

DYREKTYWY

DYREKTYWA KOMISJI (UE) 2016/1106

z dnia 7 lipca 2016 r.

zmieniająca dyrektywę 2006/126/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie praw jazdy

(Tekst mający znaczenie dla EOG)

KOMISJA EUROPEJSKA,

uwzględniając Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej,

uwzględniając dyrektywę 2006/126/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 20 grudnia 2006 r. w sprawie praw jazdy ⁽¹⁾, w szczególności jej art. 8,

a także mając na uwadze, co następuje:

- (1) Od czasu przyjęcia dyrektywy 2006/126/WE poszerzono wiedzę naukową na temat dolegliwości zdrowotnych wpływających na zdolność do kierowania pojazdami, zwłaszcza w odniesieniu do oceny zarówno zagrożeń dla bezpieczeństwa drogowego związanych z dolegliwościami zdrowotnymi, jak i skuteczności leczenia w ramach zapobiegania tym zagrożeniom.
- (2) Obecny tekst dyrektywy 2006/126/WE nie odzwierciedla już najnowszej wiedzy na temat chorób serca i naczyń krwionośnych, które to choroby albo stwarzają bieżące lub potencjalne ryzyko poważnego, nagłego zdarzenia upośledzającego zdolność do kierowania albo uniemożliwiają danej osobie bezpieczne zachowanie kontroli nad pojazdem bądź prowadzą do obydwu tych sytuacji.
- (3) Komitet ds. Praw Jazdy powołał grupę roboczą ds. kierowania pojazdami i chorób układu sercowo-naczyniowego w celu oceny zagrożeń dla bezpieczeństwa drogowego związanych z chorobami układu sercowo-naczyniowego z perspektywy aktualnej wiedzy medycznej oraz w celu opracowania odpowiednich wytycznych. Sprawozdanie ⁽²⁾ grupy roboczej pokazuje, dlaczego konieczne jest uaktualnienie przepisów dotyczących chorób układu sercowo-naczyniowego zawartych w załączniku III do dyrektywy 2006/126/WE. W sprawozdaniu proponuje się uwzględnić najnowsze ustalenia medyczne i wyraźnie wskazać, w przypadku jakich dolegliwości zdrowotnych kierowanie pojazdem powinno zostać dozwolone oraz w jakich sytuacjach nie należy wydawać prawa jazdy ani przedłużać jego terminu ważności. Ponadto sprawozdanie zawiera szczegółowe informacje na temat sposobu stosowania zaktualizowanych przepisów dotyczących chorób układu sercowo-naczyniowego przez właściwe organy krajowe.
- (4) Od czasu ostatniej aktualizacji przepisów dotyczących cukrzycy w załączniku III do dyrektywy 2006/126/WE w 2009 r. poczyniono postępy w zakresie wiedzy oraz metod diagnozowania i leczenia hipoglikemii. Grupa robocza ds. cukrzycy utworzona przez Komitet ds. Praw Jazdy uznała, że postępy te powinny zostać uwzględnione poprzez aktualizację tych przepisów, w szczególności w odniesieniu do znaczenia hipoglikemii występującej podczas snu i do czasu trwania zakazu prowadzenia pojazdów w związku z występowaniem ciężkiej nawracającej hipoglikemii w przypadku kierowców należących do grupy 1.
- (5) Aby odpowiednio uwzględnić indywidualne cechy każdej sytuacji i dostosować się odpowiednio do przyszłego rozwoju sytuacji w tych dziedzinach medycyny, państwom członkowskim należy umożliwić korzystanie przez właściwe krajowe organy medyczne z możliwości zezwolenia na kierowanie pojazdami w należycie uzasadnionych przypadkach.
- (6) Należy zatem odpowiednio zmienić dyrektywę 2006/126/WE.
- (7) Zgodnie ze wspólną deklaracją polityczną państw członkowskich i Komisji z dnia 28 września 2011 r. dotyczącą dokumentów wyjaśniających ⁽³⁾ państwa członkowskie zobowiązały się do złożenia, w uzasadnionych przypadkach, wraz z powiadomieniem o środkach transpozycji, jednego lub więcej dokumentów wyjaśniających związku między elementami dyrektywy a odpowiadającymi im częściami krajowych instrumentów transpozycyjnych.

