

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MANAGEMENT

MAGISTRSKA NALOGA

NIVES MAZEJ-ZILLI

KOPER, 2017

2017

MAGISTRSKA NALOGA

NIVES MAZEJ-ZILLI

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MANAGEMENT

Magistrska naloga

URESNIČEVANJE PACIENTOVIH PRAVIC DO ČEZMEJNEGA
ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V EVROPSKI UNIJI

Nives Mazej-Zilli

Koper, 2017

Mentor: izr. prof. dr. Valentina Franca

POVZETEK

Magistrska naloga obravnava problem uresničevanja pacientovih pravic pri čezmejnem zdravstvenem varstvu v Evropski uniji. Sistemi zdravstvenega varstva se med posameznimi članicami Evropske unije razlikujejo, kar pomeni, da na strani pravic ni enakih predpisov, kot so doma. Tako se na strani pacienta pred uresničevanjem pravic postavljajo številna vprašanja. V ta namen sta v nalogi analizirana nacionalna pravna ureditev in tudi evropski pravni red, ki ga morajo države članice Evropske unije upoštevati pri uresničevanju pravic. Na podlagi opravljene raziskave smo ugotovili, da pacienti svoje pravice do zdravstvenega varstva še vedno raje uresničujejo v matični državi kot pa v drugih državah Evropske unije. Na to vplivajo številni dejavniki, kot so zadovoljstvo z zdravljenjem v matični državi, jezikovne prepreke, nepripravljenost pacientov na potovanje, zapletene upravne zahteve, predhodne odobritve zdravljenja in podobno.

Ključne besede: čezmejno zdravstveno varstvo, mobilnost pacientov, zdravljenje v tujini, uresničevanje pacientovih pravic, Evropska unija.

SUMMARY

Master's thesis addresses the problem of the realization of patients' rights in cross-border healthcare in the European Union. Healthcare systems from EU Member States are different, which means that patients' rights are not the same as they are at home. Thus, on the side of the patient prior to the exercise of rights raises many questions. To this end, the thesis analyzed the national legal system, as well as European law, which Member States of the European Union have to take into account in exercising their rights. Based on the research we found that patients of their rights to health care still prefer to exercise at home, rather than in other countries of the European Union, which is influenced by many factors such as satisfaction with treatment at home, language barriers, the reluctance of patients to travel, complicated administrative requirements, prior authorization of treatment and so on.

Key words: cross border healthcare, patient mobility, treatment abroad, realization of patients' rights, European Union

UDK: 34:61:061.1EU(043.2)

VSEBINA

1	Uvod.....	1
1.1	Opredelitev problema in teoretičnih izhodišč	1
1.2	Namen in cilji magistrskega dela	3
1.3	Metodologija dela	5
1.4	Predpostavke in predvidene omejitve	5
1.5	Struktura magistrske naloge	6
2	Opredelitev čezmejnega zdravstvenega varstva in mobilnosti pacientov	7
3	Pravna ureditev uresničevanja pacientovih pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva v evropski uniji	10
3.1	Pravni red Evropske unije	11
3.2	Domači pravni viri	17
3.3	Sklepne ugotovitve poglavja	22
4	Uresničevanje pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva v Evropski uniji	25
4.1	Obseg, način uresničevanja zdravstvenih storitev	25
4.2	Predhodna odobritev zdravljenja v tujini	27
4.3	Postopek odločanja o pravici do zdravljenja v tujini	31
4.4	Pravica do povračila stroškov zdravstvenih storitev, uveljavljenih v drugi državi članici Evropske unije	33
4.5	Obrnjena diskriminacija	38
4.6	Uveljavljanje zdravstvenih storitev pacientov iz drugih držav članic Evropske unije	40
4.7	Sklepne ugotovitve poglavja	41
5	Sodna praksa Evropskega sodišča	44
5.1	Sodbe Sodišča Evropske unije	44
5.2	Sklepne ugotovitve poglavja	55
6	Ugotovitve in priporočila	58
7	Sklep.....	61
	Literatura in viri.....	65
	Pravni viri	70

SLIKE

Slika 1: Razlogi uresničevanja pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva v Evropski uniji. 8

Slika 2: Razlogi, zakaj zavarovana oseba ne uresničuje svoje pravice do čezmejnega zdravstvenega varstva 36

KRAJŠAVE

EESSI	Elektronska izmenjava informacij socialne varnosti
PDEU	Pogodba o delovanju Evropske unije
POZZ	Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja
RS	Republika Slovenija
ZUP	Zakon o splošnem upravnem postopku
ZZVZZ	Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
OZ	Obligacijski zakonik
ZPacP	Zakon o pacientovih pravicah

1 UVOD

1.1 Opredelitev problema in teoretičnih izhodišč

Zdravstveni sistemi Evropske unije so vse bolj povezani, zato je tudi zdravstveno varstvo pacientom dostopno po vsej uniji. Zdravstveni delavci se zaposlujejo v različnih državah članicah Evropske unije (Hojnik 2014, 172). Opredelitev pojma čezmejno zdravstveno varstvo najdemo v Direktivi 2011/24/EU Evropskega parlamenta in sveta o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (Direktiva 2011/24/EU, Uradni list EU, št. L 88/45) ter v osnovi pomeni tisto zdravstveno varstvo, ki se zagotovi ali predpiše v državi članici, ki ni država članica zdravstvenega zavarovanja.

Čezmejno zdravstveno varstvo zajema mobilnost pacientov, mobilnost strokovnjakov na področju zdravstvenega varstva in zagotavljanje zdravstvenega varstva v drugi državi. Sodbe Sodišča Evropske unije so že večkrat obravnavale problem pravic pacientov, in sicer da poiščejo zdravljenje drugje ter da jim sistemi nacionalnega zdravstvenega zavarovanja obenem povrnejo stroške zdravljenja (Evropski parlament 2007). O mobilnosti pacientov govorimo, ko zavarovane osebe, ki se začasno ali stalno nahajajo na ozemlju druge države Evropske unije in v skladu z nacionalno zakonodajo ter evropskim pravnim redom uveljavljajo zdravstvene storitve v določenem obsegu (Ministrstvo za zdravje 2014a).

V državah Evropske unije so bili v zadnjih desetih letih, oblikovani številni nacionalni in mednarodni dokumenti, ki v obliki deklaracij, listin ali zakonov opredeljujejo ter uveljavljajo pravice pacientov. S širjenjem Evropske unije (2004) je trend po uzakonitvi teh pravic še pridobil veljavo. Pravna urejenost pravic bolnikov po zgledu človekovih oziroma državljanskih pravic vse bolj predstavlja merilo in standard urejenosti ter kakovosti javnih sistemov zdravstvenega varstva posameznih evropskih držav oziroma držav Evropske unije (Kramberger 2007, 111). Kakor nadaljuje avtor, kodifikacija pravic evropskih mobilnih pacientov tako dobiva posebej pomembno težo z omogočanjem pravic tako imenovanih »mobilnih evropskih pacientov« v razširjeni Evropski uniji. Na socialnem področju se na ravni Evropske unije izvajajo aktivnosti oziroma ukrepi za razvoj »pravnega reda Evropske unije«.

Omeniti velja, da si Evropska komisija prizadeva razviti evropski steber socialnih pravic, ki bo upošteval hiter razvoj in spreminjajoče se razmere evropske družbe ter tako zagotovil socialno politiko držav članic Evropske unije, ki ustreza potrebam 21. stoletja. Njegova vzpostavitev daje možnost za celovito obravnavo obstoječih socialnih pravic in prenovo »pravnega reda Evropske unije«. V ta namen je Evropska komisija odprla javno razpravo o evropskem stebru socialnih pravic in s tem pozvala socialne partnerje Evropske unije, da aktivno sodelujejo pri oblikovanju stebra (Evropska komisija 2016). Področje socialnih pravic zajema tudi pravice zdravstvenega varstva. Predlog evropskega stebra socialnih pravic je v

začetni fazi, zato predloga v tej nalogi ne bomo analizirali. Prav tako to presega tudi namen naloge.

Iz Pogodbe o delovanju Evropske unije (PDEU, Uradni list EU, št. C 326/1) je mogoče razbrati, da je zdravje med najvišjimi vrednotami Evropske unije. Zato zdravljenje in odpravljanje škodljivih posledic bolezni ter poškodb ni le v zasebnem, temveč tudi v javnem interesu (Strban 2014, 92). To potrjuje tudi sprejem dveh pravnih dokumentov, in sicer Direktive 2011/24/EU ter Uredbe (ES) št. 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (Uredba (ES) št. 883/2004, Uradni list EU, št. L 166). Z razvojem evropskega stebra socialnih pravic bo Evropska komisija vzpostavila okvir za zmanjševanje razlik znotraj Evropske unije. Prevetrila bo obstoječi »pravni red« Evropske unije in s tem posodobila ter razširila obstoječe socialne pravice.

Z vidika Republike Slovenije (RS) je implementacija Direktive 2011/24/EU v slovensko zakonodajo pacientom omogočila čezmejno zdravljenje brez predhodne odobritve Zavoda za zdravstveno varstvo Slovenije (ZZZS), razen v izjemnih primerih (Rataj 2015, 64). Zdravstveno varstvo, za katero se lahko zahteva predhodna odobritev, Direktiva 2011/24/EU podrobneje ureja v svojem 8. členu. O vseh omejitvah mora država članica Evropske unije tudi uradno obvestiti Evropsko komisijo. Drugi dokument je Uredba (ES) št. 883/2004, ki zagotavlja uveljavljanje zdravstvenih storitev v drugi državi članici Evropske unije na podlagi predhodne odobritve pristojnega nosilca. Za izvedbo njenih pravil je bila sprejeta tudi izvedbena Uredba (ES) št. 987/2009 o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 (Uredba (ES) št. 987/2009, Uradni list EU, št. L 284). S prenosom direktive in s sprejetjem uredb je na področju slovenske zdravstvene zakonodaje v zadnjih letih prišlo do sprememb ter dopolnitev.

Ustava RS (Uradni list RS, št. 33/1991-I, 42/1997, 66/2000, 24/2003, 69/2004, 68/2006, 47/2013 in 75/2016) v svojem 51. členu dopušča urejanje pravice do zdravstvenega varstva samo z zakonom, medtem ko se lahko podrobnosti njegovega izvrševanja določijo s podzakonskimi akti (Strban 2012, 1532). Temeljni zakon, ki v RS ureja pravico do čezmejnega zdravstvenega varstva, je Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ, Uradni list RS št. od 72/2006 do 47/2015-ZZSDT). Podrobneje pravico do zdravljenja v tujini urejajo Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (POZZ, Uradni list RS št. od 30/2003 do 85/2014). Minister, pristojen za zdravje, je na podlagi Direktive 2011/24/EU izdal Odredbo o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev (Uradni list RS, št. 6/2014) kot pogoj za povračilo stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva. Eden od razlogov za zavrnitev predhodne odobritve je nepresežena najdaljša dopustna čakalna doba pri vsaj enem izvajalcu v RS glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe. Pri tem se pojavi vprašanje, ali je takšna ureditev ustrezna oziroma dopustna. Čakalno dobo podrobneje ureja Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in načinu vodenja čakalnih seznamov (Uradni list RS, št.

63/2010). Novost, ki jo je v našo zakonodajo prinesla Direktiva 2011/24/EU, je ustanovitev nacionalne kontaktne točke za čezmejno zdravstveno varstvo, ki deluje pod okriljem ZZS in pacientom zagotavlja informacije o čezmejnem zdravstvenem varstvu. Nova zakonodaja naj bi tako pacientom Evropske unije olajšala dostop do informacij o zdravstvenem varstvu v drugi državi članici Evropske unije in s tem zagotovila več možnosti za zdravljenje (Evropska komisija 2013).

Sistemi zdravstvenega varstva se v posameznih državah članicah Evropske unije med seboj razlikujejo, kar pomeni, da na strani pravic ni več istih predpisov, kot so doma. Standardna košarica storitev ni enaka, cene so različne, storitve same se razlikujejo po vsebini, obsegu in kakovosti. Izvajalci zdravstvenega varstva so različnih statusnih in lastniških značilnosti. Zdravstvene storitve, ki spadajo med pravice obveznega zdravstvenega zavarovanja in so plačane iz javnih sredstev v matični državi, v drugi državi članici Evropske unije morda niso zajete v obvezno zdravstveno zavarovanje, temveč so plačane iz zasebnih sredstev. Za pacienta je lahko storitev, ki jo uresničuje zunaj matične države po svojih zdravstvenih in finančnih značilnosti, precej drugačna od tiste, ki bi jo prejel v matični državi. Vse te razlike imajo tudi ekonomski in finančni odraz ter lahko pacientu predstavljajo oviro pri uresničevanju pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva (Kidrič b. 1., 2). Na strani pacienta se tako pred uresničevanjem pravic čezmejnega zdravstvenega varstva postavljajo številna pomembna vprašanja, kot so: kakšni so obseg, način in postopek uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev v tujini ali uveljavljati pravice po Uredbi (ES) št. 883/2004 ali po Direktivi 2011/24/EU, kdaj je potrebna predhodna odobritev zdravstvenih storitev, kako je s plačilom povrnitve stroškov zdravljenja, kadar pacient sam plača zdravstvene storitve v tujini, kdo vse je upravičen do čezmejnega zdravstvenega varstva, kako je s kakovostjo zdravstvenih storitev in podobno. Glede na zgoraj navedeno problematiko smo se v nalogi osredotočili na problem uresničevanja pacientovih pravic pri čezmejnem zdravstvenem varstvu v Evropski uniji. V ta namen smo preučili in analizirali pravno ureditev, ki ureja področje čezmejnega zdravstvenega varstva tako na nacionalni ravni kot na ravni Evropske unije. Prikazali in analizirali smo obstoječo sodno prakso Sodišča Evropske unije o uresničevanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu. Sodna praksa Sodišča Evropske unije je rešila marsikatero vprašanje, s tem pa se je posledično prosto opravljanje zdravstvenih storitev močno približalo posameznikom. Vendar to še vedno ni dovolj, da bi se posamezniki zavedali pravic in tudi dolžnosti, ki izhajajo iz ureditve tega področja (Knez 2014, 121).

V magistrski nalogi smo se torej osredotočili na problem uresničevanja pacientovih pravic pri čezmejnem zdravstvenem varstvu.

1.2 Namen in cilji magistrskega dela

Na območju Evropske unije je pravna ureditev pacientovih pravic razmeroma mlada, saj so njihove pravice postale prepoznavne šele v zadnjih dvajsetih letih (Trošt Krušec 2013, 33).

Zato je namen magistrske naloge celovito prikazati in analizirati temeljne pacientove pravice, ki izhajajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, na področju čezmejnega zdravstvenega varstva, izhajajoč iz ureditve v RS. Na tem izhodišču so oblikovani naslednji cilji magistrske naloge:

- opredeliti pojem čezmejnega zdravstvenega varstva in mobilnosti pacientov v Evropski uniji;
- preučiti in analizirati veljavno zakonodajo ter postopke v RS pri uresničevanju pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva;
- prikazati in analizirati odločitve Sodišča Evropske unije, ki so razjasnile pravni položaj pacienta;
- ugotoviti in opozoriti na pravne neskladnosti ter pravne praznine pri uresničevanju pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva.

Pri uresničevanju pravic morajo države članice Evropske unije upoštevati evropski pravni red in nacionalno zakonodajo. Direktiva 2011/24/EU je do določene mere poenotila politiko Evropske unije na področju zdravja, vendar se sistemi zdravstvenega varstva med posameznimi državami razlikujejo. Na tej podlagi smo oblikovali tri raziskovalna vprašanja.

Prvo raziskovalno vprašanje se glasi: »Kateri pravni akti v RS urejajo pravni položaj pacientov, pri uresničevanju pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva?« V magistrski nalogi smo preučili in analizirali veljavno zakonodajo v RS pri uresničevanju pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva in na ta način predstavili pogoje, obseg, način ter postopek uveljavljanja pravic do čezmejnih zdravstvenih storitev; ugotovili, ali je takšna ureditev ustrezna oziroma dopustna, in opredelili, kako ravnati v primeru uveljavljanja zdravstvenih storitev pacientov iz drugih držav članic Evropske unije.

Zanimalo nas bo tudi, ali so zavarovane osebe, ki uresničujejo pravice do čezmejnega zdravstvenega varstva, v slabšem oziroma boljšem položaju kot zavarovane osebe, ki uveljavljajo pravice doma. Glede na navedeno smo si zastavili drugo raziskovalno vprašanje: »V katerih primerih, kot so plačilo zdravstvenih storitev, uresničevanje pravic pri izvajalcih različnih statusnih in lastniških značilnosti, predhodna odobritev ter kakovost zdravstvenih storitev, se položaj zavarovane osebe, ki uresničuje pravice do čezmejnega zdravstvenega varstva, razlikuje od položaja zavarovane osebe, ki uveljavlja pravice doma?« V okviru tega raziskovalnega vprašanja smo ugotovili ovire pri uresničevanju pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva oziroma prepoznali dejavnike, zaradi katerih imajo zavarovane osebe zadržke pri uresničevanju pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva.

Pri uresničevanju pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva je pomembna tudi obveščenost pacientov o čezmejnem zdravstvenem varstvu. Implementacija Direktive 2011/24/EU je v zdravstveno zakonodajo prinesla ustanovitev Nacionalne kontaktne točke za čezmejno

zdravstveno varstvo v vsaki državi članici Evropske unije. Glede na navedeno se nam postavlja tretje raziskovalno vprašanje: »Kakšen je obseg povračil stroškov zdravljenja zavarovanih oseb RS v drugih državah članicah Evropske unije?« V okviru tega raziskovalnega vprašanja smo ugotovili dejanski obseg povračil stroškov čezmejnega zdravljenja zavarovanih oseb v RS in v povezavi s tem obseg mobilnosti pacientov v druge države članice Evropske unije.

