestāžu un struktūru ziņojumi

**Eiropas Parlaments** analizēja nepilnības Direktīvas īstenošanā un secināja<sup>23</sup>, ka ir nepieciešama rīcība, piemēram, lai vienkāršotu administratīvās procedūras un uzlabotu informāciju, ko sniedz īpaši šim nolūkam izveidotie valstu kontaktpunkti (VKP).

**Eiropas Revīzijas palāta** secināja<sup>24</sup>, ka Komisija ir labi uzraudzījusi Direktīvas transponēšanu valstu tiesību aktos un īstenošanu dalībvalstīs. Lai gan ES pasākumi uzlaboja sadarbību starp dalībvalstīm, ietekme uz pacientiem revīzijas laikā bija diezgan ierobežota. Tās ieteikumos ir pausts aicinājums sniegt lielāku atbalstu VKP, izveidot pārrobežu veselības datu apmaiņu un stiprināt ES pasākumus reto slimību jomā un saistībā ar Eiropas references tīkliem. Komisija turpina ievērot šos ieteikumus.

**Padomes** secinājumi<sup>25</sup> saskanēja ar Revīzijas palātas ziņojumu un pamudināja Komisiju atbalstīt VKP, lai uzlabotu pacientiem sniegto informāciju par viņu tiesībām uz pārrobežu veselības aprūpi, citstarp informāciju par Eiropas references tīkliem.

**Eiropas Reģionu komiteja** atbalstīja<sup>26</sup> iepriekšējās atļaujas izmantošanu, ja tas ir nepieciešams, lai aizsargātu veselības aprūpes sistēmas, un iepriekšējās paziņošanas izmantošanu, lai sniegtu pacientiem skaidrību par viņu veselības aprūpes izmaksām un palīdzētu iestādēm pildīt to pienākumus saskaņā ar Direktīvu.

## 3. Dati par pacientu mobilitāti

Saskaņā ar Direktīvas 20. pantu dalībvalstis tiek aicinātas piedalīties Komisijas ziņojumu sagatavošanā par pacientu mobilitāti, sniedzot informāciju par VKP, pacientu plūsmu ierobežojumiem, veselības aprūpi ar iepriekšēju atļauju vai bez tās, informācijas pieprasījumiem par veselības aprūpi, veiktajām izmaksu atlīdzināšanām un iemesliem, kādēļ veselības aprūpes izmaksas tika vai netika atlīdzinātas.

---

<sup>22</sup> Eiropas Reģionu komiteja (2020). ES politikas reģionālo centru tīkls — Īstenošanas pārskats — Īstenošanas ziņojums — Trešā apspriede par pārrobežu veselības aprūpi; pieejams <https://cor.europa.eu/en/engage/Documents/RegHub/report-consultation-03-cross-border-healthcare.pdf>.

<sup>23</sup> Eiropas Parlamenta Rezolūcija par Pārrobežu veselības aprūpes direktīvas īstenošanu, 2018/2108(INI), 12.2.2019.

<sup>24</sup> ERP Īpašais ziņojums 7/2019 “*ES pasākumi pārrobežu veselības aprūpē: mērķi ir vērienīgi, taču nepieciešama labāka pārvaldība*”, 4.6.2019.

<sup>25</sup> Padomes secinājumi, atbildot uz ERP Īpašo ziņojumu 7/2019, 12913/19 FIN, 23.10.2019.

<sup>26</sup> ERP atzinums *Pārrobežu veselības aprūpes īstenošana un nākotnes perspektīvas*, CDR 4597/2019, 14.10.2020.

Šajā ziņojumā ir sniegts augsta līmeņa pārskats par saņemtajiem datiem attiecībā uz trīs gadu periodu no 2018. līdz 2020. gadam, kā arī salīdzināšanas nolūkos ir iekļauti dati par 2016. un 2017. gadu. To dalībvalstu<sup>27</sup> un EEZ EBTA valstu skaits, kuras sniedza datus, visos pārskata gados nav vienāds. Turklāt daudzas valstis spēja sniegt tikai ierobežotu informāciju. Dažās valstīs arī nebija iespējams nodalīt datus par pārrobežu veselības aprūpi saskaņā ar Direktīvu un Regulu no citām paralēlām sistēmām<sup>28</sup>.

### ***3.1. Pacientu mobilitātes rādītāji***

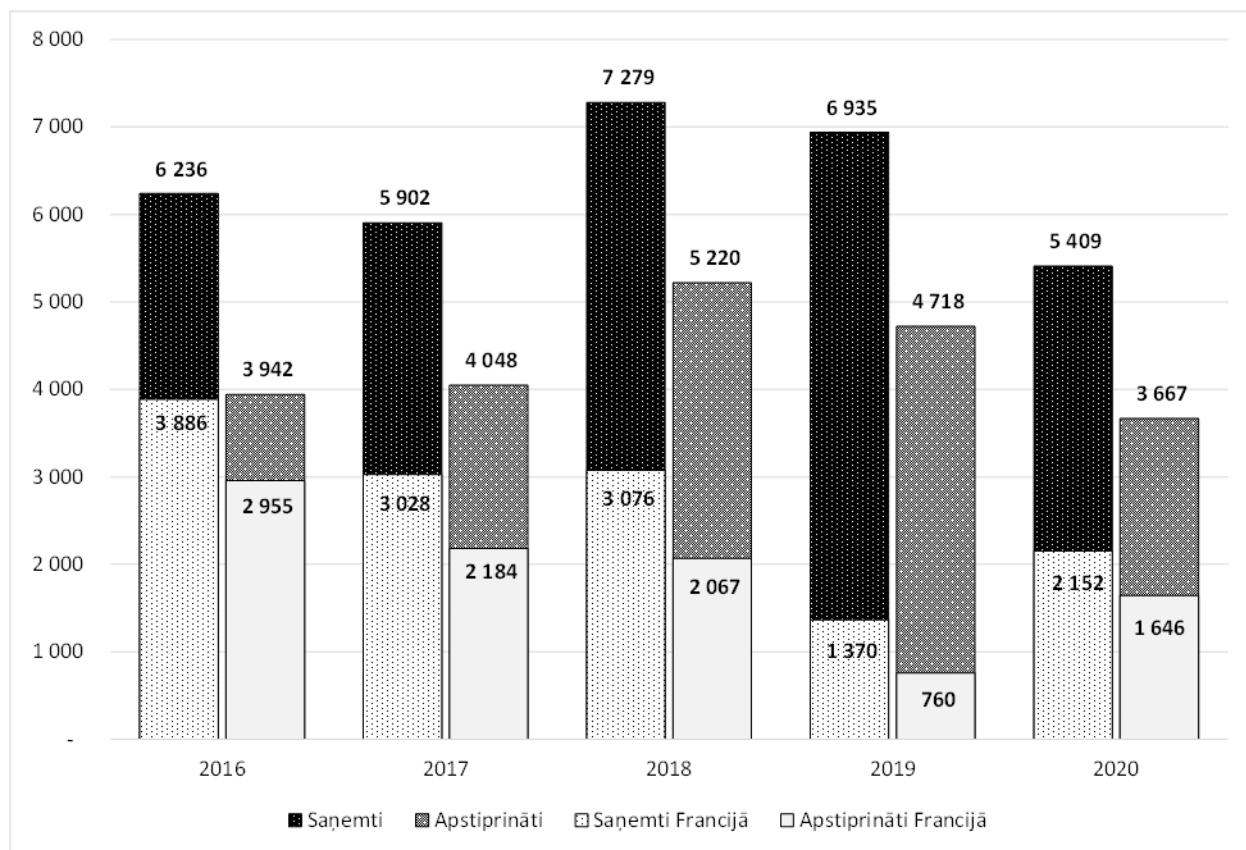
Apkopotie paziņotie dati par pieprasījumu skaitu gan iepriekšējas atļaujas saņemšanai, gan izmaksu atlīdzināšanai bez iepriekšējas atļaujas liecina, ka pacientu mobilitāte saskaņā ar Direktīvu joprojām ir ļoti zema, turklāt 2020. gadā tā ievērojami samazinājās Covid-19 pandēmijas un brīvas pārvietošanās ierobežojumu dēļ. (sk. 1. attēlu par veselības aprūpes pakalpojumiem, kuru saņemšanai ir nepieciešama iepriekšēja atļauja).