⁽¹⁾ Dz.U. L 403 z 30.12.2006, s. 18.

⁽²⁾ *New Standards for Driving and Cardiovascular Diseases, Report of the Expert Group on Driving and Cardiovascular Diseases* (Nowe normy dotyczące kierowania pojazdami i chorób układu sercowo-naczyniowego, sprawozdanie grupy ekspertów ds. kierowania pojazdami i chorób układu sercowo-naczyniowego), Bruksela, październik 2013 r.

⁽³⁾ Dz.U. C 369 z 17.12.2011, s. 14.

(8) Środki przewidziane w niniejszej dyrektywie są zgodne z opinią Komitetu ds. Praw Jazdy,

PRZYJMUJE NINIEJSZĄ DYREKTYWĘ:

Artykuł 1

W załączniku III do dyrektywy 2006/126/WE wprowadza się zmiany zgodnie z załącznikiem do niniejszej dyrektywy.

Artykuł 2

1. Państwa członkowskie przyjmują i publikują, najpóźniej do dnia 1 stycznia 2018 r., przepisy ustawowe, wykonawcze i administracyjne niezbędne do wykonania niniejszej dyrektywy. Niezwłocznie przekazują Komisji tekst tych przepisów.

Państwa członkowskie stosują te przepisy od dnia 1 stycznia 2018 r.

Przepisy przyjęte przez państwa członkowskie zawierają odniesienie do niniejszej dyrektywy lub odniesienie takie towarzyszy ich urzędowej publikacji. Metody dokonywania takiego odniesienia określane są przez państwa członkowskie.

2. Państwa członkowskie przekazują Komisji tekst podstawowych przepisów prawa krajowego, przyjętych w dziedzinie objętej niniejszą dyrektywą.

Artykuł 3

Niniejsza dyrektywa wchodzi w życie dwudziestego dnia po jej opublikowaniu w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*.

Artykuł 4

Niniejsza dyrektywa skierowana jest do państw członkowskich.

Sporządzono w Brukseli dnia 7 lipca 2016 r.

W imieniu Komisji
Jean-Claude JUNCKER
Przewodniczący

ZAŁĄCZNIK

W załączniku III do dyrektywy 2006/126/WE wprowadza się następujące zmiany:

1) sekcja 9 („CHOROBY UKŁADU SERCOWO-NACZYNIOWEGO”) otrzymuje brzmienie:

„CHOROBY UKŁADU SERCOWO-NACZYNIOWEGO

9. Choroby układu sercowo-naczyniowego mogą prowadzić do nagłego upośledzenia funkcji mózgowych stanowiącego zagrożenie dla bezpieczeństwa drogowego. Choroby te stanowią podstawę dla ustanowienia czasowych lub stałych ograniczeń w zakresie kierowania pojazdem.
- 9.1. Prawa jazdy można wydawać lub przedłużać okres ich ważności w przypadku osób ubiegających się o nie lub kierowców należących do wskazanych grup wyłącznie po skutecznym wyleczeniu choroby i z zastrzeżeniem zgody lekarza specjalisty oraz, w stosownych przypadkach, prowadzenia regularnych kontroli medycznych, jeśli stwierdzono następujące choroby układu sercowo-naczyniowego:
- a) bradyarytmie (zaburzenia funkcji węzła zatokowego i zaburzenia przewodzenia) i tachyarytmie (arytmie nadkomorowe i komorowe) z przypadkami omdleń lub epizodów omdleniowych spowodowanymi arytmiami w wywiadzie (dotyczy grup 1 i 2);
 - b) bradyarytmie: zaburzenia funkcji węzła zatokowego i zaburzenia przewodzenia w połączeniu z blokiem przedsionkowo-komorowym II stopnia typu Mobitz II, blokiem III stopnia albo naprzemiennym blokiem odnóg pęczka Hisa (dotyczy wyłącznie grupy 2);
 - c) tachyarytmie (arytmie nadkomorowe i komorowe) w połączeniu
 - ze strukturalną chorobą serca oraz trwałym częstoskurczem komorowym (dotyczy grup 1 i 2), albo
 - z nietrwałym polimorficznym częstoskurczem komorowym, trwałym częstoskurczem komorowym lub ze wskazaniem do stosowania defibrylatora (dotyczy wyłącznie grupy 2);
 - d) objawy dusznicy bolesnej (dotyczy grup 1 i 2);
 - e) wszczepienie lub wymiana stałego rozrusznika serca (dotyczy wyłącznie grupy 2);
 - f) wszczepienie lub wymiana defibrylatora albo właściwy bądź niewłaściwy impuls defibrylatora (dotyczy wyłącznie grupy 1);
 - g) omdlenia (czasowa utrata przytomności i napięcia mięśniowego charakteryzujące się nagłym początkiem, krótkim trwaniem i spontanicznym powrotem do prawidłowego stanu, spowodowane całkowitą hipoperfuzją mózgu, prawdopodobnie powstającą spontanicznie, z nieznaną przyczyną, przy braku stwierdzonej choroby serca) (dotyczy grup 1 i 2);
 - h) ostry zespół wieńcowy (dotyczy grup 1 i 2);
 - i) stabilna dusznica bolesna, jeżeli objawy nie wystąpią przy niewielkim wysiłku fizycznym (dotyczy grup 1 i 2);
 - j) przeskórna interwencja wieńcowa (dotyczy grup 1 i 2);
 - k) zabieg pomostowania tętnic wieńcowych (dotyczy grup 1 i 2);
 - l) udar/przemijający atak niedokrwienny (dotyczy grup 1 i 2);
 - m) znaczne zwężenie tętnicy szyjnej (dotyczy wyłącznie grupy 2);
 - n) maksymalna średnica aorty przekraczająca 5,5 cm (dotyczy wyłącznie grupy 2);
 - o) niewydolność serca:
 - klasy I, II, III w skali NYHA (New York Heart Association)(dotyczy wyłącznie grupy 1),
 - klasy I i II w skali NYHA, pod warunkiem że frakcja wyrzutowa lewej komory wynosi co najmniej 35 % (dotyczy wyłącznie grupy 2);
 - p) przeszczep serca (dotyczy grup 1 i 2);

- q) urządzenie wspomagające pracę serca (dotyczy wyłącznie grupy 1);
 - r) operacja zastawek serca (dotyczy grup 1 i 2);
 - s) nadciśnienie złośliwe (podwyższenie skurczowego ciśnienia tętniczego ≥ 180 mmHg lub rozkurczowego ciśnienia tętniczego ≥ 110 mmHg związane z groźącym lub postępującym uszkodzeniem narządu) (dotyczy grup 1 i 2);
 - t) nadciśnienie tętnicze 3. stopnia (rozkurczowe ciśnienie tętnicze ≥ 110 mmHg i/albo skurczowe ciśnienie tętnicze ≥ 180 mmHg) (dotyczy wyłącznie grupy 2);
 - u) wrodzona wada serca (dotyczy grup 1 i 2);
 - v) kardiomiopatia przerostowa, jeżeli nie występują omdlenia (dotyczy wyłącznie grupy 1);
 - w) zespół długiego QT z omdleniami, Torsade des Pointes lub QTc > 500 ms (dotyczy wyłącznie grupy 1).
- 9.2. Prawa jazdy nie są wydawane ani nie jest przedłużany okres ich ważności w przypadku osób ubiegających się o nie lub kierowców należących do wskazanych grup, jeśli stwierdzono następujące choroby układu sercowo-naczyniowego:
- a) wszczepienie defibrylatora (dotyczy wyłącznie grupy 2);
 - b) choroba naczyń obwodowych – tętniak aorty piersiowej i brzusznej, kiedy maksymalna średnica aorty predysponuje do znacznego ryzyka nagłego pęknięcia i wystąpienia nagłej niezdolności do kierowania pojazdem (dotyczy grup 1 i 2);
 - c) niewydolność serca:
 - klasy IV w skali NYHA (dotyczy wyłącznie grupy 1),
 - klasy III i IV w skali NYHA (dotyczy wyłącznie grupy 2);
 - d) urządzenia wspomagające pracę serca (dotyczy wyłącznie grupy 2);
 - e) choroba zastawek serca łącznie z niedomykalnością zastawki aortalnej, zwężeniem zastawki aortalnej, niedomykalnością zastawki mitralnej lub zwężeniem zastawki mitralnej, jeśli stan funkcjonalny ocenia się na klasę IV w skali NYHA lub jeśli występowały epizody omdleniowe (dotyczy wyłącznie grupy 1);
 - f) choroba zastawek serca w niewydolności serca klasy III lub IV w skali NYHA lub przy frakcji wyrzutowej poniżej 35 %, zwężeniu zastawki mitralnej i ciężkim nadciśnieniu płucnym lub ciężkim zwężeniu zastawki aortalnej w obrazie EKG bądź zwężeniu zastawki aortalnej powodującym omdlenia; z wyjątkiem całkowicie bezobjawowego ciężkiego zwężenia zastawki aortalnej, jeżeli zostały spełnione wymogi próby wysiłkowej (dotyczy wyłącznie grupy 2);
 - g) strukturalne i elektryczne kardiomiopatie – kardiomiopatia przerostowa z przypadkami omdleń w wywiadzie lub jeżeli występują co najmniej dwie z następujących sytuacji: grubość ściany lewej komory serca > 3 cm, nietrwały częstoskurcz komorowy, historia nagłego zgonu w rodzinie (krewny pierwszego stopnia), ciśnienie tętnicze nie podnosi się w wyniku wysiłku fizycznego (dotyczy wyłącznie grupy 2);
 - h) zespół długiego QT z omdleniami, Torsade des Pointes i QTc > 500 ms (dotyczy wyłącznie grupy 2);
 - i) zespół Brugadów z omdleniami lub przeżyta nagłą śmiercią sercową (dotyczy grup 1 i 2).