1.3 Metodologija dela

Pri pisanju magistrskega dela smo uporabljali različne kvalitativne metode raziskovanja, ki so značilne v družboslovnem raziskovanju. V teoretičnem delu so opredeljeni temeljni pojmi čezmejnega zdravstvenega varstva in mobilnosti pacientov. Glavna metoda raziskovanja je analiza sekundarnih dokumentov. Uresničevanje pravic pacientov do čezmejnega zdravstvenega varstva je obravnavano tako v evropskem pravnem redu (predvsem v PDEU, Uredbi (ES) št. 883/2004 in v Uredbi (ES) št. 987/2009 ter Direktivi 2011/24/EU) kot tudi v nacionalnem pravnem redu (Ustava RS, ZZZVZZ, POZZ, Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o vodenju čakalnih seznamov in Odredba o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev). Pri analizi dokumentov smo preučili domačo in tujo strokovno ter znanstveno pravno literaturo. Povzeli smo ugotovitve domačih in tujih avtorjev ter pregledali tudi ostale dostopne vire s tega področja, kot so izsledki raziskav Eurobarometra in Evropske komisije, podatke, zbrane s strani ZZZS, in podobno.

Na koncu smo v zaključeno celoto povezali rezultate že obstoječih raziskav in pogledov različnih tujih ter domačih avtorjev in predstavili odgovore na raziskovalna vprašanja.

1.4 Predpostavke in predvidene omejitve

Izhajali smo iz predpostavke, da se pacienti pri uresničevanju svojih pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva srečujejo s številnimi ovirami. Predpostavljamo, da je dejanski obseg javne porabe v RS za čezmejno zdravstveno varstvo zanemarljiv, čeprav po drugi strani pričakujemo, da se bo trend povečevanja odliva slovenskih zavarovanih oseb v tujino še naprej nadaljeval. V magistrski nalogi smo se omejili na problem uresničevanja pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva v RS, in sicer na splošno. Prikazali in analizirali smo del sodne prakse sodišča. Omejili smo se na odločitve sodišča Evropske unije, ki so obsežna, medtem ko se slovenska sodna praksa šele razvija.

1.5 Struktura magistrske naloge

Prvo poglavje naloge zajema opredelitev problema in teoretičnih izhodišč. Osrednja tema naloge je uresničevanje pacientovih pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva v Evropski uniji. V tem poglavju predstavimo namen in cilje naloge, ki jih želimo doseči s pomočjo postavljenih raziskovalnih vprašanj. V drugem poglavju so opredeljeni osnovni pojmi, kot sta čezmejno zdravstveno varstvo in mobilnost pacientov. Opredelitev osnovnih pojmov bo pripomogla k lažjemu razumevanju teme magistrske naloge. Tretje poglavje zajema predstavitev pravne ureditve na področju uresničevanja pacientovih pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva, v Evropski uniji. Predstavljena je tako pravna ureditev Evropske unije kot tudi nacionalna pravna ureditev. V četrtem poglavju smo se osredotočili in podrobneje analizirali veljavno zakonodajo RS pri uresničevanju pacientovih pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva. Na ta način smo predstavili obseg, način in pogoje uresničevanja zdravstvenih storitev, postopek odločanja o pravici do zdravljenja v tujini, pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev, obrnjeno diskriminacijo ter uresničevanje zdravstvenih storitev pacientov iz drugih držav članic Evropske unije. V petem poglavju je prikazana in analizirana pomembnejša sodna praksa Sodišča Evropske unije, ki je razjasnila marsikatero vprašanje s področja uresničevanja pacientovih pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva. V šestem poglavju smo podali naše ugotovitve in priporočila ter v sklepnem delu odgovorili na zastavljena raziskovalna vprašanja in podali možnosti za nadaljnjo raziskovanje.

2 OPREDELITEV ČEZMEJNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IN MOBILNOSTI PACIENTOV

V Evropski uniji se zdravstveni sistemi in zdravstvene politike vse bolj povezujejo. Zdravstveno varstvo je pacientom dostopno v vsej Evropski uniji. Pacientova pričakovanja glede koriščenja zdravstvenih storitev so vse večja, zdravstveni delavci se zaposlujejo v različnih državah Evropske unije, razvijajo se nove zdravstvene tehnologije (Evropska komisija b. 1. b). Evropska komisija bo za vzpostavitev učinkovitih socialnih politik, ki ustrezajo potrebam 21. stoletja, razvila evropski steber socialnih pravic. Steber naj bi pripomogel k posodobitvi obstoječega »pravnega reda« Evropske unije in s tem socialnih pravic (Evropska komisija 2016).

Opredelitev pojma »čezmejno zdravstveno varstvo« v svojih splošnih določbah opredeljuje Direktiva 2011/24/EU in v osnovi pomeni zdravstveno varstvo, ki se zagotavlja ali predpiše v državi članici, ki ni država članica zdravstvenega zavarovanja.

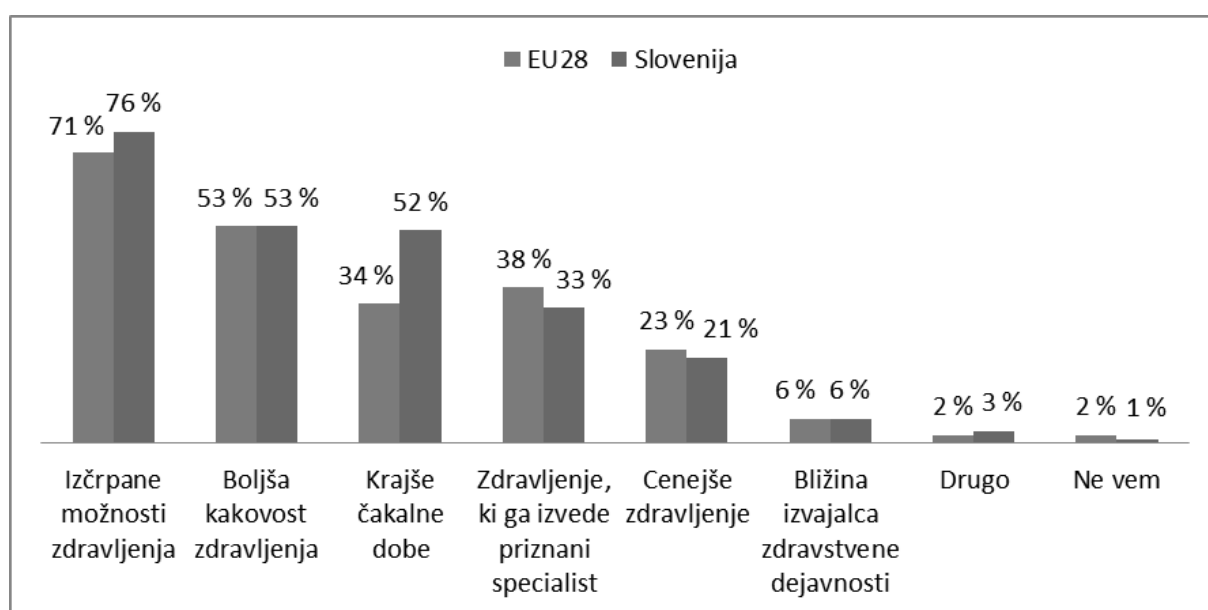
Čezmejno zdravstveno varstvo se ne nanaša le na paciente, ki se premikajo med državami članicami Evropske unije, ampak vključuje tudi mobilnost zdravstvenih delavcev na področju zdravstvenega varstva in zagotavljanje zdravstvenega varstva v drugi državi članici Evropske unije. Prav tako lahko čezmejno zdravstveno varstvo vključuje sodelovanje med izvajalci zdravstvenih storitev in pristojnimi finančnimi ustanovami. Vse bolj se uveljavlja praksa, kjer posamezni zdravniki in bolnišnice v različnih državah članicah Evropske unije med seboj sodelujejo (Wismar idr. 2011, 2). Pri sodelovanju torej ne gre le za paciente, ki se premikajo med državami članicami Evropske unije, ampak tudi za mobilnost zdravstvenih delavcev, kakor tudi za medsebojno povezovanje zdravstvenih sistemov, razvoja informacijske in komunikacijske tehnologije ter izmenjavo in prenašanje strokovnega znanja (Evropska komisija 2006, 6).

V Evropski uniji postaja čezmejno zdravstveno varstvo vse bolj izrazit pojav. Pri uresničevanju svojih pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva pacienti postajajo vse bolj ozaveščeni. Na obveščenost pacientov vpliva več dejavnikov in akterjev, vključno z internetom, mednarodno usposobljenimi zdravstvenimi delavci in tako naprej. Čeprav se pripravljenost na uresničevanje pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva med državami članicami in tudi znotraj socialnih skupin pogosto razlikuje, je mobilnost pacientov velikokrat motivirana z nezadovoljstvom zagotavljanja zdravstvenega varstva v matični državi in izkušnjami, ki vključujejo pomanjkljivosti v zdravstvenem sistemu doma (Wismar idr. 2011, 1).

O mobilnosti pacientov govorimo, ko zavarovane osebe, ki se začasno ali stalno nahajajo na ozemlju druge države Evropske unije in v skladu z nacionalno zakonodajo ter evropskim pravnim redom, uveljavljajo zdravstvene storitve v določenem obsegu (Ministrstvo za zdravje

2014a). Velika večina pacientov v Evropski uniji daje prednost uresničevanju zdravstvenega varstva v svoji matični državi. Nekateri pacienti se vseeno želijo zdraviti v tujini. Razlogi za to so lahko različni bodisi zaradi drugačnega načina zdravljenja bodisi zaradi bližine svojih družinskih članov, ki bivajo v drugi državi članici (Ministrstvo za zdravje 2013).

Na pobudo Evropske komisije je bila v 28 državah Evropske unije izvedena raziskava, v katero je bilo zajetih 27.868 anketirancev iz različnih socialnih in demografskih skupin. Uporabljena je bila metoda osebnega anketiranja v materinem jeziku. V RS je bilo v raziskavo vključenih 1.055 anketirancev. Eno izmed vprašanj, ki je bilo zastavljeno anketirancem, to je prebivalcem Evropske unije, v raziskavi Special Eurobarometra 425 v letu 2015, se je nanašalo na razloge, zaradi katerih bi se zavarovane osebe odločile za zdravljenje v drugi državi članici Evropske unije (kakor kaže slika 1).



Slika 1: Razlogi uresničevanja pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva v Evropski uniji

Vir: Special Eurobarometer 425, 2015.

Dejanska realizacija pravic slovenskih zavarovanih oseb do čezmejnega zdravstvenega varstva ne glede na razlog je po podatkih ZZZS (2015) še vedno majhna. Mobilnost pacientov ostaja v deležu skupnih odhodkov ZZZS nizka. Razlogov za majhno mobilnost pacientov pri načrtovanem zdravstvenem varstvu je po podatkih Evropske komisije (2015a) več. Lahko gre za jezikovne prepreke, nepripravljenost pacientov na potovanje, zapletene upravne zahteve, predhodne odobritve zdravljenja, razlike v cenah zdravstvenih storitev med državami članicami Evropske unije in podobno.

Zdravljenje v drugi državi članici Evropske unije je tako prej izjema kot pravilo. Pacienti na splošno, kadar je to mogoče, dajejo prednost zdravljenju v domačem okolju, vendar so življenjske situacije in s tem tudi potrebe ljudi spremenljive. Migracije ljudi se v svetu povečujejo, kar vpliva tudi na povečan pretok ljudi znotraj Evropske unije. Kljub temu je pretok pacientov med državami članicami še vedno omejen (Ministrstvo za zdravje 2013).

Mobilnost pacientov v Evropski uniji leži med dvema izhodiščema, in sicer med usklajevanjem socialne varnosti in spoštovanjem različnosti sistema socialne varnosti na eni strani ter gospodarske svoboščine prostega pretoka blaga in storitev na drugi strani. Pacient lahko pri uresničevanju pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva ob predpostavki, da mu je bilo omogočeno pridobiti popolne in nepristranske informacije o številnih vprašanjih, izbere eno od obeh možnosti. Jasno je, da je povezava med pravom socialne varnosti, ki temelji na prostem pretoku gospodarskih svoboščin in uresničevanju pravice do čezmejnega zdravstvenega varstva, precej kompleksna (Strban 2013, 406).

V RS je ključnega pomena, da ob upoštevanju nacionalne zakonodaje in evropskega pravnega reda, ki omogoča dostop pacientom do varnega ter kakovostnega čezmejnega zdravstvenega varstva, čim bolj izkoristimo priložnosti za naše čezmejno zdravstveno varstvo. To velja predvsem za čezmejno sodelovanje na področju vzpostavitve evropskih referenčnih centrov, izboljšanje obravnave pacientov z redkimi boleznimi, na področju izmenjave informacij in prenosu strokovnega znanja, pri vrednotenju zdravstvene tehnologije, kot je na primer e-zdravje, ter priznavanju receptov, izdanih v drugi državi članici Evropske unije. Čezmejno sodelovanje je treba razumeti kot novo poslovno priložnost za slovenske izvajalce zdravstvene dejavnosti (Ministrstvo za zdravje 2016).

Povezovanje zdravstvenih politik in razvoj informacijske ter komunikacijske tehnologije pacientom omogočata uresničevanje oziroma dostop do varnega in kakovostnega čezmejnega zdravstvenega varstva. Na splošno daje večina pacientov prednost uresničevanju zdravstvenega varstva v matični državi, kar pomeni, da je zdravljenje v drugi državi članici Evropske unije prej izjema kot pravilo. Na majhno mobilnost pacientov lahko vplivajo različni dejavniki, kot so jezikovne prepreke, nepripravljenost pacientov na potovanje, zapletene upravne zahteve in tako dalje. Mobilnost pacientov je pogostokrat motivirana s pomanjkljivim zagotavljanjem zdravstvenega varstva v matični državi. Kakor smo že omenili pri sliki 1, je najpogostejši razlog, zaradi katerega bi zavarovane osebe v državah članicah Evropske unije uresničevale svoje pravice do čezmejnega zdravstvenega varstva znotraj Evropske unije, izčrpane možnosti zdravljenja v matični državi. Pri uresničevanju pravic čezmejnega zdravstvenega varstva je treba spoštovati načelo prostega pretoka blaga in storitev kakor tudi različnost sistemov socialne varnosti. Ključnega pomena je, da v RS ob upoštevanju nacionalne zakonodaje in evropskega pravnega reda čim bolj izkoristimo priložnosti za naše čezmejno zdravstveno varstvo.

3 PRAVNA UREDITEV URESNIČEVANJA PACIENTOVIH PRAVIC DO ČEZMEJNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V EVROPSKI UNIJI

Pravni red Evropske unije je z vstopom RS v Evropsko unijo postal sestavni del slovenske zakonodaje. Pravo Evropske unije je poseben mednarodni pravni sistem, ki deluje vzporedno s pravom držav članic Evropske unije. Neposredno vpliva na pravni sistem držav članic, prav tako ima prednost oziroma primat na mnogih področjih, zlasti na področju ekonomske in socialne politike. Primarnost pravnih virov pomeni, da so nacionalne ureditve držav članic Evropske unije podrejene pravilom, sprejetim na ravni Evropske unije. Pravo Evropske unije je avtonomno pravo, saj za svojo veljavnost ne potrebuje odobritve nacionalnih organov držav članic, temveč se opira na zakonodajne pristojnosti Evropske unije (Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport b. 1.).

Razvoj mednarodnega prava obveznega zdravstvenega zavarovanja je, na eni strani, sledil razvoju različnih sistemov socialne varnosti, v primeru bolezni in poškodb, v posameznih državah članicah Evropske unije. Po drugi strani mednarodni pravni dokumenti in ustave posameznih držav, z omejevanjem ali usmerjanjem zakonodajalca, pomembno vplivajo na oblikovanje pravne ureditve kroga zavarovanih oseb, kot tudi vrste in obseg njihovih pravic ter dolžnosti (Strban 2005a, 56–57).

Pacientove pravice so postale, na območju Evropske unije prepoznavne šele v zadnjih dveh desetletjih, zato je pravna ureditev teh sorazmerno mlada (Trošt Krušec 2013, 33). Pravna urejenost pravic pacientov po zgledu človekovih oziroma državljanskih pravic danes predstavlja vse bolj merilo in standard urejenosti ter kakovosti javnih sistemov zdravstvenega varstva posameznih držav članic Evropske unije (Kramberger 2007, 111).

Evropska unija nekatera področja družbenega življenja ureja enotno z uredbami ali s predpisi najnižjih standardov, to je z direktivami in s sodno prakso Sodišča Evropske unije. Uredbe neposredno učinkujejo na pravni red držav članic Evropske unije. To pomeni, da so uredbe v izvajanju določil za vse članice Evropske unije obvezujoče, in sicer tako, kot bi tak predpis sprejela članica sama. Evropska unija, kot instrument harmonizacije oziroma poenotenja prava, med članicami uporablja direktive. Direktive članico obvezujejo, da te uredijo določeno področje, po standardih Evropske unije (Trošt Krušec 2013, 33–34). Za vsako državo članico, na katero je direktiva naslovljena, je zavezujoča le glede cilja, ki ga je treba doseči. Za dosego potrebnega cilja je pristojnim organom držav članic prepuščena prosta izbira oblike in sredstev. Direktivo je treba v določenem časovnem obdobju implementirati v notranje pravo (Bubnov Škoberne in Strban 2010, 146).

V Evropski uniji veljajo skupne vrednote in načela o delovanju zdravstvenih sistemov, o njihovi odzivnosti na potrebe prebivalstva ter pacientov. Temeljne vrednote so univerzalnost, dostopnost do visokokakovostne oskrbe, enakost in solidarnost. Države članice morajo zagotoviti, da se bodo te vrednote upoštevale pri vseh pacientih in državljanih, ne glede na to,

iz katere države članice prihajajo. Vsi pacienti se morajo obravnavati enako glede na njihove zdravstvene potrebe in ne na podlagi države članice njihovega zdravstvenega zavarovanja (Kidrič b. 1., 3).

3.1 Pravni red Evropske unije

S pojmom pravni red Evropske unije razumemo pravna pravila, ki veljajo na območju držav članic Evropske unije in zavezujejo tako njihove državne organe kot tudi posameznike. Pravni red Evropske unije je avtonomno ali samostojno pravo, saj za svojo uveljavitev v nacionalnih pravnih redih ne potrebuje nobene odobritve državnih organov (Bratina idr. 2010, 65–72). Sestavljata ga primarna in sekundarna zakonodaja. Primarno zakonodajo sestavljajo ustanovitvene pogodbe, medtem ko sekundarno sestavljajo uredbe, direktive, priporočila in drugi akti. Poleg primarne in sekundarne zakonodaje pomemben del pravnega reda Evropske unije predstavlja tudi sodna praksa Sodišča Evropske unije (Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport b. 1.).