---

<sup>27</sup> Tā kā Direktīva joprojām tika piemērota Apvienotajai Karalistei pārejas periodā līdz 2020. gada 31. decembrim, šajā ziņojumā ir iekļauti Apvienotās Karalistes dati.

<sup>28</sup> Tas jo īpaši attiecas uz Franciju, kas ziņo, ka pacientu mobilitātes gadījumu skaits ir salīdzinoši liels. Ņemot to vērā, 1. un 2. attēlā ir īpaši izcelti Francijas rādītāji.

**1 attēls. Saņemto iepriekšējas atļaujas pieprasījumu skaits un piešķirto atļauju skaits visās valstīs, kas sniedza datus (2016–2020)**



Iepriekšējo atļauju kopskaits, izņemot Apvienoto Karalisti, ir šāds: **2016.** pārskata gadā saņemti 6009 pieprasījumi un piešķirtas 3822 atļaujas; **2017.** gadā saņemts 5471 pieprasījums, piešķirtas 3727 atļaujas; **2018.** gadā saņemts 6301 pieprasījums, piešķirtas 4447 atļaujas; **2019.** gadā saņemti 5352 pieprasījumi, piešķirta 3291 atļauja; un **2020.** gadā saņemti 5218 pieprasījumi, piešķirtas 3542 atļaujas.

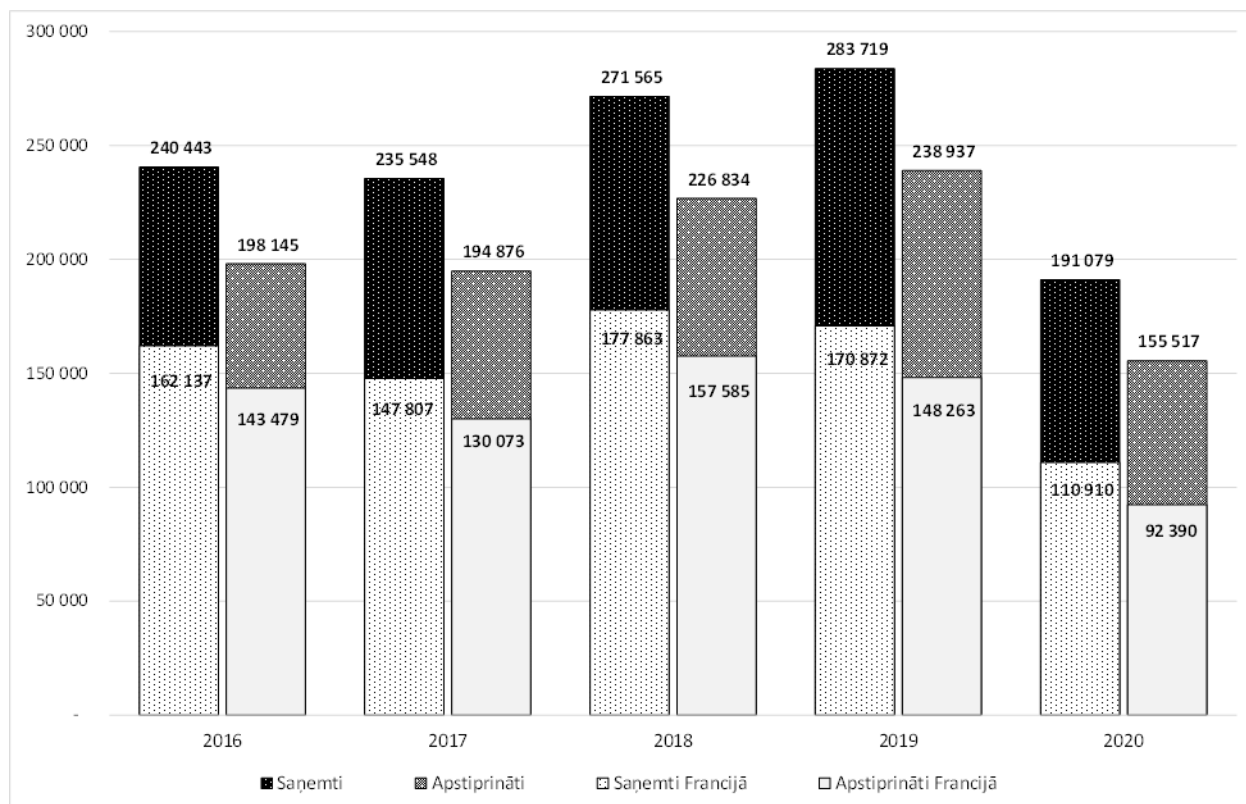
*Avots:* anketas par Direktīvu 2011/24/ES, ziņojot par pacientu mobilitāti.

Valstīs, kas sniedza datus par visiem pārskata gadiem 2016.–2020. gada periodā<sup>29</sup>, saņemto iepriekšējas atļaujas pieprasījumu skaits un piešķirto atļauju skaits sasniedza augstāko punktu 2018. gadā. Šajā periodā ir pieaudzis saņemto pieprasījumu skaits, jo īpaši Īrijā, Luksemburgā un Slovākijā. Tomēr lielākajā daļā valstu saņemto pieprasījumu skaits un piešķirto atļauju skaits gadu gaitā ir samazinājies. Tā jo īpaši bija Beļģijā, Bulgārijā, Itālijā un Polijā.

Izmaksu atlīdzināšanas pieprasījumu skaits bez iepriekšējas atļaujas ir ievērojami lielāks nekā iepriekšējas atļaujas pieprasījumu skaits (2. attēls).