Prawa jazdy można wydawać lub przedłużać okres ich ważności w wyjątkowych przypadkach, pod warunkiem że jest to należycie uzasadnione opinią lekarza specjalisty i podlega regularnym kontrolom medycznym gwarantującym, że dana osoba jest nadal zdolna do bezpiecznego kierowania pojazdem, z uwzględnieniem wpływu stanu zdrowia.

9.3. Inne kardiomiopatie

W przypadku osób ubiegających się o prawo jazdy lub kierowców, u których stwierdzono dobrze opisane kardiomiopatie (np. arytmogenna kardiomiopatia prawej komory, kardiomiopatia gąbczasta, polimorficzny częstoskurcz komorowy zależny od katecholamin i zespół krótkiego QT) lub nowe kardiomiopatie, które mogą zostać odkryte, ocenia się ryzyko wystąpienia nagłych zdarzeń uniemożliwiających kierowanie pojazdem. Wymagana jest staranna ocena przez lekarza specjalistę. Należy uwzględnić cechy prognostyczne dla poszczególnych kardiomiopatii.

9.4. Państwa członkowskie mogą ograniczyć wydawanie praw jazdy lub przedłużanie okresu ich ważności w przypadku osób ubiegających się o nie lub kierowców, u których stwierdzono inne choroby układu sercowo-naczyniowego.”;

2) w sekcji 10 („CUKRZYCA”) pkt 10.2 otrzymuje brzmienie:

„10.2. Osoba ubiegająca się o prawo jazdy lub kierowca cierpiący na cukrzycę leczoną lekami, które niosą ze sobą ryzyko wywołania hipoglikemii, wykazuje świadomość ryzyka hipoglikemii oraz odpowiednią kontrolę nad przebiegiem choroby.

Prawo jazdy nie wydaje się ani nie przedłuża okresu ich ważności w przypadku osób ubiegających się o nie lub kierowców mających niewystarczającą świadomość hipoglikemii.

Prawo jazdy nie wydaje się ani nie przedłuża okresu ich ważności w przypadku osób ubiegających się o nie lub kierowców, u których stwierdzono nawracającą ciężką hipoglikemię, chyba że zostaje to poparte opinią lekarza specjalisty i regularnymi kontrolami medycznymi. W przypadku nawracającej ciężkiej hipoglikemii w porze czuwania prawo jazdy nie wydaje się ani nie przedłuża okresu ich ważności przez okres 3 miesięcy od ostatniego takiego epizodu.

Prawo jazdy można wydawać lub przedłużać okres ich ważności w wyjątkowych przypadkach, pod warunkiem że jest to należyście uzasadnione opinią lekarza specjalisty i podlega regularnym kontrolom medycznym gwarantującym, że dana osoba jest nadal zdolna do bezpiecznego kierowania pojazdem, z uwzględnieniem wpływu stanu zdrowia.”.