Pri uresničevanju pravic pacientov do čezmejnega zdravstvenega varstva imajo na ravni Evropske unije pomembno vlogo PDEU, Direktiva 2011/24/EU in Uredba (ES) št. 883/2004, ki zagotavljajo uveljavljanje zdravstvenih storitev v drugi državi članici ter Uredba (ES) št. 987/2009. Navedene pravne dokumente smo v nadaljevanju tudi podrobneje preučili oziroma analizirali.

Pogodba o delovanju Evropske unije

PDEU sodi med ustanovitvene pogodbe. V pravnem redu Evropske unije predstavljajo ustanovitvene pogodbe ustavo kot temeljni pravni vir (Bratina idr. 2010, 65). Spada med primarno zakonodajo in je eden izmed najpomembnejših primarnih virov prava Evropske unije. Njen glavni cilj je spodbujanje sodelovanja evropskih držav in vzpostavitev notranjega trga, ki temelji na prostem pretoku blaga, oseb, storitev ter kapitala (Pirih 2010, 20).

Iz PDEU je mogoče razbrati, da je zdravje med najvišjimi vrednotami sodobne človeške družbe. Zato zdravljenje in odpravljanje škodljivih posledic bolezni ali poškodb ni le v zasebnem, temveč tudi v javnem interesu (Strban 2014, 92).

Države članice so nekatere pristojnosti s področja javnega zdravja prenesle na Evropsko unijo, saj sodobni izzivi zahtevajo tesno sodelovanje držav članic. V tem smislu je pri uresničevanju pravic pacientov do čezmejnega zdravstvenega varstva pomemben 168. člen PDEU, ki določa, da se pri opredeljevanju in izvajanju vseh politik ter dejavnosti Evropske unije zagotavlja visoka raven varovanja zdravja ljudi. Delovanje Evropske unije je usmerjeno k izboljševanju javnega zdravja, preprečevanju bolezni in zdravstvenih motenj ljudi ter odpravljanju vzrokov, ki ogrožajo njihovo zdravje (Hojnik 2014, 173).

Področje zdravja se ne da osamiti od drugih politik Evropske unije, zato zasledimo določbe o javnem zdravju tudi v okviru ekonomskih svoboščin enotnega trga Evropske unije, kot je prost pretok storitev (Hojnik 2014, 173). Prost pretok storitev urejata 56. in 57. člen PDEU. Storitve, ki so opredeljene kot zdravstvene storitve, se ne glede na to, ali so plačljive iz zdravstvene blagajne (preko sistemov zdravstvenih zavarovanj) ali s strani zasebnikov, pravnih ali fizičnih oseb, uvrščajo v PDEU in izpolnjujejo pogoje 57. člena PDEU. O tem se je večkrat jasno izreklo Sodišče Evropske unije, ne glede na to, da zdravstvene storitve niso posebej določene v poglavju o prostem opravljanju storitev (Knez 2014, 83).

Splošna načela prostega pretoka storitev, ki jih razglša PDEU, niso nudila zadostne pravne varnosti pri čezmejnih zdravstvenih storitvah. Število zadev s tega področja je, pred Sodiščem Evropske unije, stalno raslo. Na podlagi teh zahtev je bila sprejeta Direktiva 2011/24/EU (Hojnik 2014, 175).

Direktiva 2011/24/EU o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu

Direktiva 2011/24/EU je začela veljati 24. aprila 2011. Države članice Evropske unije so jo morale prenesti v nacionalno zakonodajo do 25. oktobra 2013. V slovenski pravni red je bila prenesena s spremembo Zakona o spremembah in dopolnitvah ZZVZZ.

Direktiva 2011/24/EU temelji na dvojni pravni osnovi, in sicer na členu 114 PDEU, ki določa, da je direktiva akt tržnega prava ter na členu 168 PDEU, ki opredeljuje pristojnosti Evropske unije pri zagotavljanju visoke ravni varovanja zdravja ljudi. Ta dvojna pravna osnova predstavlja rdečo nit celotnega besedila Direktive 2011/24/EU in se kaže v ravnotežju med pacientovimi pravicami, ki izhajajo iz prostega pretoka storitev na notranjem trgu, ter ohranitvijo čim večje avtonomije držav članic na področju zdravja (Hojnik 2014, 176).

Direktiva 2011/24/EU enotno ureja pravice pacientov, ki želijo uresničevati storitve zdravstvenega varstva izven države članice zdravstvenega zavarovanja. Dopolnjuje pacientove pravice z že obstoječo zakonodajo Evropske unije na področju koordinacije sistemov socialne varnosti. Odraža željo Sveta Evropske unije po doslednem spoštovanju sodne prakse Evropskega sodišča na področju pacientovih pravic pri čezmejnem zdravstvenem varstvu. Hkrati ne posega v avtonomijo držav članic pri organizaciji svojih zdravstvenih sistemov (Kidrič b. 1., 2). V določeni meri je poenotila politiko Evropske unije na področju zdravja, vendar pa se sistemi zdravstvenega varstva med posameznimi državami razlikujejo.

Direktiva 2011/24/EU je razdeljena v pet poglavij, ki obravnavajo splošne določbe pristojnosti držav članic v zvezi s čezmejnem zdravstvenim varstvom, povračilo stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo, sodelovanje na področju zdravstvenega varstva in na koncu izvedbene ter končne določbe.

Prvo poglavje obravnava splošne določbe, kot so vsebina in področje uporabe Direktive 2011/24/EU, povezanost z drugimi določbami Evropske unije ter opredelitev osnovnih pojmov, ki se uporabljajo za namen te direktive.

Za uresničevanje pacientovih pravic pri čezmejnem zdravstvenem varstvu sta pomembni drugo in tretje poglavje. Drugo poglavje določa pristojnosti držav članic pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, pri čemer Direktiva 2011/24/EU loči med pristojnostmi države članice zdravljenja in pristojnostmi države članice zdravstvenega zavarovanja. Poglavje prav tako določa, da mora vsaka država članica določiti oziroma vzpostaviti eno ali več Nacionalnih kontaktnih točk za čezmejno zdravstveno varstvo. Te pacientom zagotavljajo informacije o pravicah do čezmejnega zdravstvenega varstva.

V tretjem poglavju Direktiva 2011/24/EU določa splošna načela za povračilo stroškov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu. V povezavi s tem določa zdravstveno varstvo, za katero se lahko zahteva predhodna odobritev, in upravne postopke, povezane s čezmejnem zdravstvenim varstvom. Pri uresničevanju pacientovih pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva je za pacienta prav povračilo stroškov ključnega pomena.

Direktiva 2011/24/EU v primerjavi s koordinacijskimi uredbami omogoča večji obseg pravic do zdravstvenih storitev v drugih državah članicah Evropske unije. Država zavarovanja mora praviloma povrniti stroške vseh zdravstvenih storitev v tujini, ki spadajo med pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (Strban 2012, 1537). Na osnovi četrte točke 7. člena Direktive 2011/24/EU stroške čezmejnega zdravstvenega varstva povrne država članica zdravstvenega zavarovanja do višine stroškov, ki bi jih prevzela država članica zdravstvenega zavarovanja, če bi bilo zdravstveno varstvo zagotovljeno na njenem ozemlju, ne da bi prekoračili dejanske stroške prejetega zdravstvenega varstva. Četrta točka 7. člena te direktive tudi omogoča, da država članica zdravstvenega zavarovanja v celoti povrne stroške čezmejnega zdravstvenega varstva, kljub temu da so ti višji od stroškov, ki bi nastali pri uresničevanju zdravljenja v državi zavarovanja, ali da povrne druge stroške, povezane s čezmejnem zdravstvenim zavarovanjem, kot so stroški nastanitve, potni stroški in podobno.

Četrto poglavje Direktive 2011/24/EU vsebuje določbe glede vzajemne pomoči in sodelovanja med državami članicami. Države članice spodbuja k sodelovanju pri sklenitvi medsebojnih sporazumov in k spodbujanju zagotavljanja čezmejnega zdravstvenega varstva na obmejnih območjih. Prav tako Direktiva 2011/24/EU spodbuja države članice k razvoju evropskih referenčnih mrež izvajalcev zdravstvenega varstva in strokovnih centrov, še zlasti na področju redkih bolezni, k sodelovanju pri ocenjevanju zdravstvene tehnologije in k sodelovanju na področju e-zdravja. V sklopu tega poglavja Direktiva 2011/24/EU ureja tudi priznavanje receptov, izdanih v drugi državi članici. Države članice Evropske unije zagotovijo, da se recepti za zdravilo, ki je odobreno za trženje na ozemlju Evropske unije, izdani v drugi državi članici, za imenovanega pacienta, lahko pri njih uporabljajo v skladu z

njihovo veljavno nacionalno zakonodajo. Pri priznavanju posameznih receptov so omejitve prepovedane.

Peto poglavje vsebuje izvedbene in končne določbe, v katerih se določijo obveznosti Evropske komisije iz direktive ter čas za njeno implementacijo v nacionalne pravne rede (Hojnik 2014, 178).

Cilj Direktive 2011/24/EU, ki ga določa 10. točka uvodnega dela direktive, ni spodbujati čezmejnega zdravstvenega varstva, temveč določiti pravila za zagotavljanje lažjega dostopa do varnega in visokokakovostnega čezmejnega zdravstvenega varstva v Evropski uniji, zagotoviti mobilnost pacientov v skladu z načeli, ki jih je določilo Sodišče Evropske unije, ter spodbuditi sodelovanje med državami članicami na področju zdravstvenega varstva ob celovitem spoštovanju pristojnosti držav članic pri opredeljevanju dajatev socialne varnosti in organizaciji ter izvajanju zdravstvenega varstva.

Cilj Direktive 2011/24/EU je tudi izboljšanje zagotavljanja informacij o prejemanju zdravstvenega varstva v tujini, predvsem z vzpostavitvijo Nacionalnih kontaktnih točk. Te zagotavljajo odhodnim pacientom informacije o njihovih pravicah, o pravicah povračil in informacije o pritožbenem postopku. Prihajajočim pacientom pa Nacionalne kontaktne točke zagotavljajo informacije o kakovosti, varnosti pritožb in odškodninskih postopkov (EPHA 2015, 3–4).

Direktiva 2011/24/EU pacientom prinaša dodatne možnosti uresničevanja pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva (Godina 2011, 7). Med drugim omogoča uresničevanje pacientovih pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva brez predhodne odobritve ZZS, razen v izjemnih primerih. O vseh omejitvah mora država članica Evropske unije tudi uradno obvestiti Evropsko komisijo. Prav tako omogoča, da pacienti uresničujejo svoje pravice do čezmejnega zdravstvenega varstva tako pri javnih kot tudi pri zasebnih izvajalcih zdravstvene dejavnosti. Takšna ureditev je v primerjavi z nacionalno ureditvijo liberalnejša in je v pravu Evropske unije znana kot obrnjena diskriminacija (Knez 2014, 86), kar je podrobneje analizirano v poglavju 4.5.

Uredba (ES) št. 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti in izvedbena Uredba (ES) št. 987/2009 o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004

Evropska unija določa skupne predpise, po katerih so naše socialne pravice zaščitene povsod v Evropi (države članice Evropske unije, Islandija, Lihtenštajn, Norveška in Švica). Koordinacija sistemov socialne varnosti pomeni, da vsaka država Evropske unije ne glede na veljavni enotni evropski sistem prosto odloča o tem, kdo in pod kakšnimi pogoji se lahko zavaruje po njeni zakonodaji ter katere pravice izhajajo iz njihovega zavarovanja (Evropska komisija b. 1. a).

Uredba (ES) št. 883/2004 in izvedbena Uredba (ES) št. 987/2009 sta se začeli uporabljati s 1. majem 2010. S sprejetjem izvedbene Uredbe (ES) št. 987/2009 so bili izpolnjeni pogoji za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004. S tem se je zaključil večletni proces posodobitve obstoječe ureditve na področju usklajevanja sistemov socialne varnosti. Zaradi različnosti sistemov socialne varnosti med državami članicami Evropske unije, kamor sodi tudi področje zdravstvenega varstva, so se države odločile, da bodo sistem usklajevale preko neposrednega izvajanja uredb, saj bi bilo težko doseči soglasje o harmonizaciji predpisov (Ministrstvo za zdravje 2010).

Z vidika čezmejnega zdravstvenega varstva so v Evropski uniji pomembna naslednja temeljna načela Uredbe (ES) št. 883/2004:

- načelo enakega obravnavanja, ki ga določa 4. člen Uredbe (ES) št. 883/2004; osebe, za katere se uporablja ta Uredba, imajo po zakonodaji vsake države članice enake pravice in obveznosti, kot državljani te države članice;
- načelo enotno veljavne zakonodaje; to načelo preprečuje, da bi oseba, ki se giblje znotraj Evropske unije, ostala brez zaščite ali da bi bila v istem časovnem obdobju vključena v sistem socialne varnosti v dveh državah; uporabi se zakonodaja države, kjer oseba opravlja ekonomsko aktivnost oziroma je zaposlena; za osebe, ki niso ekonomsko aktivne, pa je pristojna država običajnega prebivališča (Strban 2010, 29);
- načelo trajnosti in izvozljivosti pravic določa, da zavarovane osebe ne morejo prosto uresničevati čezmejnih pravic do zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja; zavarovane osebe lahko uresničujejo svoje pravice do zdravljenja v tujini ali na podlagi Evropske kartice zdravstvenega zavarovanja ali na podlagi predhodne odobritve nosilca zdravstvenega zavarovanja (Kupljen 2011, 51).

Uredba (ES) št. 883/2004 mobilnim osebam zagotavlja ohranitev pravice do zdravstvenega zavarovanja, pokojnine, brezposelnosti in družinskih dajatev. Uvedla je vrsto sprememb o tem, kako se v Evropski uniji določa socialna varnost osebam, ki se svobodno gibajo po Evropski uniji. Nanaša se na vse državljane, za katere velja zakonodaja posamezne države članice o socialni varnosti in ne le na delavce (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti 2010). Tako prva točka uvodnega dela Uredbe (ES) št. 883/2004 določa, da spadajo pravila za koordinacijo nacionalnih sistemov socialne varnosti v okvir prostega gibanja oseb in prispevajo k izboljšanju njihovega življenjskega standarda ter pogojev za zaposlitev.

Glavni namen novih uredb je vzpostavitev nove informacijske mreže, ki bo omogočala izboljšanje načinov in postopkov storitev za uporabnike. Informacijska mreža se imenuje elektronska izmenjava informacij socialne varnosti (EESSI). Institucijam, ki so v RS pristojne za izvajanje posameznih področij socialnega zavarovanja, bo omogočila elektronsko izmenjavanje podatkov z institucijami iz posameznih držav. Poudarjeno je njihovo medsebojno sodelovanje (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti

2010). ZZZS je v preteklosti, z drugimi državami članicami Evropske unije, izmenjeval veliko število papirnih obrazcev, za obračun dejanskih stroškov zdravljenja, med bivanjem v drugih državah članicah Evropske unije. Za hitrejše in racionalnejše izvajanje postopkov je ZZZS v letu 2014 vzpostavil informacijsko mrežo, ki omogoča elektronsko obdelavo podatkov. Po podatkih, navedenih v Poslovnem poročilu ZZZS 2014 in 2015, je ZZZS, v letu 2014 po elektronski poti pošiljal ter prejemal podatke za obračun dejanskih stroškov z osmimi državami članicami Evropske unije, v letu 2015 pa že z desetimi državami. Predvidevamo lahko, da papirnih obrazcev sčasoma ne bo več in da bodo postopki za državljane poenoteni.

Pri Upravni komisiji za koordinacijo sistemov socialne varnosti so v letu 2015 predstavniki ZZZS skupaj s pristojnimi organi in nosilci v RS aktivno sodelovali pri oblikovanju skupnih izvedbenih rešitev v okviru evropskega projekta EESSI. V izvedbo so bile zajete tako tehnične kot vsebinske rešitve, ki zadevajo izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 in Uredbe (ES) št. 987/2009 v slovenskem prostoru (ZZZS 2015, 69).

Pri uresničevanju pravic pacientov do čezmejnega zdravstvenega varstva so za paciente pomembni zlasti 19., 20. in 27. člen Uredbe (ES) št. 883/2004, ki se nanašajo na začasno bivanje zunaj pristojne države članice in na odobritev ustreznega zdravljenja zunaj države članice stalnega prebivališča. Podrobnejši postopek in obseg pravic odobritve načrtovanega zdravljenja ter postopek in načini kritja ter povračila stroškov storitev pojasnjuje izvedbena Uredba (ES) št. 987/2009, v svojem 25. in 26. členu.

Analiza določb nove Uredbe (ES) št. 883/2004 v zvezi s pravicami oziroma dajatvami iz zdravstvenega zavarovanja in varstva kažejo na vse večjo svobodo gibanja pacientov. V okviru nove svoboščine prostega gibanja pacientov sta se tako izoblikovali pravica do zdravljenja v drugi državi članici in v povezavi s tem, pravica do povrnitve stroškov pri matičnem nosilcu zavarovanja (Kupljen 2011, 59).

Zavarovana oseba lahko uresničuje zdravstvene storitve v primeru začasnega bivanja izven meja pristojne države. Pri tem je treba upoštevati dve različni dejanski in pravni stanji. V prvem primeru lahko zavarovane osebe v času začasnega bivanja v drugi državi članici Evropske unije uresničujejo pravico do potrebnega zdravljenja na podlagi Evropske kartice zdravstvenega zavarovanja. V drugem primeru pa je omogočeno načrtovano zdravljenje v drugi državi članici na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pri tem mora zavarovana oseba pred odhodom pri nosilcu obveznega zdravstvenega zavarovanja pridobiti dovoljenje o odobritvi ustreznega zdravljenja v tujini (Strban 2005b, 177). Nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja bo odobril zdravljenje v tujini v okviru zakonodaje države članice, v kateri oseba stalno prebiva. Pri tem bo nosilec pri zavarovani osebi upošteval zdravstveno stanje in verjetni razvoj bolezni, ki ga ni možno nuditi v časovnem obdobju, ki je medicinsko utemeljen (Kupljen 2011, 59). Po odobritvi zdravljenja zavarovana oseba opravi zdravljenje v

drugi državi članici Evropske unije. Nosilec zavarovanja poravnava stroške tujemu izvajalcu v skladu s pravili, ki veljajo v državi, kjer je bila storitev opravljena (Strban 2005b, 177–178).