<sup>29</sup> Tas attiecas uz 15 dalībvalstīm un Apvienoto Karalisti.

**2.attēls. Saņemto un apstiprināto pieprasījumu skaits par izmaksu atlīdzināšanu bez iepriekšējas atļaujas visās valstīs, kas sniedza datus (2016–2020)**



Kopskaits, izņemot Apvienoto Karalisti, ir šāds: **2016.** pārskata gadā saņemti 238 680 izmaksu atlīdzināšanas pieprasījumi un apstiprināti 197 152 pieprasījumi; **2017.** gadā saņemti 233 508 pieprasījumi, apstiprināti 193 803 pieprasījumi; **2018.** gadā saņemti 269 006 pieprasījumi, apstiprināti 225 186 pieprasījumi; **2019.** gadā saņemti 280 594 pieprasījumi, apstiprināts 236 891 pieprasījumi; **2020.** gadā saņemti 188 013 pieprasījumi, apstiprināti 153 960 pieprasījumi.

**Avots:** anketas par Direktīvu 2011/24/ES, ziņojot par pacientu mobilitāti.

Valstīs, kas sniedza datus par visiem pārskata gadiem 2016.–2020. gada periodā<sup>30</sup>, saņemto un apstiprināto izmaksu atlīdzināšanas pieprasījumu skaits arī sasniedza maksimumu 2018. gadā, bet samazinājās 2019. un 2020. gadā. Lielākajā daļā šo valstu 2016.–2020. gada periodā bija vērojama pacientu mobilitātes samazināšanās. Tomēr dažās valstīs, jo īpaši Čehijā, Īrijā, Slovākijā un Apvienotajā Karalistē, saņemto izmaksu atlīdzināšanas pieprasījumu skaits palielinājās.

<sup>30</sup> Tas attiecas uz 17 dalībvalstīm, Apvienoto Karalisti un Norvēģiju.

### **3.2. Pacientu mobilitātes finansiālās sekas**

Laikposmā no 2018. līdz 2020. gadam kopējā paziņotā atlīdzinātā summa bija 243 miljoni EUR (73,4 miljoni EUR 2018. gadā, 92,1 miljons EUR 2019. gadā un 77,5 miljoni EUR 2020. gadā<sup>31</sup>).

Valstīs, kas attiecībā uz veselības aprūpi ar iepriekšēju atļauju un bez tās varēja sniegt datus par visiem attiecīgajiem pārskata gadiem<sup>32</sup>, laikposmā no 2016. līdz 2019. gadam kopējās atlīdzinātās summas katru gadu pieauga, tam sekoja ievērojams kritums 2020. gadā.

2019. gadā<sup>33</sup> ES28 dalībvalstīs no kopējiem valdības izdevumiem 7,5 triljonu EUR apmērā aptuveni 1,2 triljoni EUR tika novirzīti veselībai. Valstīs, kas varēja sniegt informāciju par kopējo summu, kura atlīdzināta par veselības aprūpi ar iepriekšēju atļauju un bez tās 2019. gadā, kopējie veselības aprūpes izdevumi sasniedza 882 miljardus EUR. Tādējādi saskaņā ar Direktīvu atlīdzinātās summas daļa kopējos valdības izdevumos veselības aprūpei bija 0,01 % (= 92,1 miljons EUR / 882 miljardi EUR).

Pārrobežu veselības aprūpe kopumā joprojām ir ļoti ierobežota<sup>34</sup>, un tās ietekme uz valsts veselības aprūpes budžetu, ko rada pacienti, kuri vēlas piekļūt pārrobežu veselības aprūpei saskaņā ar Direktīvu, šķiet nenozīmīga. Tas attiecas uz visām valstīm neatkarīgi no tā, vai tās ir izveidojušas iepriekšēju atļauju sistēmu.

### **3.3. Pacientu mobilitātes virziens**

Aplūkojot pacientu plūsmas, tendences 2018.–2020. gada periodā nav būtiski mainījušās. Lielākajā daļā gadījumu pacientu mobilitāte joprojām galvenokārt notiek starp kaimiņvalstīm. Tas liecina, ka pacienti, ja iespējams, dod priekšroku veselības aprūpei netālu no savām mājām un, ja viņi izvēlas šādā nolūkā ceļot, viņi dod priekšroku ceļošanai uz kaimiņvalsti. Līdzīgs secinājums tika izdarīts par pārrobežu veselības aprūpi saskaņā ar Regulu<sup>35</sup>.

Lielākās to pacientu plūsmas, kuri ceļoja uz ārvalstīm pēc iepriekšējas atļaujas saņemšanas no veselības apdrošinātāja, virzījās no Īrijas uz Apvienoto Karalisti, no Francijas uz Vāciju un Spāniju 2018. gadā, no Īrijas uz Apvienoto Karalisti, no Apvienotās Karalistes uz Īriju un no

---

<sup>31</sup> Kopējās summas, neieskaitot Apvienoto Karalisti, bija 65,7 miljoni EUR 2018. gadā, 82,3 miljoni EUR 2019. gadā un 74,9 miljoni EUR 2020. gadā.

<sup>32</sup> Tas attiecas uz 17 dalībvalstīm, Apvienoto Karalisti un Norvēģiju.

<sup>33</sup> Eurostat [GOV\_10A\_EXPI]. Lai gan šā ziņojuma publicēšanas laikā jau ir pieejami dati par 2020. gadu, tajos nav iekļauti Apvienotās Karalistes dati.

<sup>34</sup> Pārrobežu veselības aprūpe saskaņā ar Regulu veidoja aptuveni 0,3–0,4 % no kopējiem veselības aprūpes izdevumiem 2019. un 2020. gadā (pārrobežu veselības aprūpe ES sociālā nodrošinājuma koordinācijas ietvaros — 2019. pārskata gads un 2020. pārskata gads, informācija pieejama: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=23780&langId=en> un [https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=5&advSearchKey=ssc\\_statsreport2021&mode=advancedSubmit&catId=22&doc\\_submit=&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0](https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=5&advSearchKey=ssc_statsreport2021&mode=advancedSubmit&catId=22&doc_submit=&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0)).

<sup>35</sup> Turpat.

Luksemburgas uz Vāciju 2019. gadā un no Īrijas uz Apvienoto Karalisti, no Francijas uz Spāniju un Vāciju 2020. gadā.

Lielākās to pacientu plūsmas, kuri vēlējas saņemt veselības aprūpi, attiecībā uz kuru nav nepieciešama iepriekšēja atļauja, virzījās no Francijas uz Portugāli, Beļģiju un Spāniju. Nākamās lielākās plūsmas virzījās no Dānijas uz Vāciju, no Polijas uz Čehiju, no Zviedrijas un Norvēģijas uz Spāniju. Pēdējās divas no minētajām plūsmām atspoguļo redzamu tendenci, ka pacienti no Ziemeļvalstīm izmanto pārrobežu veselības aprūpes pakalpojumus Spānijā.