3.2 Domači pravni viri

Zdravstveno zakonodajo sestavlja širok spekter predpisov, ki urejajo področje zdravstvenega varstva, zdravstvenega zavarovanja, zdravstvene dejavnosti in javnega zdravja. Njene določbe opredeljujejo organizacijo zdravstvenega varstva, njegovo delovanje in načela, pravice pacientov ter zavarovancev, razmerje pacienta do zdravstva in obratno ter celoten ustroj zdravstvene dejavnosti (Ministrstvo za zdravje 2009).

Na nacionalni ravni pravico do zdravljenja v drugi državi Evropske unije urejajo naslednji nacionalni pravni dokumenti: Ustava RS, ZZVZZ, POZZ, Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov ter Odredba o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev.

Navedene pravne dokumente smo v nadaljevanju tudi podrobneje preučili oziroma analizirali.

Ustava Republike Slovenije

Najvišji državni normativni akt v RS je Ustava RS, ki ima znotraj države najvišje pravno veljavo in določa njeno ureditev (Ministrstvo za zdravje 2009). Določbe ustave so za zavarovane osebe in celotni sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja temeljnega pomena (Strban 2005a, 81).

V Ustavi RS je v splošnem delu v 2. členu določeno, da je »RS pravna in socialna država«. Ta določba določa osnovna izhodišča za delovanje države, kar v osnovi pomeni, da je država tista, ki mora poskrbeti za socialno varnost prebivalstva in za uresničevanje njihovih socialnih pravic. V okviru pravne in socialne države morajo biti pravice posameznikov na področju socialne varnosti določene s predpisi (Bubnov Škoberne in Strban 2010, 178).

V Ustavi RS se na področje zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja nanašata še 50. in 51. člen. V 50. členu Ustave RS je navedeno, da imajo državljani, pod pogoji, določenimi z zakonom, pravico do socialne varnosti. Država ureja obvezno zdravstveno, pokojninsko, invalidsko in drugo socialno zavarovanje ter skrbi za njihovo delovanje. 51. člen Ustave RS pa določa, da ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon.

Ustava RS tako dopušča urejanje pravice do zdravstvenega varstva samo z zakonom, podrobnosti njihovega izvrševanja lahko določijo podzakonski akti. V osnovi mora zakon sam

opredeliti vsebino, ki jo bo obravnaval podzakonski akt. Hkrati mora določiti okvirje in podati podrobnejše usmeritve za uresničevanje pravic (Strban 2012, 1532).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

Ustavna pravica do zdravstvenega varstva na splošno je urejena z zakonom. Temeljni zakon, ki v RS ureja pravico do čezmejnega zdravstvenega varstva, je ZZVZZ. Ta je bil po sprejetju in uveljavitvi večkrat spremenjen ter dopolnjen. Nazadnje je bil dopolnjen prav z določbami o zdravljenju v tujini (Strban 2016, 586–587).

Temeljne določbe ZZVZZ določajo, da ta zakon ureja sistem zdravstvenega varstva in zavarovanja, določa nosilce družbene skrbi za zdravje ter njihove naloge, zdravstveno varstvo v zvezi z delom in delovnim okoljem, ureja odnose med zdravstvenim zavarovanjem ter zdravstvenimi zavodi in uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja. Poleg tega zdravstveno varstvo obsega tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti.

Na osnovi 23. člena ZZVZZ zavarovanim osebam zagotavlja plačilo zdravstvenih storitev zdravljenja v tujini.

Ta zakon tako ureja tri pravne položaje uresničevanja pravic do zdravljenja v tujini. Na osnovi 44a. člena ZZVZZ ima zavarovana oseba pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini oziroma do povračila stroškov teh storitev, če so v RS izčrpane možnosti zdravljenja s pregledom, preiskavo ali zdravljenjem, v tujini pa je utemeljeno pričakovati ozdravitev ali izboljšanje ali preprečitev nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja. Na osnovi 44b. člena ZZVZZ lahko zavarovana oseba uresničuje pravico do čezmejnega zdravstvenega varstva na osnovi Uredbe (ES) št. 883/2004. Na osnovi 44c. člena ZZVZZ pa lahko zavarovana oseba uresničuje svoje pravice pri čezmejnem zdravstvenem varstvu v skladu z Direktivo 2011/24/EU.

Na osnovi 44. d.-člena ZZVZZ ima zavarovana oseba po zdravljenju v drugi državi članici Evropske unije v RS zagotovljen enak dostop do pravic, kot če bi zdravljenje uveljavljala v RS. V primeru morebitnih napak ali slabega zdravljenja v drugi državi članici Evropske unije zavarovana oseba ne bi smela imeti težav pri morebitnem odpravljanju teh (Godina 2013, 8).

Minister, pristojen za zdravje, lahko, na osnovi 44. e-člena ZZVZZ, določi:

- omejitev dostopa zdravstvenih storitev pacientom, iz drugih držav članic Evropske unije, v javni zdravstveni mreži, v RS;
- omejitev povračila stroškov pri uveljavljanju pravice, na osnovi Direktive 2011/24/EU;

če bi izvajanje zdravljenja v tujini na osnovi Direktive 2011/24/EU ali uveljavljanje zdravstvenih storitev pacientov iz drugih držav članic Evropske unije pomenilo poseg v prevladujoče razloge v splošnem interesu, kot so nezmožnosti zagotavljanja zadostnega in stalnega dostopa do uravnoveženega obsega visokokakovostnega zdravstvenega varstva v RS ali preveliko porabo finančnih, tehničnih in človeških virov z vidika obvladovanja stroškov.

Novost, ki jo je v našo zakonodajo prinesla Direktiva 2011/24/EU, je ustanovitev Nacionalne kontaktne točke. V 77. b-členu ZZVZZ je določeno, da nalogo Nacionalne kontaktne točke za čezmejno zdravstveno varstvo opravlja ZZZS. Nacionalna kontaktna točka za čezmejno zdravstveno varstvo zagotavlja pacientom informacije o čezmejnem zdravstvenem varstvu. Informacije morajo biti objavljene na spletnih straneh in zajemajo informacije o izvajalcih zdravstvene dejavnosti, o dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti, o standardih in smernicah glede kakovosti in varnosti, ki jih morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti v RS izpolnjevati, in kateri izvajalci zdravstvene dejavnosti v RS jih izpolnjujejo; o nadzoru ter oceni izvajalcev zdravstvene dejavnosti, o dostopnosti bolnišnic za invalidne osebe, o pravicah pacientov v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice; o pritožbenih postopkih, v primeru kršitev pravic pacientov, v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice; o razpoložljivih pravnih sredstvih za ugotavljanje kazenske in odškodninske odgovornosti ter o kontaktnih podatkih Nacionalne kontaktne točke drugih držav članic Evropske unije.

Nacionalna kontaktna točka zagotavlja tudi informacije o obsegu povračila stroškov zdravljenja in pravicah ter postopku uveljavljanja pravic do zdravljenja v tujini (v primeru, ko so v RS izčrpane možnosti zdravljenja in je utemeljeno pričakovati ozdravitev, izboljšanje ali preprečitev nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja na osnovi Uredbe (ES) št. 883/2004 ter Direktive 2011/24/EU).

Prav tako je naloga Nacionalne kontaktne točke, da se posvetuje z organizacijami pacientov, z izvajalci zdravstvene dejavnosti in nosilci zdravstvenega zavarovanja, da sodeluje z Nacionalnimi kontaktnimi točkami drugih držav članic Evropske unije ter z Evropsko komisijo in da izmenjuje informacije z Nacionalnimi kontaktnimi točkami drugih držav članic Evropske unije.

77. c-člen ZZVZZ določa obveznosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti v RS. Izvajalci zdravstvene dejavnosti morajo pacientom zagotoviti informacije o zdravstvenih storitvah, ki jih opravljajo, o njihovih cenah in pravici do predložitve računa za opravljeno zdravstveno storitev, o čakalnih dobah za posamezno storitev, kakovosti in varnosti zdravstvene dejavnosti, o obsegu povračila stroškov zdravljenja in pravicah ter postopku uveljavljanja pravic do zdravljenja (na osnovi Uredbe (ES) št. 883/2004 in Direktive 2011/24/EU), o zavarovanju poklicne odgovornosti zdravstvenih delavcev ter o dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti.

Podrobneje pravico do zdravljenja v tujini urejajo POZZ, ki smo si jih v nadaljevanju podrobneje pogledali.

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja

POZZ so splošni (podzakonski) pravni akt ZZZS, izdani za izvrševanje javnega pooblastila. Izdani so na podlagi členov ZZVZZ, s čimer ZZZS v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje, natančneje oziroma podrobneje uredi posamezna področja obveznega zdravstvenega zavarovanja (Strban 2005a, 151). Vendar POZZ ne smejo urejati pravic in obveznosti zavarovanih oseb samostojno niti jih ne smejo spreminjati, kar pomeni, da POZZ z zakonom urejenih pravic in obveznosti ne sme zoževati. Prav tako ne smejo sami opredeljevati pravic in obveznosti. V POZZ tako spadajo določbe, ki niso primerne, da se urejajo zakonsko. Takšne določbe so določbe o konkretnih strokovnih, medicinskih in tehničnih vprašanjih (Strban 2016, 596).

POZZ so temeljni podzakonski akt, ki temeljijo na 26. členu ZZVZZ, po katerem mora ZZZS v splošnih aktih v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje, natančneje določiti postopek uveljavljanja pravic, standardov in normativov, določiti obseg zdravstvenih storitev ter razvrstitev zdravil na pozitivno ali vmesno listo, katerih plačilo je zavarovanim osebam zagotovljeno iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

POZZ na osnovi 1. člena podrobneje urejajo vrste in obseg pravic, obveznosti zavezancev ter zavarovanih oseb, pogoje in postopke za uresničevanje pravic, standarde zdravstvenih storitev ter medicinskih pripomočkov, varstvo pravic zavarovanih oseb in nadzor uresničevanja pravic ter obveznosti.

Pravico do čezmejnega zdravljenja POZZ urejajo v poglavju X in XI. Na osnovi POZZ imajo zavarovane osebe v RS pravico do zdravstvenih storitev med potovanjem in bivanjem v tujini ter pravico do načrtovanega zdravljenja v tujini. Zavarovana oseba lahko na osnovi 127. člena POZZ uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev v tujini v skladu z zakonom in pravili oziroma pravnim redom Evropske unije, in sicer v času, ko dela v tujini, med službenim ter zasebnim potovanjem v tujini, če je na strokovnem izpopolnjevanju v tujini ali tam študira in v primeru, če se za stalno naseli v tujini. Na osnovi 135. člena POZZ v skladu z zakonom in splošnimi akti ZZZS pa ima zavarovana oseba pravico do zdravljenja v tujini. Zavarovana oseba lahko pravico do zdravljenja uresničuje v primeru, če so v RS izčrpane možnosti zdravljenja, če je v RS presežena najdaljša dopustna čakalna doba ali v primeru, da se zavarovana oseba odloči za zdravljenje v drugi državi Evropske unije.

Za slovenske zavarovane osebe je pomembno poglavje XIII/10 POZZ, kjer so določena pravila postopka za predhodno odobritev zdravljenja v tujini. Nikjer v POZZ pa ni mogoče zaslediti roka, v katerem mora pristojni organ odločiti. 256. člen POZZ določa, da o zdravljenju v tujini in zahtevi za povračilo stroškov v primerih, navedenih v XI. poglavju

POZZ, ter o zahtevi za povračilo stroškov zdravstvenih storitev, ki jih je zavarovana oseba uveljavljala med začasnim bivanjem v tujini, na I. stopnji odloča območna enota ZZZS, na II. stopnji pa Direkcija ZZZS. Prav tako v POZZ niti v ZZVZZ ni mogoče zaslediti splošnega roka za uveljavljanje povrnitve stroškov. V nekaterih državah članicah Evropske unije takšen rok obstaja, kot na primer v Latviji, kjer je treba zahtevati povrnitev stroškov v roku enega leta po prejemu zdravstvenih storitev. Ob odsotnosti posebne ureditve je treba upoštevati 346. člen Obligacijskega zakonika (OZ, Uradni list RS, št. 97/07-uradno prečiščeno besedilo in 64/16-odl. US), in sicer splošni zastaralni rok petih let (Rataj 2015, 70).

Zavarovane osebe, ki uveljavljajo pravico do čezmejnega zdravstvenega varstva, imajo pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev. Višina povračila stroškov je odvisna od načina uresničevanja pravice zdravljenja, ki jo zavarovana oseba uresničuje. Povračilo stroškov zdravljenja v tujini smo v nadaljevanju podrobneje analizirali.

Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov

Zavarovana oseba ima po ZZVZZ možnost uresničevanja pravice do zdravljenja v tujini na osnovi 44b. člena, in sicer zdravljenje v tujini zaradi predolghih čakalnih dob v RS. Pri tem se ugotavlja, ali je v RS pri vpisu v čakalni seznam pri vseh izvajalcih presežena najdaljša dopustna čakalna doba za določeno zdravstveno storitev. Najdaljše dopustne čakalne dobe so določene s Pravilnikom o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (Nacionalna kontaktna točka b. 1.).

Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov v svojem 1. členu določa najdaljšo dopustno čakalno dobo za posamezne zdravstvene storitve, čakalni seznam, postopek vpisa in prednostne kriterije za uvrščanje pacientov v čakalni seznam ter način vodenja čakalnih seznamov pri izvajalcih zdravstvenih storitev v mreži javne zdravstvene dejavnosti.

Najdaljša dopustna čakalna doba za posamezno zdravstveno storitev, ki jo določa 3. člen Pravilnika o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov, je določena glede na stopnjo nujnosti zdravstvene storitve, ob upoštevanju zdravstvenega stanja pacienta. Ločimo nujno, hitro in redno stopnjo nujnosti. Zdravstvena storitev, ki je označena s stopnjo nujnosti »nujno«, se izvede takoj, vendar najpozneje v 24 urah in ni predmet čakalne dobe oziroma čakalnega seznama. Zdravstvena storitev, ki je označena s stopnjo nujnosti »hitro«, se izvede najpozneje v treh mesecih. Zdravstvena storitev, ki je označena s stopnjo nujnosti »redno«, se izvede najpozneje v šestih mesecih. Ne glede na rok, določen za zdravstvene storitve s stopnjo nujnosti »hitro« in »redno«, znaša najdaljša dopustna čakalna doba pri malignih obolenjih en mesec, pri ortopedskih operativnih posegih 12 mesecev, za izdelavo protetičnih nadomestkov po končni

sanaciji zobovja 12 mesecev in za ortodontsko zdravljenje, ki je označeno s stopnjo nujnosti »hitro«, 12 mesecev, in »redno« 18 mesecev.

Pri uvrščanju pacienta v čakalni seznam se na osnovi 6. člena Pravilnika o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov ob enaki stopnji nujnosti poleg časa prijave na zdravstveno storitev upoštevajo prednostni kriteriji, kot so nosečnost, dojenje, preprečitev nastanka potreb po dodatnih zdravstvenih storitvah (zaradi nastanka novega zdravstvenega problema, izhajajočega iz prvotnega zdravstvenega stanja, zaradi katerega se pacient uvršča v čakalni seznam), začasna zadržanost od dela zaradi bolezni ali poškodbe (kadar je razlog za začasno zadržanost od dela, zaradi bolezni ali poškodbe, povezan s potrebo po pregledu) in ponovni vpis, na podlagi opravičene odsotnosti od zdravstvene storitve.

Na osnovi 7. člena Pravilnika o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov morajo izvajalci elektronsko voditi čakalni seznam za zdravstvene storitve, ki jih opravljajo na podlagi pogodbe, sklenjene z ZZS. Prav tako morajo čakalne dobe objaviti na svojih spletnih straneh.

Odredba o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev

Odredba o seznamu zdravstvenih storitev za katere se zahteva predhodna odobritev, določa seznam zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev ZZS kot pogoj za uveljavljanje pravice do povračila stroškov, kadar zavarovana oseba uveljavlja pravico do zdravljenja v tujini na osnovi Direktive 2011/24/EU. Odredba temelji na sedmem odstavku 44. c-člena ZZVZZ, ki določa, da minister, pristojen za zdravje, določi seznam zdravstvenih storitev, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme. Na ta način zakonodajalec zagotovi finančno stabilnost zdravstvenega sistema.

3.3 Sklepne ugotovitve poglavja

Pravni red Evropske unije je z vstopom RS v Evropsko unijo postal sestavni del slovenske zakonodaje in deluje vzporedno s slovenskim nacionalnim pravom. Na podlagi pregleda in analize pravnih virov na področju uresničevanja pacientovih pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva v Evropski uniji smo ugotovili, da zdravstveno zakonodajo sestavlja širok spekter predpisov, ki urejajo to področje. V nadaljevanju smo povzeli glavne ugotovitve za posamezno pravno ureditev.