Interesants fakts, kas ir jāatzīmē, ir tāds, ka dažas valstis apstiprina vairāk nekā 90 % pieprasījumu pēc iepriekšējas atļaujas ārstēšanai konkrētā valstī, piem., Īrija ārstēšanai Apvienotajā Karalistē, Slovākija ārstēšanai Čehijā, Bulgārija ārstēšanai Francijā un Austrija ārstēšanai Vācijā. Tāpat saistībā ar veselības aprūpi, attiecībā uz kuru nav vajadzīga iepriekšēja atļauja, liela daļa izmaksu atlīdzināšanas pieprasījumu attiecas uz vienu konkrētu ārstniecības valsti, piemēram, Īrijā — uz ārstēšanu Apvienotajā Karalistē, Polijā — uz ārstēšanu Čehijā, Somijā — uz ārstēšanu Igaunijā.

#### 4. Informācija pacientiem

Valstu kontaktpunktiem (VKP) ir būtiska nozīme saistībā ar to, lai pacienti varētu izmantot savas tiesības uz pārrobežu veselības aprūpi saskaņā ar Direktīvu un Regulu. Kā parādīja izvērtējums, cilvēkiem bieži ir grūtības saprast, kur atrast informāciju, un izprast piemērojamos noteikumus. Lai gan pacientu informēšana pakāpeniski ir uzlabojusies, joprojām pastāv būtiskas nepilnības saistībā ar informācijas pieejamību, pilnīgumu un skaidrību, kā arī saistībā ar pieejamību personām ar invaliditāti. Turklāt informāciju par Eiropas references tīkliem (ERT) un retām slimībām sniedz tikai 14 VKP. Izvērtējumā atklājās, ka tā ir galvenā problēma, ko risina gan pacientu organizācijas, gan Eiropas Invaliditātes forums.

Lai novērstu izklāstītos trūkumus, Komisija sadarbībā ar dalībvalstīm 2018. gadā izstrādāja pamatprincipus VKP praksei<sup>36</sup>. Minēto pamatprincipu sagatavošanas nolūks ir palīdzēt VKP izpildīt to ikdienas uzdevumu, t. i., sniegt skaidru, precīzu un kvalitatīvu informāciju par galvenajiem pārrobežu veselības aprūpes aspektiem. Vissvarīgākais ir tas, ka informācijai vienmēr ir jābūt orientētai uz pacientu. Izvērtējumā tika konstatēts, ka VKP tīmekļa vietnes ne vienmēr ir digitāli pieejamas pacientiem ar invaliditāti, kā noteikts Tīmekļa pieejamības direktīvā<sup>37</sup>, un tikai 30 % tīmekļa vietņu tiek sniegta informācija par veselības aprūpes iestāžu fizisko pieejamību<sup>38</sup>. Saskaņā ar iekļaušanas principu VKP tiek aicināti atzīt un atbalstīt personu

<sup>36</sup> [https://ec.europa.eu/health/system/files/2019-12/2019\\_ncptoolbox\\_ncp\\_guiding\\_principles\\_crossborder\\_en\\_0.pdf](https://ec.europa.eu/health/system/files/2019-12/2019_ncptoolbox_ncp_guiding_principles_crossborder_en_0.pdf).

<sup>37</sup> Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīva (ES) 2016/2102 (2016. gada 26. oktobris) par publiskā sektora struktūru tīmekļvietņu un mobilo lietotņu pieklūstamību (OV L 327, 2.12.2016., 1. lpp.).

<sup>38</sup> Eiropas Invaliditātes forums (2021), *Access to cross-border healthcare by patients with disabilities in the European Union* [“Pieklūve pārrobežu veselības aprūpei pacientiem ar invaliditāti Eiropas Savienībā”], pieejams: [https://www.edf-feph.org/content/uploads/2019/08/EDF-report\\_on\\_health\\_revised-accessible.pdf](https://www.edf-feph.org/content/uploads/2019/08/EDF-report_on_health_revised-accessible.pdf).

ar invaliditāti tiesības uz vienlīdzīgu piekļuvi informācijai par veselības aprūpi citās ES valstīs, kā noteikts Direktīvas 6. panta 5. punktā.

2021. gadā dalībvalstis apstiprināja papildu pamatprincipus informācijas sniegšanai par iepriekšēju atļauju sistēmām<sup>39</sup>. Tie ir paredzēti arī tam, lai garantētu, ka pacientiem tiek sniegta skaidra un pilnīga informācija par viņu tiesībām uz pārrobežu veselības aprūpi, attiecībā uz kuru ir nepieciešama iepriekšēja atļauja.

Komisijas daudzvalodu rīkkopa pārrobežu veselības aprūpei<sup>40</sup>, kas ietver pacientu rokasgrāmatu, ir paredzēta tam, lai palīdzētu pacientiem orientēties dažādajos ceļos uz pārrobežu veselības aprūpi. Lielākā daļa VKP savās tīmekļa vietnēs ir publicējuši rokasgrāmatu pacientiem, un pārējie tiek mudināti to darīt. ES vienotā digitālā vārteja var palīdzēt cilvēkiem, kuri meklē medicīnisko palīdzību, sazināties ar VKP, izmantojot portālu “Tava Eiropa”<sup>41</sup>.

## 5. Veselības aprūpes sistēmu sadarbība

### 5.1. Receptu atzīšana

Saskaņā ar Direktīvas 11. panta 1. punktu dalībvalstīm, ievērojot noteiktus nosacījumus, ir jānodrošina, ka to teritorijā var izmantot receptes, kas konkrētam pacientam attiecīgajām zālēm vai medicīnas ierīcēm izrakstītas citā dalībvalstī. Ar Īstenošanas direktīvu 2012/52/ES<sup>42</sup> ir ieviests receptu savstarpējas atzīšanas princips. Tiesa ir precizējusi, ka ar minēto direktīvu (2011/24/ES) netiek prasīts farmaceitam atzīt citā dalībvalstī veselības aprūpes speciālista izdotas pasūtījuma veidlapas, kurās nav norādīts attiecīgā pacienta uzvārds<sup>43</sup>.

Izvērtējumā konstatēts, ka, lai gan receptu atzīšana ir ievērojami uzlabojusies, pacientiem joprojām rodas grūtības saistībā ar receptu atzīšanu citā ES valstī, galvenokārt tādu problēmu dēļ, kas attiecas uz autentiskuma pārbaudi un saturu citā valodā.

### 5.2. Eiropas references tīkli

Eiropas references tīkli (ERT)<sup>44</sup> ir virtuāli, brīvprātīgi pārrobežu tīkli, kas apvieno augsti specializētus veselības aprūpes sniedzējus visā Eiropā, lai palīdzētu diagnosticēt un ārstēt pacientus, kuri cieš no retām vai zemas izplatības sarežģītām slimībām, saistībā ar kurām ir nepieciešama ļoti specializēta veselības aprūpe un zināšanu un resursu koncentrācija. Tie

---

<sup>39</sup> Minēts 17. zemsvītras piezīmē.