V pravnem redu Evropske unije je PDEU eden najpomembnejših primarnih pravnih virov prava Evropske unije, ki zagotavlja visoko raven varovanja zdravja in zdravstvenega varstva ljudi ter vzpostavitev notranjega trga, temelječega na prostem pretoku blaga in storitev. Nadalje imajo na ravni Evropske unije pomembno vlogo tudi direktive in uredbe. Direktiva

2011/24/EU vključuje pravila sodne prakse Sodišča Evropske unije in tako enotno ureja pravice pacientov pri uresničevanju čezmejnega zdravstvenega varstva. Po eni strani Direktiva 2011/24/EU pacientom prinaša več možnosti pri uresničevanju čezmejnega zdravstvenega varstva, saj pacientom omogoča zdravljenje v tujini brez predhodne odobritve nosilca zdravstvenega zavarovanja in v primerjavi s koordinacijskimi uredbami tako razširja obseg pravic do zdravstvenih storitev v drugih državah članicah Evropske unije. Po mnenju avtorjev (Strban 2014, 107; Pennings b. 1., 449 in Trošt Krušec 2013, 52) Direktiva 2011/24/EU deluje v korist informiranim in premožnejšim pacientom, saj je zdravljenje v tujini pogostokrat povezano z velikimi stroški. Večina pacientov nima dovolj denarja za plačilo zdravstvenih storitev in naknadno zahtevati povračilo stroškov. Pri tem menimo, da takšen način ureditve enakost oziroma pravičnost postavlja pod velik vprašaj. Po drugi strani pa Direktiva 2011/24/EU omogoča obrnjeno diskriminacijo in tako negativno vpliva na pravni položaj pacientov, ki uresničujejo svoje pravice do zdravljenja znotraj matične države. Pri tem se nam postavlja vprašanje, ali je takšna ureditev dopustna oziroma ali gre morda za kršitev ustavnih določb, saj Ustava RS v 14. členu obravnava prepoved diskriminacije.

Uredba (ES) št. 883/2004 in izvedbena Uredba (ES) št. 987/2009 sta precej obsežni. Za zavarovano osebo sta zelo zapleteni, saj mora ta poleg osnovne uredbe upoštevati še določbe njene izvedbene uredbe. Glede na vzpostavitev evropskega stebra socialnih pravic menimo, da bosta uredbi v prihodnosti tudi predmet nadaljnjih sprememb.

Pravna urejenost področja zdravstvenega varstva v RS izhaja iz Ustave RS. Ustava RS dopušča urejanje pravice do zdravstvenega varstva samo z zakonom. Podrobnosti njegovega izvrševanja lahko določijo podzakonski akti, kot so POZZ.

ZZVZZ je temeljni zakon, ki v RS ureja pravico do čezmejnega zdravstvenega varstva, medtem ko POZZ podrobneje urejajo vrsto in obseg pravic ter postopek uveljavljanja pravic zavarovanih oseb pri uresničevanju zdravljenja v tujini, pri čemer ne smejo z zakonom urejenih pravic in obveznosti zoževati. Tako v ZZVZZ kot v POZZ smo zaznali nekaj pomanjkljivosti glede rokov na področju postopka za predhodno odobritev in na področju uveljavljanja povrnitve stroškov. Oboje smo podrobneje analizirali v poglavju 4.

Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov je pomemben pri ugotavljanju najdaljše dopustne čakalne dobe, v primeru uresničevanja pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu na osnovi Uredbe (ES) št. 883/2004. Eden izmed razlogov za zavrnitev predhodne odobritve je ne presežena najdaljša čakalna doba pri vsaj enem izvajalcu v RS glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe. Pri tem se nam postavlja vprašanje, ali je takšna ureditev dopustna. ZZVZZ v prvi alineji četrtega odstavka 44. c-člena določa, da se predhodna odobritev lahko zavrne, če je zdravstveno storitev mogoče uveljavljati v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob pri vsaj enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v RS glede na zdravstveno stanje

zavarovane osebe in na verjetni razvoj bolezni, pa za zdravljenje ne bo presežen razumni čas. Glede na navedeno lahko rečemo, da je takšna ureditev dopustna.

Glavni namen Odredbe o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev, je omejitev povračila stroškov. S tem zakonodajalec zavaruje finančno stabilnost sistemov zdravstvenega varstva.

Na koncu lahko povzamemo, da morajo zavarovane osebe, ki so v RS vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje, pred oziroma pri uresničevanju čezmejnega zdravstvenega varstva upoštevati številne pravne vire, kar lahko za marsikoga predstavlja oviro, pri uresničevanju zdravljenja v tujini. Poleg tega so informacije velikokrat pomanjkljive in nejasne, kar zmanjšuje pravno varnost zavarovanih oseb.

4 URESNIČEVANJE PRAVIC DO ČEZMEJNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V EVROPSKI UNIJI

Slovenski pacienti, ki so vključeni v obvezno zdravstveno zavarovanje, vse pogosteje uresničujejo svoje pravice do zdravstvenih storitev v drugih državah članicah Evropske unije. Pri tem morajo pacienti upoštevati tako evropski kot nacionalni pravni red. V tem poglavju smo se osredotočili in analizirali veljavno zakonodajo RS s področja čezmejnega zdravstvenega varstva. Na ta način smo predstavili obseg, način in postopek uresničevanja pravic do zdravstvenih storitev v tujini, pogoje povračila stroškov ter obrnjeno diskriminacijo. Pri tem smo ugotovili, ali so pacienti, ki uresničujejo pravice do čezmejnega zdravstvenega varstva, v boljšem oziroma slabšem položaju kot pacienti, ki uresničujejo svoje pravice v matični državi. Ob analizi veljavne zakonodaje v RS smo ugotovili tudi njene pomanjkljivosti.

4.1 Obseg, način uresničevanja zdravstvenih storitev

Pred uresničevanjem pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva je za pacienta pomembno poznavanje obsega in načina uresničevanja zdravstvenih storitev. V tej točki smo analizirali in predstavili, v kakšnem obsegu in na kakšen način lahko v RS zavarovana oseba uresničuje svoje pravice do zdravstvenih storitev v tujini.

Zavarovane osebe, ki so v RS vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje, lahko pravico do zdravljenja v tujini uveljavijo predvsem v dveh primerih. V prvem primeru zavarovana oseba uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev med potovanjem in bivanjem v tujini. V drugem primeru zavarovana oseba odpotuje v tujino z namenom uresničevanja zdravstvene storitve (Bubnov Škoberne in Strban 2010, 287). Obseg in način uresničevanja pravice do zdravstvenih storitev v tujini sta odvisna od tega, ali zavarovana oseba uresničuje zdravstvene storitve med potovanjem oziroma med stalnim bivanjem v tujini ali uresničuje pravico do načrtovanega zdravljenja v tujini (ZZZS 2014, 72).

V skladu s pravnim redom Evropske unije imajo zavarovane osebe zagotovljene pravice do nujnih oziroma potrebnih zdravstvenih storitev neposredno pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti, ki so vključeni v javno zdravstveno mrežo, in sicer v času, ko delajo v tujini, med službenim ali zasebnim potovanjem v tujini ali če je zavarovana oseba na strokovnem izpopolnjevanju oziroma študiju v tujini (ZZZS 2014, 72). Nujne oziroma potrebne zdravstvene storitve v tujini zavarovana oseba uveljavlja v državah članicah Evropske unije z Evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja (Bubnov Škoberne in Strban 2010, 287). Gre za storitve, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, pri čemer se upoštevata narava storitev in dolžina bivanja v državi članici Evropske unije. Zdravnik, ki zavarovano osebo sprejme na zdravljenje, opredeli obseg in vrsto zdravstvenih storitev. Pri tem je ključnega pomena, da se opredeli pričakovana dolžina bivanja v tujini, saj je zavarovana oseba, ki biva v drugi državi

članici dlje časa (študentje na študiju v tujini, delavci na delu v tujini), upravičena do večjega obsega pravic kot oseba, ki v drugi državi članici biva krajši čas (osebe na službenem ali zasebnem potovanju). Glede na navedeno mora zdravnik zavarovani osebi nuditi zdravstvene storitve v obsegu, ki zagotavlja, da se ji zgolj zaradi zdravljenja, ni treba vrniti v matično državo pred predvidenim časom izteka bivanja v drugi državi članici Evropske unije (ZZZS 2014, 74).

Nujna medicinska pomoč, ki jo opredeljuje Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči (Uradni list RS, št. 81/15 in 93/15-popr.) v deveti točki 3. člena pomeni izvajanje nujnih zdravstvenih storitev, katerih opustitev bi v kratkem vodila v nepopravljivo in hudo okvaro zdravja ali smrt pacienta. Nujne oziroma potrebne zdravstvene storitve se uveljavljajo v skladu s predpisi države, v kateri je zavarovana oseba poiskala zdravniško pomoč. To lahko pomeni, da je v nekaterih državah članicah treba zdravstvene storitve tudi doplačati, enako kot velja tudi za zavarovane osebe teh držav (ZZZS 2014, 75).

Zavarovana oseba, ki se za stalno preseli v drugo državo članico Evropske unije, ima pravico do zdravstvenih storitev v skladu s pravnim redom Evropske unije. To pomeni, da lahko v času stalnega bivanja v državah članicah Evropske unije uresničuje zdravstvene storitve po veljavni zakonodaji teh držav, in sicer v obsegu, kot ga zagotavljajo svojim zavarovanim osebam. Ta pravica se lahko uveljavlja na osnovi potrdila, izdanega s strani ZZZS, in sicer na pobudo zavarovane osebe ali tuje zavarovalne organizacije v kraju stalnega bivanja (ZZZS 2014, 73).

ZZVZZ ureja tri pravne položaje slovenskih zavarovanih oseb pri uresničevanju pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva. Pravico do zdravljenja v tujini podrobneje urejajo POZZ.

V prvem primeru lahko zavarovane osebe v skladu s 44. a-členom ZZVZZ v drugih državah članicah Evropske unije uresničujejo načrtovano zdravljenje v tujini, če so v RS izčrpane možnosti zdravljenja s pregledom, preiskavo ali zdravljenjem, v tujini pa je utemeljeno pričakovati ozdravitev oziroma izboljšanje ali preprečitev nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja. POZZ v 2. odstavku 135. a-člena določajo, da ima zavarovana oseba, ki še ni dopolnila 18 let, na potovanju in med pregledom, preiskavo ali zdravljenjem v tujini pravico do spremstva.

V drugem primeru lahko zavarovane osebe v skladu s 44. b-členom ZZVZZ, ki temelji na Uredbi (ES) št. 883/2004, uresničujejo pravico do odobritve pregleda, preiskave ali zdravljenja v državi Evropske unije, če je bila pri vpisu v čakalni seznam izvajalca določena čakalna doba, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo in v RS ni izvajalca, ki ne bi presegal najdaljše dopustne čakalne dobe. Kadar čakalna doba, ki je bila določena, ni presežena, se ugotavlja, ali čakalna doba presega razumni čas. Opredelitev pojmov čakalna doba, čakalni čas, čakalni seznam in razumen čas najdemo v Zakonu o pacientovih pravicah (ZPacP, Uradni list RS št. 15/08). Razumen čas v osnovi pomeni čas, ki ne presega obdobja,

sprejemljivega z vidika objektivne medicinske presoje kliničnih potreb pacienta glede na njegovo zdravstveno stanje, anamnezo, verjeten razvoj bolezni, stopnjo bolečin in naravo prizadetosti v trenutku uveljavljanja pravice.

Druga točka 20. člena Uredbe (ES) št. 883/2004 v primerjavi s 44. b-členom ZZVZZ navaja, da se odobri zdravljenje, ki spada med storitve, določene v zakonodaji države članice, v kateri oseba stalno prebiva in ji ga ob upoštevanju njenega trenutnega zdravstvenega stanja in verjetnega razvoja bolezni ni možno nuditi v časovnem obdobju, ki je medicinsko utemeljen.

V skladu z 2. odstavkom 135. b-člena POZZ ima zavarovana oseba, ki še ni dopolnila 18 let in to pravico uresničuje, na potovanju med pregledom, preiskavo ali zdravljenjem v državi članici Evropske unije pravico do spremstva.

V tretjem primeru imajo zavarovane osebe v skladu s 44. c-členom ZZVZZ, ki temelji na Direktivi 2011/24/EU, pravico, da se same odločijo, v kateri državi članici Evropske unije in pri katerem izvajalcu zdravstvenih storitev bodo uresničevale zdravstveno varstvo, ob izpolnjenem pogoju, da gre za zdravstvene storitve, ki izhajajo iz pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja v RS.

Zdravstveno storitev lahko zavarovana oseba v drugi državi članici Evropske unije uresničuje tako pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti, ki so vključeni v javno zdravstveno mrežo, kot tudi pri zasebnikih, in sicer na osnovi napotnice ali recepta, izdanega v RS (ZZZS 2014, 80).

Pravila Direktive 2011/24/EU se ne nanašajo na storitve na področju dolgotrajne oskrbe, ki jih zagotavljajo službe nege in pomoči na domu ter v socialno varstvenih domovih, dodelitve in dostopa do organov za namene presaditve organov ter javnih programov cepljenja proti nalezljivim boleznim (Rataj 2015, 65).

V 44. d-členu ZZVZZ je s tem, ko je določeno, da ima zavarovana oseba po zdravljenju v drugi državi članici Evropske unije v RS zagotovljen enak dostop do pravic do zdravljenja, kot če zdravljenje uresničuje v RS, zagotovljeno, da v morebitnih primerih napak ali slabega zdravljenja v drugi državi članici, zavarovana oseba ne bi imela težav pri morebitnem odpravljanju in morebitnih posledic teh (Godina 2013, 8).

4.2 Predhodna odobritev zdravljenja v tujini

Pred uresničevanjem pravice do čezmejnega zdravstvenega varstva morajo pacienti v določenih primerih za načrtovano zdravljenje v drugi državi članici Evropske unije pridobiti predhodno odobritev ZZZS. Predhodna odobritev je bila do sedaj večkrat osrednja točka razprav, saj predstavlja oviro prostemu pretoku blaga in storitev. V tej točki smo pregledali in analizirali predhodno odobritev ter na ta način ugotovili, ali je takšna ureditev v veljavni zakonodaji dopustna in pod kakšnimi pogoji. Pri tem smo tudi ugotovili, v kakšnem položaju

je zavarovana oseba, ki uresničuje svoje pravice do zdravljenja v tujini, v primerjavi z zavarovano osebo, ki uresničuje svoje pravice do zdravstvenih storitev doma.

Predhodna odobritev ZZZS je potrebna v primeru izčrpanih možnosti zdravljenja v RS. S pregledom, preiskavo ali zdravljenjem v tujini je utemeljeno pričakovati ozdravitev, izboljšanje ali preprečitev nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja in pri uresničevanju pravic na osnovi Uredbe (ES) št. 883/2004, Direktiva 2011/24/EU pa predvideva predhodno odobritev pri uresničevanju pravic pacientov do čezmejnega zdravstvenega varstva le izjemoma.

Sistem predhodne odobritve, vključno z merili in izvajanjem teh meril ter posameznimi odločitvami za zavrnitev predhodne odobritve, je na osnovi prve točke 8. člena Direktive 2011/24/EU omejen na to, kar je potrebno in sorazmerno z zadanim ciljem ter ne sme predstavljati sredstva za samovoljno diskriminacijo ali neutemeljene ovire za prost pretok pacientov.

Predmet predhodne odobritve na osnovi druge točke 8. člena Direktive 2011/24/EU je omejen na zdravstveno varstvo, ki:

- je predmet potreb za načrtovanje v zvezi z namenom zagotavljanja zadostnega in stalnega dostopa do uravnoveženega obsega visokokakovostnega zdravljenja v zadevni državi članici ali z namenom obvladovanja stroškov in kolikor je mogoče, preprečevanje odvečne porabe finančnih, tehničnih in človeških virov; vključuje vsaj eno prenočitev zavarovane osebe v bolnišnici in zdravstvene storitve, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme;
- vključuje oblike zdravljenja, ki pomenijo posebno tveganje za pacienta ali prebivalce;
- ga opravi izvajalec zdravstvenega varstva, ki bi lahko v posameznih primerih pomenil resne in konkretne pomisleke glede kakovosti ali varnosti oskrbe, z izjemo zdravstvenega varstva, za katerega velja zakonodaja Evropske unije, ki zagotavlja minimalno raven varnosti in kakovosti po vsej Evropski uniji.

Država članica zdravstvenega zavarovanja mora, na osnovi druge in sedme točke 8. člena Direktive 2011/24/EU, javno objaviti, katero zdravstveno varstvo je predmet predhodne odobritve, vse pomembne informacije o sistemu predhodne odobritve in o tem uradno obvestiti Evropsko komisijo. Minister pristojen za zdravje, je v RS, z Odredbo o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev, določil seznam zdravstvenih storitev, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme.

Direktiva 2011/24/EU v šesti točki 8. člena določa, da lahko država članica zdravstvenega zavarovanja zavrne predhodno odobritev iz naslednjih razlogov:

- če bo pacient skladno s klinično oceno z zadostno gotovostjo izpostavljen tveganju za varnost pacienta, ki se ne more razumeti kot sprejemljivo, pri čemer se upoštevajo morebitne prednosti, ki bi jih za pacienta imelo čezmejno zdravstveno varstvo;
- če bo širša javnost, zaradi čezmejnega zdravstvenega varstva, z zadostno gotovostjo izpostavljena varnostnemu tveganju;
- če mora biti zadevno zdravstveno varstvo zagotovljeno s strani izvajalca zdravstvenega varstva, glede katerega obstajajo resni in konkretni pomisleki v zvezi s spoštovanjem standardov, smernic glede kakovosti oskrbe in varnosti pacienta;
- če se to zdravstveno varstvo lahko izvede v roku, ki je utemeljen z medicinskega vidika in opravi na njenem ozemlju glede na trenutno zdravstveno stanje posameznega zadevnega pacienta in verjetnega razvoja bolezni.

Eden od razlogov, zaradi katerega lahko država članica zdravstvenega zavarovanja zavrne predhodno odobritev, je zagotovitev zdravstvenega varstva s strani izvajalca zdravstvene dejavnosti, glede katerega obstajajo resni in utemeljeni zadržki glede spoštovanja standardov, kakovosti oskrbe in varnosti pacienta. RS bi se lahko na obravnavano določbo sklicevala v primerih, ko bi pacienti želeli prejemati zdravstveno varstvo v manj razvitih državah članicah Evropske unije (Batagelj in Hergouth 2015, 11).

Standardi kakovosti in načini ocenjevanja kakovosti zdravstvenega varstva se med državami članicami zelo razlikujejo. Prav tako med državami članicami obstajajo precejšnje razlike v zagotavljanju varnosti pacientov. Z vidika kakovosti zdravstvenih storitev je zlasti problematična kategorija zasebni izvajalci zdravstvenih storitev, saj ti niso nujno zavezani k spoštovanju enakih standardov kakovosti kot javni izvajalci storitev (Batagelj in Hergouth 2015, 12).