<sup>40</sup> [https://ec.europa.eu/health/cross-border-healthcare/toolbox-cross-border-healthcare\\_en](https://ec.europa.eu/health/cross-border-healthcare/toolbox-cross-border-healthcare_en).

<sup>41</sup> [https://europa.eu/youreurope/index\\_lv.htm](https://europa.eu/youreurope/index_lv.htm).

<sup>42</sup> Komisijas Īstenošanas direktīva 2012/52/ES (2012. gada 20. decembris), ar kuru paredz pasākumus, kas atvieglo citā dalībvalstī izsniegtu receptu atzīšanu (OV L 356, 22.12.2012., 68. lpp.).

<sup>43</sup> Tiesas 2019. gada 18. septembra spriedums *VIPA*, C-222/18, EU:C:2019:751, 47. punkts.

<sup>44</sup> [https://ec.europa.eu/health/european-reference-networks/networks\\_lv](https://ec.europa.eu/health/european-reference-networks/networks_lv).

darbojas kā galvenie kontaktpunkti zināšanu veidošanā un izplatīšanā, veselības aprūpes speciālistu apmācībā, kā arī izglītībā un pētniecībā retu vai zemas izplatības sarežģītu slimību jomā.

2017. gadā izveidotajos 24 ERT tagad tiek strādāts, risinot daudzas tematiskas problēmas, arī retu vēža saslimšanu gadījumus. Šie tīkli kopš izveidošanas ir ievērojami paplašinājušies, pastiprinot ES spēju nodrošināt vislabāko kompetenci un zināšanas par dzīvības glābšanu attiecībā uz pacientiem ar retām un zemas izplatības sarežģītām slimībām. 2022. gada 1. janvārī tīklam bija pievienojušies jau 620 jauni dalībnieki, palielinot kopējo ERT dalībnieku skaitu līdz 1466 un paplašinot tīkla ģeogrāfisko pārklājumu, aptverot visas 27 dalībvalstis un Norvēģiju. 2020. gada beigās ERT bija arī 289 saistītie partneri (228 saistītie valstu centri un 61 centrs, kas pieder 4 valstu koordinācijas centriem). Četriem reto vēža saslimšanu ERT būs nozīmīga loma Eiropas Vēža uzveikšanas plānā<sup>45</sup> un ES vēža pētniecībā<sup>46</sup>, apvienojot tos nākotnes valstu visaptverošo vēža centru tīklā.

2017. gada novembrī sāka darboties Komisijas finansētā pacientu klīnisko datu pārvaldības sistēma<sup>47</sup>. Šī specializētā IT platforma atbalsta ERT veselības speciālistu virtuālās ekspertu grupas no dažādiem kompetences centriem visā ES, kas sanāk kopā, lai dalītos ar speciālajām zināšanām par pacientu ar retām un zemas izplatības sarežģītām slimībām diagnostiku un ārstēšanu. 2021. gada jūnijā bija izveidotas gandrīz 2000 ekspertu grupas, un to skaits nepārtraukti palielinās. Komisija strādā pie uzlabotas sistēmas versijas, lai pilnveidotu tās darbību.

Lai atvieglotu informācijas apmaiņu par pacientiem ar retām slimībām un atbalstītu ERT informācijas apkopošanas un apmaiņas kontekstā, Komisija 2019. gadā izveidoja arī Eiropas Reto slimību reģistrācijas platformu (ES RD platforma)<sup>48</sup>.

Komisija sniedza ERT ievērojamu atbalstu, izmantojot ES Trešo veselības programmu un kopš 2021. gada programmu “ES — veselībai”. Tās aptver plašu darbību klāstu, piemēram, ERT klīniskās prakses vadlīniju un klīnisko lēmumu atbalsta rīku izstrādi, ERT pacientu reģistru izveidi un uzturēšanu, lai atvieglotu aprūpes sniegšanu, īstermiņa mobilitātes un apmaiņas programmu ERT veselības aprūpes speciālistiem, kā arī ERT novērtēšanu, pārraudzību un izvērtēšanu<sup>49</sup>. ERT klīniskās pētniecības aktivitātes tiek līdzfinansētas saskaņā ar ES pētniecības un inovācijas programmām. Izmantojot programmas “Apvārsnis 2020” finansējumu, ERT ir galvenie ieguvēji no Eiropas Kopīgās programmas reto slimību jomā<sup>50</sup> un projekta *ERICA*<sup>51</sup>, kas

---

<sup>45</sup> [https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe\\_lv](https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_lv).

<sup>46</sup> [https://ec.europa.eu/info/research-and-innovation/funding/funding-opportunities/funding-programmes-and-open-calls/horizon-europe/eu-missions-horizon-europe/cancer\\_en](https://ec.europa.eu/info/research-and-innovation/funding/funding-opportunities/funding-programmes-and-open-calls/horizon-europe/eu-missions-horizon-europe/cancer_en).

<sup>47</sup> <https://cpms.ern-net.eu/login/>.

<sup>48</sup> [https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/\\_lv](https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/_lv).

<sup>49</sup> <https://www.nivel.nl/en/project-amequis-2020-ongoing>.

<sup>50</sup> <https://www.ejprarediseases.org/>.

<sup>51</sup> <https://erica-rd.eu/>.

palīdzēs ievēdot platformu, kurā tiks integrētas visas ERT pētniecības un inovācijas spējas, uzlabojot piekļuvi terapijām.

### **5.3. E-veselība**

E-veselības tīkls, kas izveidots saskaņā ar Direktīvas 14. pantu, ir brīvprātīgs tīkls, ko veido valsts iestādes, kuras atbild par e-veselību. Tas darbojas, lai nodrošinātu sadarbspējīgas lietojumprogrammas un uzlabotu aprūpes nepārtrauktību un piekļuvi aprūpei.

Komisija ir pieņēmusi tiesību akta priekšlikumu par Eiropas veselības datu telpu<sup>52</sup>, pamatojoties uz atsevišķu izvērtējumu par 14. pantu. Minētajā izvērtējumā tika secināts, ka e-veselības tīkla rezultativitāte un efektivitāte ir bijusi ierobežota, galvenokārt tādēļ, ka sadarbība ir brīvprātīga. Kopš 2018. gada tā aktivitātes ir vērstas uz veselības datu izmantošanas un apmaiņas palielināšanu aprūpes pakalpojumu sniegšanai un nepārtrauktībai un platformas *MyHealth@EU* infrastruktūras izveidi. *MyHealth@EU* pieslēgto dalībvalstu skaits palielinās, un paredzams, ka lielākā daļa dalībvalstu ievieš *MyHealth@EU* platformu līdz 2025. gadam. Līdz šim desmit dalībvalstis ir savienotas, izmantojot valsts e-veselības kontaktpunktus, un ir sākušas apmainīties ar pacientu veselības pārskatiem un e-receptēm, lai nodrošinātu pārrobežu pacientu aprūpes nepārtrauktību. *MyHealth@EU* infrastruktūrai tiek pievienots atbalsts papildu datu saturam, citstarp laboratorijas testu rezultātiem, slimnīcu izrakstiem un medicīniskajiem attēliem.

Pēc Covid-19 pandēmijas uzliesmojuma 2020. gadā e-veselības tīkls noteica, ka prioritāte ir sabiedrības veselības krīze. Tas palīdzēja ātri izstrādāt un īstenot divas svarīgas iniciatīvas, kuru mērķis ir aizsargāt sabiedrības veselību un nodrošināt cilvēku brīvu pārvietošanos, t. i., kontaktu izsekošanas un brīdināšanas lietotņu sadarbspēju ES līmenī un ES digitālo Covid sertifikātu<sup>53</sup>.

### **5.4. Veselības aprūpes tehnoloģijas novērtējums**

Direktīvas 15. pants nodrošināja juridisko pamatu Eiropas sadarbības veicināšanai veselības aprūpes tehnoloģijas novērtēšanā (*HTA*), kas ir uz pierādījumiem balstītu lēmumu pieņemšanas procesa svarīga sastāvdaļa. Komisija 2018. gada 31. janvārī pieņēma priekšlikumu regulai par *HTA*, kuras mērķis ir stiprināt un padarīt ilgtspējīgu Eiropas sadarbību šajā jomā<sup>54</sup>. Jaunā regula

---

<sup>52</sup> Priekšlikums Eiropas Parlamenta un Padomes regulai par Eiropas veselības datu telpu, COM (2022) 197 final.

<sup>53</sup> Eiropas Parlamenta un Padomes Regula (ES) 2021/953 (2021. gada 14. jūnijs) par sadarbspējīgu Covid-19 vakcinācijas, testa un pārslimošanas sertifikātu (ES digitālais Covid sertifikāts) izdošanas, verificācijas un akceptēšanas satvaru nolūkā atvieglot brīvu pārvietošanos Covid-19 pandēmijas laikā (OV L 211, 15.6.2021., 1. lpp.).

Komisija 2021. gada 18. oktobrī publicēja pirmo ziņojumu par ES digitālo Covid sertifikātu sistēmas ieviešanu (COM(2021) 649 final).

<sup>54</sup> COM(2018) 51 final.

tika pieņemta 2021. gada 15. decembrī un stājās spēkā 2022. gada 12. janvārī<sup>55</sup>. Ar to tika svītrots Direktīvas 15. pants. Paralēli sarunām par Komisijas priekšlikumu *HTA* tīkla darbības turpināšanās un tika papildinātas ar Eiropas medicīnas tehnoloģiju novērtējuma tīkla (*EUnetHTA*) trešās kopīgās rīcības tehnisko darbu<sup>56</sup>. Sākoties Covid-19 pandēmijai 2020. gadā, *EUnetHTA* trešās kopīgās rīcības ietvaros tika izstrādāti un publicēti “kārtējie sadarbības pārskati” par vairākām Covid-19 farmaceitiskajām un nemedikamentozajām terapijām.

### **5.5. Pārrobežu un reģionālā sadarbība**

Direktīvā noteikts, ka dalībvalstīm ir jāsniedz savstarpēja palīdzība un jāatvieglo sadarbība pārrobežu veselības aprūpē starp kaimiņvalstīm, kā arī Komisijai ir jāatbalsta dalībvalstis šajā sadarbībā.

Izmantojot *Interreg* programmu, ES atbalsta sadarbību un veselības sistēmu integrāciju pierobežas reģionos. Tas darbojas kā katalizators vairākām reģionālām partnerībām veselības aprūpes nozarē, mudinot uzlabot piekļuvi vietējai aprūpei, kā arī kopīgam aprīkojumam un pakalpojumiem. Tomēr sarežģītās rēķinu izrakstīšanas un izmaksu atlīdzināšanas procedūras veselības aprūpes pakalpojumiem dažādās veselības aprūpes sistēmās joprojām ir problēma. Tas var būtiski ietekmēt to cilvēku labklājību, kuri dzīvo pierobežas reģionos, t. i., vairāk nekā 40 % ES iedzīvotāju. Izvērtējumā tika konstatēti daži pierādījumi tam, ka Direktīva nodrošina papildu instrumentu, kas atvieglo veselības aprūpi pierobežas reģionos, jo pārrobežu veselības aprūpei nav nepieciešama iepriekšēja atļauja, lai nodrošinātu parastu ambulatoro ārstēšanu. Eiropas Robežreģionu asociācija secināja, ka Direktīvā paredzētais izmaksu atlīdzināšanas mehānisms parasti nav vēlamais risinājums, jo pārrobežu veselības aprūpes izmaksu avansa apmaksā darbojas kā atturošs līdzeklis<sup>57</sup>.

Vairāki reģionālie līgumi veselības aprūpes nozarē piedāvā sadarbības modeļus, kas palīdz pārvarēt finansiālos un administratīvos šķēršļus<sup>58</sup>. Ērti lietojama rokasgrāmata pacientiem<sup>59</sup>, ko izstrādājis Augšreinas reģions, ir VKP un veselības apdrošinātāju sadarbības labas prakses paraugs, kā sniegt skaidru informāciju, kas atbilst pacienta īpašajām vajadzībām.

Covid-19 pandēmija ir palielinājusi pārrobežu reģionālās sadarbības nozīmi. Vairākiem ES reģioniem bija būtiska loma Covid-19 krīzes laikā, nodrošinot vairāk nekā 300 intensīvās terapijas sniegšanas vietas un ārstēšanu, lai atvieglotu pārslogotās pārrobežu slimnīcas. Komisijas pamatnostādnes par ES ārkārtas palīdzību pārrobežu sadarbībā veselības aprūpes nozarē ievieša ES mēroga koordinācijas mehānismu un pievērta uzmanību pacientu tiesībām uz

---

<sup>55</sup> Eiropas Parlamenta un Padomes Regula (ES) 2021/2282 (2021. gada 15. decembris) par veselības aprūpes tehnoloģiju novērtēšanu un ar ko groza Direktīvu 2011/24/ES (OV L 458, 22.12.2021., 1. lpp.).

<sup>56</sup> <https://www.eunetha.eu/>.

<sup>57</sup> *AEBR* (2021), *Cross-border patient mobility in selected EU regions* [“Pacientu pārrobežu mobilitāte atsevišķos ES reģionos”], pieejams: [https://ec.europa.eu/health/publications/cross-border-patient-mobility-selected-eu-regions\\_en](https://ec.europa.eu/health/publications/cross-border-patient-mobility-selected-eu-regions_en).

<sup>58</sup> C(2020) 2153 final.