Glede kakovosti in varnosti EPHA (European public health alliance) ugotavlja, da obstaja zaskrbljenost glede standardov kakovosti bodisi doma bodisi v predvideni državi zdravljenja. Informacije, ki jih na tem področju nudijo Nacionalne kontaktne točke, pogostokrat niso celovite in predstavljajo oviro pri uresničevanju čezmejnega zdravstvenega varstva, zaradi različnih postopkov ter kazalnikov v nacionalnih ocenjevanjih kakovosti in varnosti, na katero se sklicuje.

Evropska komisija (2015a) v poročilu o izvajanju Direktive 2011/24/EU navaja, da nekatere države članice Evropske unije zagotavljajo glede kakovosti in varnosti, povezave do različnih pravnih dokumentov; druge na splošno opišejo strategije za zagotavljanje kakovosti; nekaj jih zagotovi podrobne informacije, vključno s povezavami do sistemov ocenjevanja bolnišnic, z značilnimi parametri varnosti, kot na primer umrljivost, število primerov zdravljenja s komplikacijami in podobno; druge usmerjajo državljane v posebne vire, in sicer na spletni strani ali imenovano osebo. Nekatere pa sploh ne omenijo varnosti in kakovosti.

V RS so zdravstvene ustanove za izpolnitev zahtev Direktive 2011/24/EU pristopile k vzpostavitvi sistema akreditacije na podlagi mednarodno priznanih zdravstvenih standardov. Na spletni strani Ministrstva za zdravje je objavljen seznam zdravstvenih organizacij, akreditiranih na podlagi mednarodno priznanih zdravstvenih standardov.

Da država članica Evropske unije lahko zavrne predhodno odobritev na podlagi resnih in konkretnih pomislekov v zvezi s spoštovanjem standardov, smernic glede kakovosti oskrbe in varnosti pacienta, je nujno, da so vnaprej določena merila, na podlagi katerih se kakovost presoja. Merila morajo biti jasna in se morajo opirati na vsa spoznanja medicinske stroke. Poleg tega je nujno, da država članica po presoji teh meril z dejanskimi dokazi izkaže, da so nastali resni pomisleki glede kakovosti in varnosti čezmejnega zdravstvenega varstva, ki naj bi ga pacient prejel. Tega ne bo lahko dokazati. Končni razsodnik v primeru, da je taka razlaga skladna s pravom Evropske unije, je Sodišče Evropske unije (Batagelj in Hergouth 2015, 13).

Po podatkih Special Eurobarometra 425 (2015) je 21 odstotkov anketirancev Evropske unije, ki so menili, da nimajo dovolj podatkov glede uresničevanja in kakovosti čezmejnega zdravljenja, izrazilo zaskrbljenost glede kakovosti zdravljenja. V RS je zaskrbljenost glede kakovosti zdravljenja v tujini zaradi pomanjkanja informaciji izrazilo 13 odstotkov anketirancev.

Razlog za zavrnitev predhodne odobritve je lahko tudi, če se zdravstveno varstvo izvede v roku, ki je utemeljen z medicinskega vidika in opravi na njenem ozemlju glede na trenutno zdravstveno stanje posameznega zadevnega pacienta in verjetnega razvoja bolezni. Ta dikcija Direktive 2011/24/EU je bila implementirana v prvo alinejo četrtega odstavka 44. c-člena ZZVZZ, ki določa, da se predhodna odobritev lahko zavrne, če je zdravstveno storitev mogoče uveljavljati v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob, pri vsaj enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v RS glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in na verjetni razvoj bolezni, pa za zdravljenje ne bo presežen razumen čas.

ZZVZZ sicer posebej ne določa, vendar Direktiva 2011/24/EU jasno opredeljuje, da mora država članica zdravstvenega zavarovanja preveriti utemeljenost zahtevka za predhodno odobritev čezmejnega zdravstvenega varstva v drugi državi članici Evropske unije, podanega s strani zavarovane osebe, ali so izpolnjeni pogoji iz Uredbe (ES) št. 883/2004. Če so izpolnjeni pogoji iz Uredbe 883/2004, se pacientu odobri predhodna odobritev v skladu s to uredbo, razen če pacient ne zahteva drugače (Godina 2013, 8).

Načrtovano zdravljenje v skladu z Uredbo (ES) št. 883/2004 je v večini primerov za zavarovano osebo ugodnejša, in sicer v primeru odobritve zahtevka za predhodno odobritev zavarovana oseba od ZZZS prejme ustrezen obrazec, na podlagi katerega uresničuje zdravljenje v javni zdravstveni ustanovi v drugi državi članici Evropske unije v skladu z zakonodajo te države članice. V tem primeru ima zavarovana oseba tudi pravico do

spremljanja, če je to potrebno, in potnih stroškov ter stroškov nastanitve. Zdravstvenih storitev zavarovani osebi ni treba plačati, razen morebitnih doplačil oziroma participacije (Godina 2013, 8).

4.3 Postopek odločanja o pravici do zdravljenja v tujini

V tej točki smo podrobneje preučili in analizirali postopek odločanja o pravici do zdravljenja v tujini, ki se uvede na zahtevo zavarovane osebe. Pri tem smo ugotovili, ali so roki, navedeni v pravnih dokumentih, primerni oziroma razumni, ali nosilec zdravstvenega zavarovanja odloči v roku, ki je zakonsko določen, in kako je z dokumentacijo, ki jo mora zavarovana oseba predložiti v svojem zahtevku.

Pravila postopka za predhodno odobritev zdravljenja v tujini, v RS, določajo POZZ v poglavju XIII/10 in Zakon o splošnem upravnem postopku (ZUP, Uradni list RS, št. 24/06 do 82/13). Postopek odobritve ne sme temeljiti na diskriminatornih merilih in neutemeljenih ovirah za prost pretok pacientov.

Na zahtevo zavarovane osebe se uvede postopek odločanja o pravici do zdravljenja v tujini. O napotitvi in utemeljenosti predlaganega zdravljenja v tujini odloča pristojna uradna oseba ZZZS, na osnovi medicinske in druge dokumentacije, mnenja klinike ter morebitnega mnenja imenovanega zdravnika, člana zdravstvene komisije oziroma drugega zdravnika ZZZS (ZZZS b. 1.). Vlogo za odobritev načrtovanega zdravljenja v tujini mora zavarovana oseba podati na ZZZS, Območna enota Ljubljana, ne glede na način uresničevanja pravice do čezmejnega zdravstvenega varstva (Nacionalna kontaktna točka b. 1.). Ko zavarovana oseba na območno enoto ZZZS vloži zahtevo za predhodno odobritev, začne teči rok, v katerem mora uradna oseba odločiti in vročiti odločbo (Rataj 2015, 73). Nikjer v POZZ ni mogoče zaslediti roka, v katerem mora pristojni organ odločiti; mora pa na osnovi prvega odstavka 256. člena POZZ v postopku odločanja o pravicah uporabljati zakon, ki ureja splošni upravni postopek, razen če z zakonom ni drugače določeno. Ker gre za upravni postopek, se dopolnilno uporabljajo določbe ZUP. Ta določa, da mora pristojni organ odločiti in vročiti upravno določbo v roku enega ali dveh mesecev, odvisno ali gre za skrajšani ali posebni ugotovitveni postopek. Vprašanje je, ali je ta rok primeren in razumen. Pri uveljavljanju obveznega zdravstvenega zavarovanja so v ZZVZZ določeni krajši roki za odločanje (Rataj 2015, 70). Imenovani zdravnik mora na osnovi četrtega odstavka 81. člena ZZVZZ izdati odločbo najpozneje v osmih dneh po prejemu zahteve oziroma predloga osebnega zdravnika. Zdravstvene težave oziroma slabo zdravstveno stanje terja hitro obravnavo (Rataj 2015, 70). Iz poročila Evropske komisije (2015b) glede podatkov držav članic na področju čezmejnega zdravstvenega varstva po Direktivi 2011/24/EU je povprečni čas obravnave zahtevkov v koledarskem letu 2015 v RS trajal slabih 26 dni. Iz navedenega lahko povzamemo, da nosilec zdravstvenega zavarovanja odloči v zakonsko predvidenem roku.

Vloga za predhodno odobritev zdravljenja mora biti razumljiva in se razlikuje glede na način uresničevanja pravice do zdravljenja v tujini (Nacionalna kontaktna točka b. 1.). V ZZVZZ so določeni trije pravni položaji upravičenosti do zdravljenja v tujini. Katere dokumente mora zavarovana oseba predložiti, podrobneje določajo POZZ. Manjše razlike se pojavijo pri predložitvi dokumentov v zahtevah za povrnitev stroškov. Po Uredbi (ES) št. 883/2004 POZZ zahtevajo predložitev dokumentacije, iz katere je razvidno, da je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam in dokumentacijo, iz katere je razviden določen datum zdravljenja v RS ter izvajalec. Po Direktivi 2011/24/EU POZZ se zahteva, da je treba v zahtevi navesti podatek o številki in datum odločbe ZZS o predhodni odobritvi povrnitve stroškov zdravstvene storitve (Rataj 2015, 70–71).

POZZ v 228. členu določajo, da mora zavarovana oseba na poziv ZZS predložiti prevod dokumentacije v slovenskem jeziku na lastne stroške, kadar uradna oseba zavoda ne razume dokumentacije v tujem jeziku, in sicer ne glede na zakonsko predvidene možnosti. Pri tem je treba opozoriti, da 7. odstavek 76. člena Uredbe (ES) št. 883/2004 določa, da organi, nosilci in sodišča ene države članice ne smejo zavrniti zahtevkov ali drugih dokumentov, ki so jim predloženi, z utemeljitvijo, da so napisani v uradnem jeziku druge države članice, ki je priznan kot uradni jezik institucij Skupnosti v skladu z 290. členom Pogodbe. Določbe Uredbe (ES) št. 883/2004 se v državah članicah Evropske unije uporabljajo neposredno in prevladajo nad določbami POZZ. Prav tako lahko dikcija 228. člena POZZ za zavarovano osebo pomeni oviro pri uresničevanju pravice do zdravljenja v tujini, saj prevodi dokumentov po navadi niso poceni in so povezani z velikimi stroški (Rataj 2015, 72). Na osnovi tretjega odstavka 256. člena POZZ o pravici do zdravljenja v tujini in zahtevi za povračilo stroškov odloča na I. stopnji ZZS, na II stopnji pa Direkcija ZZS.

Po podatkih, navedenih v Poslovnem poročilu ZZS (2014 in 2015), je ZZS v letu 2014 na podlagi 44. a-člena ZZVZZ skupno obravnaval 649 vlog, od tega je bilo 465 vlog pozitivno rešenih. Prav tako kot v letu 2015 so bile zavarovane osebe največkrat napotene na pregled, preiskavo ali zdravljenje v Nemčijo oziroma v Avstrijo. Direkcija je v letu 2014 obravnavala 41 pritožb zoper odločbe, izdane na prvi stopnji, od katerih je bilo 9 ugodno oziroma delno ugodenih, 31 zavrnjenih, v enem primeru je bil izdan sklep o ustavitvi postopka. Zaradi predolge čakalne dobe v RS na podlagi 44. b-člena ZZVZZ je ZZS obravnaval 127 vlog. Največ vlog se je nanašalo na odobritev zdravljenja v Hrvaški. Direkcija je v letu 2014 obravnavala 11 pritožb zoper odločbe, izdane na prvi stopnji, od katerih sta bili 2 delno ugodeni, 9 pa je bilo zavrnjenih. Na podlagi 44. c-člena ZZVZZ je ZZS, v letu 2014 prejel 24 vlog za izdajo predhodne odobritve, od tega je bilo 9 vlog odobrenih.

V letu 2015 je ZZS na podlagi 44. a-člena ZZVZZ skupno obravnaval 747 vlog, od tega je bilo pozitivno rešenih 518. Zavarovane osebe so bile na pregled, preiskavo ali zdravljenje največkrat napotene v Nemčijo oziroma v Avstrijo. Direkcija je v letu 2015 obravnavala 79 pritožb zoper odločbe, izdane na prvi stopnji, od katerih je bilo 27 ugodenih oziroma delno

ugodenih, 52 pa zavrženih. Zaradi predolge čakalne dobe v RS na podlagi 44. b-člena ZZVZZ je ZZZS, v letu 2015, obravnaval 414 vlog. Največ postopkov se je zaključilo s sklepom o zavrženju, saj so bile vloge nepopolne. Direkcija je obravnavala 38 pritožb zoper odločbe, izdane na prvi stopnji, od katerih sta bili 2 ugodeni, 34 pa je bilo zavrženih. Na podlagi 44. c-člena ZZVZZ je ZZZS v letu 2015 prejel 39 vlog za izdajo predhodne odobritve, od tega je bilo 7 vlog odobrenih.

Iz podatkov ZZZS je tako razvidno, da je bilo v letu 2015 v primerjavi z letom 2014 obravnavano večje število vlog.

O pravici do povračila stroškov zdravljenja in morebitnih potnih stroškov se odloča hkrati z odobritvijo zdravljenja zavarovani osebi v tujini. Odločitve sprejme uradna oseba ZZZS, z odločbo (Nacionalna kontaktna točka b. 1.).

4.4 Pravica do povračila stroškov zdravstvenih storitev, uveljavljenih v drugi državi članici Evropske unije

Uresničevanje čezmejnega zdravstvenega varstva je povezano s stroški, ki v določenih primerih niso zanemarljivi. Glede na navedeno se na strani pacienta postavlja pomembno vprašanje povračila stroškov. V tej točki smo podrobneje analizirali pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev, uveljavljenih v drugi državi članici Evropske unije. Ugotovili smo, do kakšne višine stroškov je zavarovana oseba upravičena glede na pravni položaj, ki ga določa ZZVZZ, kakšen je dejanski obseg povpraševanja po zdravstvenih storitvah oziroma povračila stroškov in kje so razlogi za nizko uresničevanje pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva. Prav tako smo ugotovili, v kakšnem položaju se znajde zavarovana oseba v primerjavi s položajem zavarovane osebe, ki uresničuje svoje pravice v matični državi.

Višino povrnitve stroškov določa ZZVZZ. Pravila postopka za uveljavljanje povračila stroškov zdravstvenih storitev zdravljenja v tujini v RS določajo POZZ v poglavju XII/10 in ZUP enako kot postopek odobritve zdravljenja v tujini.

Do povračila stroškov za zdravstvene storitve, ki spadajo med pravice obveznega zdravstvenega zavarovanja v RS, so upravičene zavarovane osebe, ki uresničujejo čezmejne zdravstvene storitve v drugi državi članici Evropske unije (Ministrstvo za zdravje 2014b). Pri tem se nam postavlja vprašanje, v kakšnem roku mora zavarovana oseba uveljavljati povrnitev stroškov. Splošnega roka za uveljavljanje povrnitve stroškov ni mogoče najti niti v ZZVZZ niti v POZZ. V nekaterih državah članicah Evropske unije takšen rok obstaja. Na primer v Latviji morajo zavarovane osebe zahtevati povračilo stroškov v roku enega leta po prejetju zdravstvenih storitev. V RS ob odsotnosti posebne ureditve pride v poštev 346. člen OZ, ki določa splošni zastaralni rok petih let (Rataj 2015, 70).

V sodbah Sodišča Evropske unije v zadevi Kohll, Gerets-Smits in Peerboons, Muller-Faure in Van Riet, Evropska komisija proti Franciji in tudi v zadevi Stamatelaki zahteva po predhodni odobritvi kritija stroškov zdravstvenega varstva, zagotovljenega v drugi državi članici Evropske unije iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, pomeni omejevanje prostega pretoka storitev. Glede na navedeno države članice povračila stroškov za uresničevanje zdravstvenih storitev v drugi državi članici praviloma ne bi smele pogojevati s predhodno odobritvijo. Merila, povezana s predhodno odobritvijo, morajo temeljiti na nekaterih dejstvih, na podlagi katerih je mogoče utemeljiti ovire in prost pretok zdravstvenih storitev, kot na primer obvladovanje stroškov, zagotavljanje zadostnega ter stalnega dostopa do visokokakovostnega zdravljenja, resno ogrožanje finančnega ravnovesja nacionalnega sistema zdravstvenega varstva in tako dalje (Godina 2011, 8).

V primeru, da zavarovana oseba uresničuje pravico do zdravljenja v tujini zaradi izčrpanih možnosti zdravljenja v RS, se stroški zdravstvenih storitev na osnovi drugega odstavka 44. a-člena ZZVZZ zavarovani osebi povrnejo v višini dejanskih stroškov storitev. Vendar ne več, kot znašajo stroški teh storitev, če bi jih zavarovana oseba uveljavljala pri javnih izvajalcih zdravstvene dejavnosti v državi, v kateri so bile uveljavljene.

V primeru, da zavarovana oseba uresničuje pravico do zdravljenja v tujini na osnovi Uredbe (ES) št. 883/2004, se stroški zdravstvenih storitev zavarovani osebi na osnovi drugega odstavka 44b. člena ZZVZZ povrnejo v višini dejanskih stroškov, vendar ne več, kot znašajo stroški teh storitev v javni zdravstveni mreži, v državi, v kateri so bile uveljavljene. Enako velja v primeru, ko zavarovana oseba zdravljenje že opravi in nato uveljavlja povračilo potnih stroškov v skladu z Uredbo (ES) št. 883/2004. Območna enota ZZZS v tem primeru pridobi podatek o višini zdravljenja pri tuji zavarovalnici. V upravičenem primeru se za zavarovano osebo in spremljevalca opravi povračilo potnih stroškov (Nacionalna kontaktna točka b. 1.).