<sup>59</sup> <https://www.trisan.org/fr/outils/guide-de-mobilite-des-patients>.

izmaksu atlīdzināšanu, medicīnisko dokumentu pārsūtīšanu, aprūpes nepārtrauktību un receptšu atzīšanu, saņemot veselības aprūpi ārvalstīs. Izvērtējumā konstatēts, ka Direktīvas piemērošana varētu palīdzēt samazināt Covid-19 pandēmijas dēļ atlikto parastas un neatliekamas ārstniecības gadījumu milzīgo skaitu, ja pāri robežām, iespējams, ir pieejamas veselības aprūpes iespējas.

## 6. Izvērtējuma konstatējumi

Direktīva ir bijusi vidēji efektīva saistībā ar to, lai tiktu sasniegti tās mērķi atvieglot piekļuvi drošai un kvalitatīvai veselības aprūpei citā ES valstī. Direktīva ir sniegusi papildu juridisko skaidrību par pacientu tiesībām izmantot veselības aprūpes pakalpojumus jebkurā vietā ES, un tā joprojām ir svarīga, nodrošinot, lai tiktu aizsargāta veselības aprūpes pakalpojumu brīva aprīte, kā to interpretējusi Tiesa.

Izvērtējums parādīja, ka Direktīvā ir nostiprinātas svarīgas pacientu tiesības, piemēram, vienlīdzīga attieksme pret ES un vietējiem pacientiem. Ar to ir panākta konsekvēntāka pieeja ES līmenī pārrobežu veselības aprūpes izmaksu atlīdzināšanai ES pilsoņiem. Direktīva kopumā ir darbojusies kā pacientu tiesību virzītājspēks, palielinot ārstēšanas cenu pārredzamību un veicinot izmaiņas dažādās valstu veselības aprūpes sistēmās pacientu labā. ES pilsoņi izmanto savas tiesības un Direktīvā paredzētos izmaksu atlīdzināšanas mehānismus, lai gan šādu pilsoņu skaits joprojām ir neliels. Plaša sabiedrība ir guvusi lielu labumu no Direktīvas noteikumiem, ar ko reglamentē receptšu atzīšanu, tomēr joprojām pastāv dažas problēmas saistībā ar to, ka receptšu saturs ir citā valodā, kā arī saistībā ar receptšu pārbaudi un autentiskumu.

Direktīvas iespējas uzlabot piekļuvi pārrobežu veselības aprūpei joprojām aizkavē daži jautājumi. Tie citstarp ir šādi: zems informētības līmenis par pacientu tiesībām uz pārrobežu veselības aprūpi, nepietiekama informācija par pacientiem, nesamērīgs administratīvais slogs, neskaidrības par veselības aprūpes izmaksām ārvalstīs un to atlīdzināšanu. Pacientu organizācijas jo īpaši kritizē prasību pacientiem iepriekš apmaksāt ārstēšanu ārzemēs, apgalvojot, ka tas rada nevienlīdzību veselības aprūpes pieejamības ziņā. Tomēr saskaņā ar Direktīvu pacientiem ir jāsedz izmaksas avansā, jo tas ir vienīgais dzīvotspējīgais veids, kā dot pacientam tiesības izvēlēties valsts vai privātu veselības aprūpi citā ES valstī bez iepriekšēja apstiprinājuma, vienlaikus dodot pacientam tiesības uz izmaksu atlīdzināšanu līdz noteiktam līmenim, ko nosaka viņa veselības apdrošinātājs. Tādējādi pacientam tiek dota papildu iespēja saņemt pārrobežu veselības aprūpi, pārsniedzot sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinācijas noteikumus noteikto.

Sarežģītā juridiskā saistība starp Direktīvu un Regulu ir grūti izprotama plašākai sabiedrībai, un VKP un veselības apdrošinātājiem ir grūtības to izskaidrot pacientiem. Tajā pašā laikā atbildība par izdevīgākā ceļa izvēli bieži tiek atstāta pacientu ziņā un finansiālās sekas ir neskaidras. Tas rada šaubas par to, vai ir panākta skaidrība, piemērojot Direktīvas un Regulas noteikumus pacientu labā.

Direktīvai ir bijusi būtiska ietekme reto slimību jomā, izveidojot ERT, lai atbalstītu pacientu ar retām slimībām diagnostiku un ārstēšanu. ERT veicina zināšanu veidošanu un apmaiņu, kā arī

atbalsta klīnisko izpēti. Tomēr, lai nodrošinātu to ilgspējību ilgtermiņā, ir nepieciešami turpmāki uzlabojumi, lai integrētu ERT valstu veselības aprūpes sistēmās un izveidotu skaidrus ceļus pacientu piekļuvei ERT valsts līmenī. Turklāt ir nepieciešams papildus tehniski pilnveidot pacientu klīnisko datu pārvaldības sistēmu, kas atbalsta virtuālās medicīnas ekspertu grupas, un tas, ka ERT veselības aprūpes sniedzējiem, kuri iesaistās virtuālajās ekspertu grupās, nav atsevišķa rēķinu izrakstīšanas un izmaksu atlīdzināšanas mehānisma, ir šķērslis to sniegto pakalpojumu plašākai izmantošanai. Arī ES finansējuma plūsmas ERT atbalstam bija sarežģīti administrēt.

Komisija ar *Interreg* programmas atbalstu ir efektīvi sekmējusi pārrobežu reģionālo sadarbību veselības aprūpē. Kaut arī Direktīva tiek izmantota nolūkā papildināt citus pārrobežu veselības aprūpes mehānismus, ir pieejami ierobežoti dati par tās ietekmi uz pacientu mobilitāti pierobežas reģionos. Ieinteresētās personas saskatīja potenciālu iespēju Direktīvu izmantot kā mehānismu, kas ļauj samazināt atlikto ikdienas ārstēšanas gadījumu augošo skaitu.

Lai gan Direktīva neietilpst šā izvērtējuma tvērumā, tai ir bijusi izšķiroša nozīme saistībā ar to, lai tiktu padziļināta Eiropas veselības aprūpes sistēmu sadarbība veselības aprūpes tehnoloģiju novērtēšanas jomā, tāpēc 2021. gadā tika pieņemta atsevišķa regula un arī e-veselības jomā tāpēc tiks izveidota gaidāmā Eiropas veselības datu telpa.

Kopumā izvērtējumā tika konstatēts, ka, lai gan pacientu pārrobežu mobilitātes līmenis joprojām ir zems, Direktīva ir radījusi pievienoto vērtību un tās mērķi joprojām ir būtiski, lai nodrošinātu pacientu vajadzības piekļūt veselības aprūpei citā dalībvalstī. Direktīva ir bijusi īpaši noderīga, veicinot sadarbību starp veselības aprūpes sistēmām, jo īpaši reto slimību, e-veselības un veselības aprūpes tehnoloģiju novērtēšanas jomās.

Tomēr izvērtējumā norādītās problēmas liecina par to, ka Direktīvas mērķi pacientu labā vēl nav pilnībā sasniegti.

## **Secinājumi un turpmākā virzība**

Direktīvas potenciāla maksimāla palielināšana un dalībvalstu sadarbības stiprināšana pārrobežu veselības aprūpē būs nākamais posms Eiropas veselības savienības veidošanā.