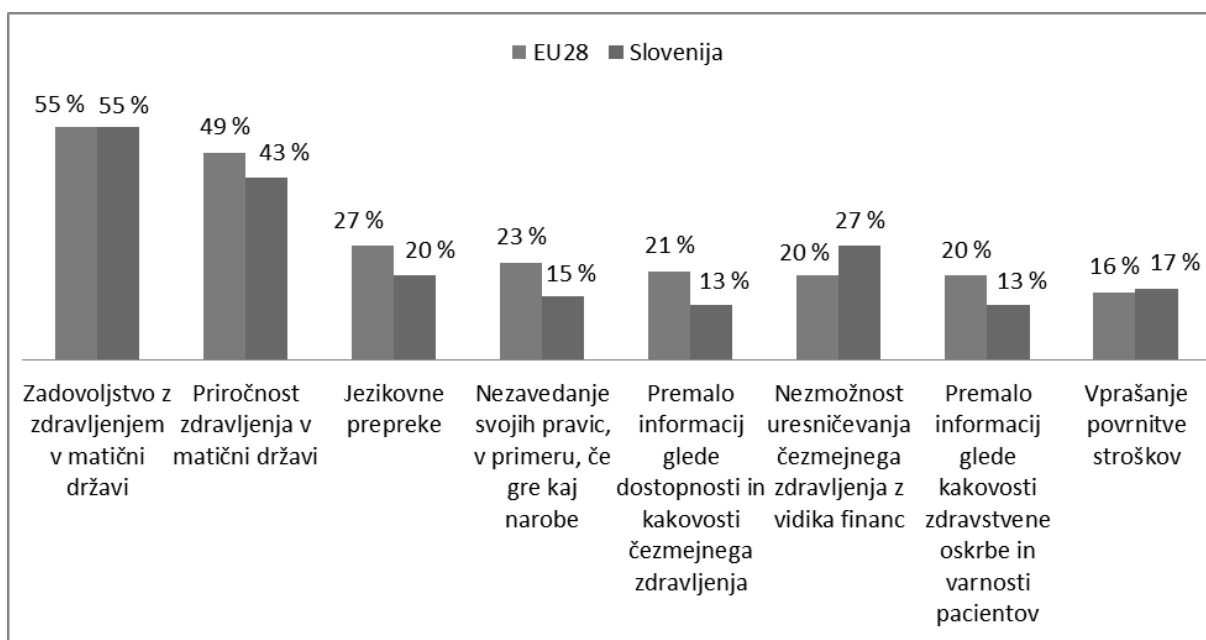
Po podatkih iz Poslovnega poročila ZZZS je v letih 2014 in 2015 med ZZZS in tujimi nosilci zdravstvenega zavarovanja preostalih držav članic Evropske unije potekala medsebojna izmenjava podatkov ter zahtevkov za obračunavanje dejanskih stroškov. Znesek novonastalih obveznosti ZZZS do držav članic Evropske unije je v letu 2015 znašal dobrih 18 milijonov evrov, v letu 2014 pa dobrih 15 milijonov evrov. Najvišji znesek novonastalih obveznosti je tako v letu 2015 kot v letu 2014 predložila Hrvaška, kjer prevladujejo stroški za slovenske upokojence in njihove družinske člane ter družinske člane slovenskih aktivnih zavarovancev, ki stalno prebivajo v tej državi. Sledita Nemčija in Avstrija. Iz navedenega lahko povzamemo, da so bile novonastale obveznosti ZZZS do drugih držav članic Evropske unije v letu 2015 za petino višje kot v letu 2014. Glede na to, da znašajo celotni odhodki ZZZS slabi dve milijardi in pol evrov, so obveznosti ZZZS do drugih držav članic Evropske unije zanemarljive, saj predstavljajo odhodki za čezmejno zdravstveno varstvo slab odstotek celotnih odhodkov ZZZS. Podatki se ujemajo z ugotovitvami Evropske komisije (2015a), ki v svojem poročilu o izvajanju Direktive 2011/24/EU ugotavlja, da je mobilnost pacientov pri

načrtovanem zdravstvenem varstvu v okviru direktive in koordinacijskih uredb še vedno majhna.

Obseg povpraševanja o zdravstvenih storitvah v drugih državah, trenutno predstavlja zgolj okoli 1 odstotek javne porabe za zdravstveno varstvo, kar je zdaj približno 10 milijard evrov. Ta ocena vključuje tudi nenačrtovano zdravstveno varstvo, torej iskanje nujne in potrebne zdravstvene pomoči turistov. To pomeni, da je trenutno dejanski obseg javne porabe za načrtovano zdravstveno varstvo nižji od 1 odstotka (Evropska komisija 2013).

Po mnenju avtorjev (Sokol, Mintas Hudak in Abramović 2012, 27) ima čezmejno zdravstveno varstvo pomembno vlogo zlasti v obmejnih območjih, kje je delež mobilnosti pacientov večji. To se kaže zlasti na področjih, kamor potujejo številni turisti, na področju redkih bolezni ali v manjših državah članicah Evropske unije (Evropska komisija 2008, 7–8).

Vzrokov za majhno mobilnost pacientov je po podatkih iz poročila Evropske komisije (2015a) o izvajanju Direktive 2011/24/EU lahko več. Prvi razlog naj bi bil ta, da so nekatere države članice Evropske unije začele pozno izvajati Direktivo 2011/24/EU. Drugi razlog je majhno število državljanov Evropske unije, ki se zavedajo svojih pravic do povračila stroškov. Tudi ko se državljani Evropske unije zavedajo svojih pravic, pacienti v več državah članicah nimajo dostopa do pravih informacij, kako te pravice uresničiti v praksi. Tretjič, pacienti se v številnih državah Evropske unije srečujejo z velikimi ovirami zdravstvenih sistemov, ki se vsaj v nekaterih primerih zdijo rezultat namernih političnih izbir (v mnogih primerih ni jasno, za katere zdravstvene storitve je potrebna predhodna odobritev, zapletene upravne zahteve in podobno). Morda je naravno povpraševanje po čezmejnem zdravstvenem varstvu sorazmerno nizko iz več razlogov, kot so nepripravljenost pacientov na potovanje, jezikovne ovire, razlike v ceni zdravstvenih storitev med državami članicami Evropske unije in podobno. Razlogi za nizko uresničevanje pravic pacientov do čezmejnega zdravstvenega varstva v državah članicah Evropske unije so po podatkih Special Eurobarometer 425 (2015) tako lahko različni (slika 2).



Slika 2: Razlogi, zakaj zavarovana oseba ne uresničuje svoje pravice do čezmejnega zdravstvenega varstva

Vir: Special Eurobarometer 425, 2015.

Direktiva 2011/24/EU povračilo stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo ureja v tretjem poglavju in omogoča več možnosti za povračilo stroškov, kot jih omogoča ZZVZZ. V primeru, da zavarovana oseba uresničuje zdravljenje v tujini, na osnovi Direktive 2011/24/EU stroške čezmejnega zdravstvenega varstva zavarovana oseba plača sama, nato poda vlogo za povračilo stroškov na pristojno območno enoto ZZZS. Stroški zdravstvene storitve se povrnejo v višini povprečne cene zdravstvenih storitev v RS, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški. ZZZS zavarovani osebi povrne stroške v deležu iz 23. člena ZZVZZ. Zavarovana oseba uveljavlja razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev pri zavarovalnici, kjer ima sklenjeno dopolnilno zavarovanje (Nacionalna kontaktna točka b. 1.).

Direktiva 2011/24/EU od držav članic Evropske unije zahteva povračilo stroškov v višini vrednosti zdravljenja v matični državi. S tem se pacienta iz revnejših držav z manj razvitimi zdravstvenimi sistemi takoj postavi v slabši položaj. Na primer zdravstvene storitve na Hrvaškem so na voljo za bistveno manj denarja kot na Švedskem. Tako bi hrvaški pacient iz svojega lastnega žepa kril precejšnjo razliko v stroških zdravljenja, medtem ko pacienti iz bogatejših držav članic Evropske unije za svoje zdravljenje v tujini iz svojega žepa razlike ne krijejo (EPHA 2015, 6). Glede na navedeno je velika verjetnost, da bo pacient iz bogatejših držav z razvitim zdravstvenim sistemom koristil čezmejno zdravstveno varstvo v državah z nižjimi stroški zdravstvenih storitev. Gibanje v drugo smer je praktično izključeno (Pennings b. 1., 449). Po drugi strani bogatejše vlade učinkovito pridobivajo, če je zdravljenje v tujini cenejše (EPHA 2015, 6).

Pravico do zdravljenja v drugi državi članici Evropske unije na osnovi Direktive 2011/24/EU, lahko uveljavljajo predvsem bolj obveščene in premožnejše osebe (Pennings b. 1., 449). Vsak si namreč ne more privoščiti dragega čezmejnega zdravljenja in nato doma čakati na povrnitev stroškov. Poleg tega bo lahko pomemben del stroškov pacient prisiljen nositi sam. S tem bodo nekateri prišli do zdravljenja mimo čakalne vrste in do omejenih sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja prej in hkrati čakalno vrsto podaljšali za ostale (Strban 2014, 107). Direktiva 2011/24/EU prinaša tveganje na področju stroškov, ki ostanejo na strani pacienta in ne rešuje problema finančne dostopnosti. Prav tako se postavlja vprašanje problema dostopnosti sistema za povračilo stroškov, kar je pogostokrat odvisno od izpolnjevanja različnih pogojev. Obseg in raven povračila stroškov sta lahko strogo omejena, tako da pravočasnost povračila ni zagotovljena (Berki 2015, 249). Nemalokrat se zgodi, da so zavarovane osebe pri čezmejnem zdravljenju odvisne od prostovoljnih prispevkov dobrih ljudi. Glede na navedeno lahko povzamemo, da je v tem primeru zavarovana oseba v slabšem položaju kot pa zavarovana oseba, ki uresničuje zdravstvene storitve v matični državi. Pacienti nimajo pravice do socialne varnosti, če morajo imeti dovolj denarja, da lahko uveljavljajo pravico do čezmejnega zdravljenja (Strban 2014, 107). Takšna ureditev potencialnim pacientom, ki želijo uresničevati svoje pravice do zdravljenja v tujini, predstavlja oviro (Pennings b. 1., 451).

Direktiva 2011/24/EU s pravicami, ki jih prinaša, omogoča povračilo stroškov za zdravstvene storitve v tujini, in sicer ne glede na to, ali gre za javno, zasebno, bolnišnično ali specialistično ambulantno zdravljenje. S tem prihaja v državah članicah Evropske unije do razlikovanj med pogoji za plačljivost zdravstvenih storitev v RS in izven nje (Knez 2014, 86). Glede na navedeno je zavarovana oseba, ki uresničuje pravice pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, v boljšem položaju kot zavarovana oseba, ki svoje pravice uresničuje v matični državi. V takšnem primeru stroka govori o obrnjeni diskriminaciji. Obrnjeno diskriminacijo smo podrobneje pojasnili v poglavju 4.5.

Na osnovi prvega odstavka 135. c-člena POZZ ima zavarovana oseba, ki uresničuje svojo pravico na osnovi Direktive 2011/24/EU, pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev, ki izhajajo iz pravice obveznega zdravstvenega zavarovanja v RS in jih uveljavi v drugi državi članici Evropske unije na osnovi zelene napotnice osebne oziroma napotnega zdravnika v RS, odločbe ZZS o predhodni odobritvi, naročilnice ali naročilnice Evropske unije, recepta ali receptnega obrazca, odločbe ZZS o odobritvi zdraviliškega zdravljenja ter na osnovi odločbe ZZS o upravičenosti do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe ali o pravici do zahtevnejšega medicinskega pripomočka.

Drugi odstavek 44. c-člena ZZVZZ določa, da se predhodna odobritev ZZS kot pogoj za povračilo stroškov zdravljenja v tujini zahteva v primerih, kadar gre za bolnišnične zdravstvene storitve, ki vključujejo prenočitev zavarovane osebe, in za zdravstvene storitve,

ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme.

Na osnovi tretjega odstavka 44. c-člena ZZVZZ zavarovana oseba ni upravičena do povračila stroškov zdravstvenih storitev v tujini, in sicer, ko gre za zdravstvene storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti, zdravstvene storitve na področju dolgotrajne oskrbe, vključno z neakutno bolnišnično obravnavo ter zdravljenjem in nego v socialnovarstvenih zavodih, zdravstvene storitve na področju pridobivanja in presaditve delov človeškega telesa, zdravstvene storitve na področju presejalnih programov, sobivanje enega od staršev v zdravstvenem zavodu z bolnim otrokom do dopolnjenega petega leta starosti otroka, medicinske pripomočke, ki so predmet izposoje zaradi potreb pri zdravljenju, negi in rehabilitaciji na domu, šolanega psa vodiča, do katerega je upravičena slepa oseba, ter potne stroške in spremstvo.

Iz Poslovnega poročila ZZZS za leti 2014 in 2015 izhaja, da je ZZZS v letu 2015 na osnovi Direktive 2011/24/EU zavarovanim osebam za povračilo stroškov vseh pozitivno rešenih vlog povrnil slabega pol milijona evrov, v letu 2014 je ta znesek znašal dobrih sto petdeset tisoč evrov. Glede na leto 2014 je ZZZS v letu 2015 za povračilo tovrstnih stroškov namenil slabih 200 odstotkov več sredstev. Zavarovane osebe so v tujini najpogosteje opravile preiskavo elektromiografije in operacije na ožilju. V letu 2015 je ZZZS za operacije na ožilju prejel kar 465 vlog za povračilo stroškov, v letu 2014 pa le 66 vlog. Po podatkih Special Eurobarometra 425 je imelo v letu 2015 samo 15 odstotkov anketirancev, ki so uresničevali čezmejno zdravljenje v drugi državi Evropske unije v zadnjih 12 mesecih, problem povrnitve stroškov zdravljenja od svoje zdravstvene zavarovalnice. Kar 69 odstotkov anketirancev Evropske unije tega problema ni imelo. V RS je to težavo imelo 23 odstotkov anketirancev, medtem ko 64 odstotkov anketirancev teh težav ni imelo.

4.5 Obrnjena diskriminacija

Vprašanje obrnjene diskriminacije vse bolj pridobiva pomen, zato smo v tej točki opredelili oziroma pojasnili, kaj obrnjena diskriminacija sploh je, in ugotovili, ali je takšna ureditev v skladu z veljavno zakonodajo.

O obrnjeni diskriminaciji govorimo, kadar ima posameznik zaradi gibanja med državami članicami Evropske unije več pravic, kot če ostane znotraj matične države (Rataj 2015, 76).

Evropska komisija (2017) v analitičnem poročilu o dostopu čezmejnega zdravstvenega varstva sicer trdi, da je treba zagotoviti vse oblike dostopa do visokokakovostnega zdravljenja tako mobilnim kot tudi nacionalnim pacientom. Zakonodaja Evropske unije ne bi smela povzročati nezaželenih učinkov nacionalnim pacientom, ki so v primerjavi z mobilnimi pacienti še vedno v večini. Vendar to ne drži.

Direktiva 2011/24/EU pacientom omogoča uresničevanje zdravljenja pri izvajalcih v javni zdravstveni mreži držav članic ali pri zasebniku, ki vanjo ni vključen. Omejitve, kot so čakalne dobe, lahko obstajajo pri izvajalcih v javni mreži, ne pa tudi pri zasebnikih (Strban 2014, 104). S prenosom Direktive 2011/24/EU v slovensko zakonodajo je prišlo do slabšega položaja nacionalnih izvajalcev zdravstvenih storitev. V pravu Evropske unije je takšen položaj znan kot obrnjena diskriminacija (Knez 2014, 86).

Pacient, ki uveljavlja zdravstvene storitve v RS, je v slabšem pravnem položaju kot pacient, ki se je odločil za uresničevanje svojih pravic v drugi državi članici Evropske unije. Pacienti, ki uresničujejo svoje pravice pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, lahko uveljavljajo zdravstvene storitve tako pri javnih kot tudi v zasebnih zdravstvenih ustanovah, medtem ko lahko pacient v RS uveljavlja zdravstvene storitve le v javnih zdravstvenih ustanovah. Pacienti imajo pri uresničevanju čezmejnega zdravljenja tako večjo možnosti izbire izvajalcev, kot pacienti, ki ostajajo znotraj nacionalnih sistemov in so tako omejeni zgolj na izvajalce, ki so sicer lahko javni ali zasebni, a morajo biti del javne mreže izvajalcev zdravstvene dejavnosti (Došenovič Bonča 2014, 67). Pacient, za katerega veljajo le nacionalni, na primer slovenski predpisi, nima možnosti obravnave na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja pri zasebnih izvajalcih zdravstvene dejavnosti (Strban 2014, 104).

Tovrstna obrnjena diskriminacija ima negativne posledice na pravni položaj oseb, za katere velja le nacionalno pravo države članice in vodi v nepravičen rezultat (Strban 2014, 106). Pravo Evropske unije nima pristojnosti, da bi lahko obravnavalo obrnjeno diskriminacijo. To je namreč vprašanje nacionalnega ustavnega prava in ustavne pravice do enakosti pred zakonom (Knez 2014, 86). Glede na navedeno se nam postavlja vprašanje, ali je takšna ureditev v nasprotju z Ustavo RS oziroma ali gre v tem primeru za kršitve ustavnih določb, kajti Ustava RS, v svojem 14. členu, ureja prepoved diskriminacije. Ta določa, da so v RS vsakomur zagotovljene enake človekove pravice in temeljne svoboščine, ne glede na narodnost, raso, spol, jezik, vero, politično ali drugo prepričanje, gmotno stanje, rojstvo, izobrazbo, družbeni položaj, invalidnost ali katerokoli drugo osebno okoliščino. Pred zakonom so vsi enaki. Zakonodajalec bo moral na tem področju slej ko prej sprejeti ustrezno odločitev.

Ali bi bila v tem primeru rešitev sprememba zakonodaje Evropske unije namesto direktiv in po možnosti PDEU? Vprašanje je, ali je res mogoče spremeniti vsebino nacionalnih javnih sistemov zdravstvenega varstva in jih na neki način uskladiti in ne le koordinirati (Evropska komisija 2017, 85). Sodna praksa Sodišča Evropske unije se je uzakonila v obliki Direktive 2011/24/EU. Mogoče je prišel čas za kodifikacijo vseh čezmejnih pravil sistemov zdravstvenega varstva v enoten zakonodajni instrument, ki bi prinašal jasnost in enostavnost ter premagal zapletenost čezmejnih možnosti zdravstvenega varstva (Evropska komisija 2017, 8).