Šis ziņojums un izvērtējuma rezultāti liecina, ka joprojām pastāv svarīgi problēmjasautājumi saistībā ar **Direktīvas konsekvētu piemērošanu dalībvalstīs**. Komisijas apkopotā jaunā informācija prasa izmeklēt valsts pasākumu atbilstību Direktīvas noteikumiem un tās proporcionalitātes un juridiskās noteiktības principiem. Tāpēc Komisija aicina dalībvalstis atkārtoti izvērtēt tādu valsts pasākumu nepieciešamību un proporcionalitāti, ar ko ierobežo pacientu piekļuvi pārrobežu veselības aprūpei un rada nevajadzīgu administratīvo slogu.

Komisija turpinās divpusējo apmaiņu ar dalībvalstīm, lai nodrošinātu Direktīvas īstenošanu, un, ja nepieciešams, darīs visu iespējamo, lai garantētu, ka dalībvalstis pilda savus pienākumus.

Turklāt Covid-19 pandēmija vērsa uzmanību uz to, cik liela nozīme ir kvalitātiem datiem, nodrošinot veselības aprūpes sistēmu efektīvu darbību. Komisija mudina dalībvalstis pildīt Direktīvā noteiktās juridiskās saistības attiecībā uz tādu **pacientu mobilitātes datu** sniegšanu, kas nepieciešami, lai uzraudzītu pacientu tiesību īstenošanu, un sniegt pierādījumus, ko var izmantot, veidojot turpmāko politiku pārrobežu veselības aprūpes jomā.

Pamatojoties uz izvērtējumā gūtajām atziņām, **Eiropas sadarbība varētu sniegt vēl lielāku atbalstu Direktīvas īstenošanai vairākos veidos**. Šajā ziņojumā ir izklāstītas darbības, kuru mērķis ir samazināt un vienkāršot procedūras, digitalizējot veselības aprūpi, kā arī palielināt informētību par pacientu tiesībām un uzlabot pacientu informēšanu, lai precizētu Direktīvas un Regulas mijiedarbību, aizsargātu ERT ilgtspējību, papildus atbalstītu pārrobežu sadarbību starp reģioniem un stiprinātu Direktīvas uzraudzību un izpildi<sup>60</sup>.

Digitālo tehnoloģiju izmantošana veselības aprūpē notika straujāk, reaģējot uz Covid-19 pandēmiju. Jaunu **digitālo rīku izmantošana pārrobežu veselības aprūpē**, piemēram, rēķinu digitalizācija, iepriekšējas atļaujas un izmaksu atlīdzināšanas pieprasījumi, varētu vienkāršot un samazināt administratīvo slogu, padarot piekļuvi pārrobežu veselības aprūpei vienkāršāku un lētāku. Digitālo risinājumu ieviešanai būs nepieciešamas darbības reģionālā, valsts un ES līmenī.

Pamatojoties uz Eiropas sadarbību e-veselības jomā, Komisija pieņēma priekšlikumu regulai par **Eiropas veselības datu telpu**, ar kuru paredzēts paplašināt e-veselības digitālo pakalpojumu infrastruktūru. Tas palīdzēs nodrošināt aprūpes nepārtrauktību ES pilsoņiem, ceļojot uz ārvalstīm. Pakāpeniska e-recepšu pakalpojumu ieviešana dalībvalstīs ļauj ES pilsoņiem vieglāk iegūt savus medikamentus ārvalstīs.

Direktīvai bija pozitīva loma pacientu tiesību nostiprināšanā, taču pacientiem šīs tiesības ir jāpārzina, lai viņi tās varētu pilnībā izmantot. Neraugoties uz VKP veiktajiem uzlabojumiem, ir jāpieliek lielākas pūles, lai **pacientiem, citstarp personām ar invaliditāti, uzlabotu lietošanas ērtumu un informācijas pieejamību**. Komisijas sagatavotā Pacientu rokasgrāmata un pamatprincipi nodrošina instrumentus, kurus var izmantot, lai atbalstītu VKP darbu, un tos vajadzētu plaši popularizēt. Komisija uzskata, ka VKP būtu jāsadarbojas ar pacientu organizācijām, veselības aprūpes speciālistiem un veselības apdrošinātājiem, lai veicinātu izpratni par pārrobežu veselības aprūpi un apvienotu spēkus, tādējādi samazinot administratīvo un emocionālo slogu pacientiem, kuri vēlas saņemt veselības aprūpi ārvalstīs. Turklāt lielākas **skaidrības nodrošināšana par Direktīvas saistību ar Regulu** un informācija par to, kā šīs shēmas darbojas, ir prioritāte, lai uzlabotu pacientu izvēli pārrobežu veselības aprūpē.

Eiropas references tīklu izveide ir mobilizējusi gan ievērojamas veselības aprūpes speciālistu saistības, gan veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju investīcijas reto slimību ārstēšanā. ERT izmantošana ļāva apmainīties ar ierobežotām zināšanām to pacientu labā, kuriem ir retas slimības. ERT iesaistīšanās reto slimību izpētē<sup>61</sup> ir izšķiroši svarīga, lai rastu risinājumus pacientiem, kuri saskaras ar diagnosticēšanas grūtībām vai kuriem nav ārstēšanas iespēju saistībā

---

<sup>60</sup> Pielikums "Turpmākās darbības nolūkā veicināt Direktīvas 2011/24/ES īstenošanu".

<sup>61</sup> [https://ec.europa.eu/info/research-and-innovation/research-area/health-research-and-innovation/rare-diseases\\_en](https://ec.europa.eu/info/research-and-innovation/research-area/health-research-and-innovation/rare-diseases_en).

ar kādu no aptuveni 6000–8000 retajām slimībām. **ERT ilgtspējīgas attīstības** nodrošināšanai ir vajadzīga dalībvalstu rīcība, ko atbalsta Komisija, lai **labāk integrētu ERT valsts veselības aprūpes sistēmās**. Tiek izstrādāti risinājumi, lai nodrošinātu ERT virtuālo konsultāciju grupu netraucētu darbību un tādējādi vairāk pacientu ar retām slimībām varētu saņemt ilgi gaidītās atbildes par savu diagnozi un ārstēšanu.

Covid-19 pandēmija parādīja, cik svarīga krīzes laikā ir Eiropas pārrobežu solidaritāte. Cilvēki pierobežas reģionos gūst lielu labumu no strukturētas reģionālās sadarbības veselības aprūpes nozarē ārkārtas situācijās un plānveida veselības aprūpē, koplietojot veselības aprūpes iestādes. Vairāki reģioni sniedz ierosmes un **labas prakses piemērus strukturētai sadarbībai starp veselības pārvaldēm, apdrošinātājiem un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem**, kas strādā kopā pāri robežām, lai pārvarētu atšķirības valstu veselības aprūpes sistēmās un nodrošinātu pacientu vajadzības.