4.6 Uveljavljanje zdravstvenih storitev pacientov iz drugih držav članic Evropske unije

Izvajalci zdravstvene dejavnosti morajo v RS pacientom iz drugih držav članic Evropske unije, ki uresničujejo zdravstvene storitve v RS, zagotoviti enako obravnavo, kot jo zagotavljajo slovenskim zavarovanim osebam. V tej točki smo ugotovili, kako naj izvajalci zdravstvene dejavnosti glede na veljavno zakonodajo postopajo v primeru uresničevanja zdravstvenih storitev pacientov iz drugih držav članic Evropske unije. Osredotočili smo se na zaračunavanje cen zdravstvenih storitev.

Četrti odstavek 4. člena Direktive 2011/24/EU določa, da izvajalci zdravstvenega varstva držav članic na njihovem ozemlju pacientom iz drugih držav članic zaračunajo enake cene za zdravstveno varstvo, kot jih zaračunajo domačim pacientom s primerljivim zdravstvenim stanjem, ali da zaračunajo ceno v skladu z objektivnim, nediskriminatornimi merili, če ni primerljive cene za domače paciente. Ta odstavek ne posega v nacionalno zakonodajo, ki izvajalcem zdravstvenega varstva omogoča, da določajo svoje cene pod pogojem, da pri tem ne diskriminirajo pacientov iz drugih držav članic.

Za tuje paciente morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti v RS uporabiti enake cene, kot jih zaračunavajo domačim pacientom, v okviru nacionalne javne sheme. V primeru, da v okviru nacionalne javne sheme cena ni določena, mora izvajalec zdravstvene dejavnosti zaračunati nediskriminatorno in objektivno ceno. Cena se v skladu z objektivnimi, nediskriminatornimi merili določi na način, da se zajamejo stroški izvajalca in pribitki, ki se zaračunavajo domačim pacientom, vključenim v nacionalno javno shemo. Ta cena se izračuna za povprečnega javnega bolnika in se razlikuje od izvajalca do izvajalca v državi članici zdravljenja pod pogojem, da vsi ponudniki uporabljajo enako cenovno formulo (Ministrstvo za zdravje 2014b, 3).

Če pacienti iz drugih držav članic Evropske unije uveljavljajo pravice v ordinacijskem času, ki velja za slovenske zavarovane osebe, morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti v RS pacientom iz drugih držav članic Evropske unije zagotoviti standarde v skladu s POZZ glede vpisovanja v čakalne seznime in zaračunavanja cen (Ministrstvo za zdravje 2014b, 3).

V primeru, da zavarovane osebe drugih držav članic Evropske unije uresničujejo zdravstvene storitve mimo javno zdravstvenega sistema, so obravnavane kot samoplačniki. Cene samoplačniških storitev morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti urediti s ceniki, vendar pri tem ne sme prihajati do diskriminacije pacientov iz drugih držav članic Evropske unije. Samoplačniške storitve obsegajo naslednje zdravstvene storitve in medicinske pripomočke (Ministrstvo za zdravje 2014b, 3–4):

- zdravstvene storitve in medicinske pripomočke, ki niso zajeti v košarici pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja;

- zdravstvene storitve in izdelavo medicinskih pripomočkov, ki so zajete v obveznem zdravstvenem zavarovanju, vendar so opravljene po tako imenovanem nadstandardu;
- zdravstvene storitve in medicinske pripomočke, ki niso zajete v obveznem zdravstvenem zavarovanju, vendar jih ni mogoče opravljati ločeno od zdravstvenih storitev, ki jih zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje;
- zdravstvene storitve in izdelavo medicinskih pripomočkov, ki so zajete v obveznem zdravstvenem zavarovanju, vendar jih zavarovana oseba uveljavlja izven sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

Izvajalci zdravstvene dejavnosti v RS morajo Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje za preteklo koledarsko leto sporočiti podatke o uveljavljanju zdravstvenih storitev pacientov iz drugih držav članic Evropske unije (Ministrstvo za zdravje 2014b, 3–4). Poročanje se nanaša na paciente, ki zdravstvene storitve pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti uveljavljajo zgolj na podlagi Direktive 2011/24/EU (Ministrstvo za zdravje 2014c).

S strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje sem prejela pojasnilo, da so vse slovenske bolnišnice, razen bolnišnice v Izoli, v letu 2015 poročale, da pacientov, ki bi se sklicevali na Direktivo 2011/24/EU, niso obravnavali. Glede na podatke preteklih let Nacionalni inštitut za javno zdravje ocenjuje, da bo število pacientov v bolnišnici Izola, ki so se sklicevali pri zdravljenju na Direktivo 2011/24/EU, manjše od deset pacientov.

4.7 Sklepne ugotovitve poglavja

V RS ima zavarovana oseba, ki je vključena v obvezno zdravstveno zavarovanje, pravico do uresničevanja čezmejnega zdravstvenega varstva. Pri tem mora upoštevati tako nacionalni kot tudi evropski pravni red. Pri analizi veljavne zakonodaje v RS smo ugotovili kar nekaj pomanjkljivosti.

Predhodna odobritev kot takšna predstavlja oviro prostemu pretoku blaga in storitev, vendar jo zakonodajalec opravičuje z zagotavljanjem finančne stabilnosti zdravstvenega sistema ter zagotavljanjem zadostnega obsega visokokakovostnega zdravstvenega varstva. Eden izmed razlogov za zavrnitev predhodne odobritve je utemeljenost zadržkov glede spoštovanja standardov kakovosti oskrbe in varnosti pacienta. Informacije glede kakovosti in varnosti pogostokrat niso celovite ter predstavljajo oviro pri uresničevanju čezmejnega zdravstvenega varstva, zaradi različnih postopkov in kazalnikov v nacionalnih ocenjevanjih kakovosti in varnosti, na katero se sklicuje. Pri tem se nam postavlja vprašanje, na kakšen način bo država članica dokazala, da so po presoji kakovostnih meril nastali resni pomisleki glede kakovosti in varnosti čezmejnega zdravstvenega varstva. Verjetno bo v tem primeru končni razsodnik Sodišče Evropske unije.

Pravila postopka za predhodno odobritev zdravljenja v tujini v RS določajo POZZ in ZUP. Nikjer v POZZ ni mogoče zaslediti roka, v katerem mora pristojna uradna oseba odločiti. Določeno je le, da se v postopku odločanja o pravicah uporablja ZUP, razen če ni z zakonom drugače določeno. Po ZUP-u mora pristojni organ odločiti v roku enega ali dveh mesecev (odvisno, ali gre za skrajšani ali ugotovitveni postopek). Vprašanje, ki se nam pri tem zastavlja, je, ali je takšen rok primeren in razumen, kajti zdravstvene težave zahtevajo hitro obravnavo. Menimo, da bi moral zakonodajalec razmisliti o ustreznosti zakonsko določenega roka. ZZVZZ sicer določa krajši rok za odločanje; odločbo je treba izdati najpozneje v osmih dneh po prejemu zahteve. Iz poročila Evropske komisije (2015b) o podatkih držav članic na področju čezmejnega zdravstvenega varstva po Direktivi 2011/24/EU je povprečni čas obravnave zahtevkov v letu 2015 v RS trajal slabih 26 dni. Nosilec zdravstvenega zavarovanja sicer odloči v zakonsko predvidenem roku, vendar menimo, da bi lahko bil ta rok po podatkih ostalih držav članic krajši, na primer 15 dni. POZZ v svojem 228. členu določajo, da mora zavarovana oseba na poziv ZZS predložiti prevod dokumentacije v slovenskem jeziku, in sicer na lastne stroške, kadar uradna oseba zavoda ne razume dokumentacije v tujem jeziku, in sicer ne glede na zakonsko predvidene možnosti. Pri tem se nam postavlja vprašanje, ali je takšna ureditev ustrezna oziroma dopustna, kajti Uredba (ES) št. 883/2004 v sedmem odstavku 76. člena določa, da organi, nosilci in sodišča ene države članice ne smejo zavrniti zahtevkov ali drugih dokumentov, ki so jim predloženi, z utemeljitvijo, da so napisani v uradnem jeziku druge države članice, ki je priznan kot uradni jezik institucij Skupnosti. Določbe uredb veljajo z neposrednim učinkovanjem, kar pomeni, da prevladujejo nad določbami POZZ. Menimo, da takšna ureditev POZZ ni ustrezna glede na pravila Evropske unije. RS ne bi smela uporabljati določb nacionalnega prava, ki so v nasprotju s pravom Evropske unije. Prav tako lahko določba 228. člena POZZ za zavarovano osebo pomeni oviro pri uresničevanju pravice do čezmejnega zdravstvenega varstva. Prevodi dokumentov so po navadi povezani z visokimi stroški.

Uresničevanje čezmejnega zdravstvenega varstva je povezano s stroški, ki v določenih primerih niso zanemarljivi, kar pomeni, da si vsak posameznik ne more privoščiti dragega zdravljenja v tujini. Pacient je prisiljen nositi del stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva, saj nosilec zdravstvenega varstva povrne stroške zdravljenja v tujini le v določenem deležu. S tega vidika je pacient, ki uresničuje čezmejno zdravstveno varstvo, v slabšem položaju kot pacient, ki uveljavlja zdravstvene storitve doma. Pri povrnitvi stroškov se nam postavlja vprašanje, v kakšnem roku mora zavarovana oseba uveljavljati povračilo stroškov. Splošnega roka namreč nismo zasledili niti v ZZVZZ niti v POZZ. Glede na to, da v ZZVZZ in POZZ ni določene posebne ureditve, se upoštevajo določbe OZ, ki določa splošni zastaralni rok petih let. Menimo, da bi zakonodajalec lahko rok povračila stroškov vključil v ZZVZZ in na ta način določil krajši zastaralni rok, na primer eno leto po uresničevanju zdravstvenih storitev. Pravica do povrnitve stroškov zdravljenja v tujini je povezana tudi z vprašanjem obrnjene diskriminacije.

Direktiva 2011/24/EU omogoča pacientom uresničevanje pravic do zdravljenja v tujini, tako pri javnih izvajalcih zdravstvene dejavnosti kot pri zasebnikih, medtem ko lahko pacienti v RS uveljavljajo zdravstvene storitve le pri izvajalcih, ki so vključeni v javno zdravstveno mrežo. V pravu Evropske unije je takšen položaj znan kot obrnjena diskriminacija. Pri tem se nam postavlja vprašanje, ali je takšna ureditev v nasprotju z določbami Ustave RS, saj ta ureja prepoved diskriminacije v svojem 14. členu. Menimo, da bo vprašanje obrnjene diskriminacije v prihodnosti še pridobivalo pomen. Vsekakor bo zakonodajalec moral to vprašanje slej kot prej rešiti. Ali bi bila mogoče v tem primeru rešitev sprememba zakonodaje Evropske unije? Po mnenju Evropske komisije (2017) je mogoče prišel čas za kodifikacijo vseh čezmejnih pravil sistemov zdravstvenega varstva v enoten zakonodajni instrument, ki bi prinašal jasnost in enostavnost ter premagal zapletenost čezmejnih možnosti zdravstvenega varstva.

Na koncu lahko povzamemo, da je veljavna zakonodaja v RS, ki ureja področje čezmejnega zdravstvenega varstva za zavarovano osebo kot laika, zelo zapletena in obsežna, kar zmanjšuje njeno pravno varnost. Prav tako obstoječa zakonodaja odpira nekatera vprašanja, ki jih bo moral zakonodajalec čim prej rešiti.

5 SODNA PRAKSA EVROPSKEGA SODIŠČA

Sodišče Evropske unije zagotavlja upoštevanje prava Evropske unije pri njegovi razlagi in uporabi ter na ta način zagotovi enako uporabo v vseh državah Evropske unije (Bohinc 2007, 182). Sodbe Sodišča Evropske unije so obvezne, kar pomeni, da je s svojo sodno prakso obvezalo nacionalna sodišča in upravne organe, da v okviru svojih pristojnosti v celoti uporabljajo pravo Evropske unije ter zaščitijo pravice svojih državljanov, ki jim jih to pravo zagotavlja (Avbelj 2011, 55). Upravni organi in nacionalna sodišča ne smejo uporabljati določb nacionalnega prava, ki so v nasprotju s pravom Evropske unije.

Sodišče Evropske unije rešuje pravne spore, v katerih nastopajo kot stranke države članice, institucije Evropske unije in pravne osebe oziroma posamezniki z območja Evropske unije (Bohinc 2007, 179).

Sodbe Sodišča Evropske unije so že večkrat obravnavale problem pravic pacientov, da poiščejo zdravljenje drugje in da jim sistemi nacionalnega zdravstvenega zavarovanja povrnejo stroške zdravljenja (Evropski parlament 2007). Sodna praksa Sodišča Evropske unije je tako oblikovala številna pravila, ki so bila vključena v Direktivo 2011/24/EU.

5.1 Sodbe Sodišča Evropske unije

V tem poglavju smo se osredotočili na odločitve Sodišča Evropske unije od leta 1995 do 2008. Gre za vodilne primere, katerih odločitve so bile uzakonjene v obliki Direktive 2011/24/EU in so pripomogle k vzpostavitvi enotnega in preglednejšega okvirja pravic pacientov pri uresničevanju čezmejnega zdravstvenega varstva ter tako omogočile pacientom lažji dostop do čezmejnega zdravstvenega varstva. V zadevah po letu 2008, tako v sodbi Elchinov (v zadevi C-173/09), v sodbi Evropska komisija proti Portugalski (v zadevi C-255/09) kot tudi v sodbi Petru (v zadevi C-268/13), se je Sodišče Evropske unije v svojih sodbah sklicevalo na argumente vodilnih primerov. Ker te sodbe niso prinesle vsebinskih novosti, jih v nadaljevanju tudi nismo analizirali. Sodbe se nanašajo na povračilo stroškov zdravljenja, nastalih pri zdravljenju v tujini in na predhodno odobritev zdravljenja, kot oviro prostemu pretoku zdravstvenih storitev. V nadaljevanju smo povzeli pomembnejšo sodno prakso Sodišča Evropske unije o uresničevanju pravic pri čezmejnem zdravstvenem varstvu s področja povračila stroškov in predhodne odobritve.

Sodba Kohll in Decker v zadevi C-158/96 ter C-120/95

Vzpostavitev vzporednega režima koordinacije zdravstvenih storitev se je začela z znamenitima odločitvama v zadevah Kohll in Decker. V obeh primerih je Sodišče Evropske unije obšlo koordinacijski uredbi, ki jih sicer ni razveljavilo in neposredno uporabilo določbe PDEU o prostem pretoku blaga ter storitev na notranjem trgu (Strban 2014, 99).

Tako v zadevi gospoda Deckerja kot tudi Kohlla je Sodišče Evropske unije razsodilo leta 1998. V zadevi gospoda Deckerja je Sodišče Evropske unije razsodilo na osnovi sklepa predložitvenega sodišča iz leta 1995, medtem ko je v zadevi Kohll razsodilo na osnovi sklepa predložitvenega sodišča iz leta 1996.

Gospoda Kohll in Decker sta bila oba luksemburška državljana, ki sta pravico do čezmejnega zdravstvenega varstva uresničevala v drugi državi Evropske unije. V obeh primerih je Sodišče Evropske unije razsojalo o vprašanju povračila stroškov zdravljenja in vprašanju povračila stroškov medicinskih pripomočkov. Luksemburška zakonodaja pogojuje povračilo stroškov s predhodnim dovoljenjem nosilca zdravstvenega zavarovanja.

Gospod Kohll je na podlagi prošnje, ki jo je napisal zdravnik s sedežem v Luksemburgu, svoji mladoletni hčerki omogočil zdravljenje pri ortodontu s sedežem v Nemčiji, kljub temu da je bila predhodna prošnja za zdravljenje v tujini s strani zdravstvenih nadzornikov zavrjnena.

Gospod Decker je na podlagi recepta oftalmologa s sedežem v Luksemburgu kupil par očal s korekcijskimi stekli pri optiku s sedežem v Belgiji. Prošnja za povračilo stroškov mu je bila zavrjnena z obrazložitvijo, da so bila kupljena v tujini brez predhodne odobritve.

Oba gospoda sta se sklicevala, da je zahteva po predhodni odobritvi neupravičena, saj ta predstavlja oviro prostemu pretoku blaga in storitev.

Sodišče Evropske unije je v obeh primerih razsodilo v korist tožečih strank. V zadevi Kohll nacionalna ureditev, ki je predmet spora v glavni stvari, zavarovancem ne odvzema možnosti, da uresničijo storitve ponudnika s sedežem v drugi državi članici Evropske unije. Vendar pa pogojuje povrnitev stroškov za zdravljenje s predhodno odobritvijo in odklanja povrnitev stroškov zavarovancem, ki take odobritve nimajo. Za stroške v državi zavarovanja se taka odobritev ne zahteva. Glede na navedeno takšna ureditev odvrča zavarovance, da bi se obrnili na ponudnike zdravstvenih storitev s sedežem v drugi državi članici Evropske unije in tako za slednje pomeni omejitev prostega pretoka storitev.

V zadevi Decker nacionalna ureditev, ki je predmet spora v glavni stvari, zavarovancem sicer ne jemlje možnosti nakupa medicinskih pripomočkov v drugi državi članici Evropske unije, a se povračilo stroškov, ki nastanejo v tej državi članici, pogojuje s predhodno odobritvijo in tako povračilo zavrača zavarovancem, ki nimajo te odobritve. Za stroške, ki nastanejo v državi zavarovanja, se taka odobritev ne zahteva. Takšno odobritev je treba označiti kot oviro za prosti pretok blaga in storitev, ker bolj spodbuja zavarovance k nakupu teh pripomočkov v matični državi kot v drugih državah članicah Evropske unije, zaradi česar se zavira uvoz očal, ki so narejena v teh državah.

Sodišče Evropske unije je razsodilo, da morajo nacionalni organi zavrnitev predhodne odobritve utemeljiti z dejanskim tveganjem glede nezmožnostjo zagotavljanja stabilnega

finančnega sistema socialne varnosti. Vendar tako v zadevi Kohll kot tudi v zadevi Decker Sodišče Evropske unije te izjeme ni ugotovilo. Povračilo stroškov za zobozdravstvene storitve, opravljene v drugi državi članici po tarifi države zavarovanja, kot tudi povračilo pavšala stroškov za nakup korekcijskih očal ne bi pomembno vplivalo na finančno stanje sistema socialne varnosti.

Na podlagi teh odločitev se lahko državljani EU zdravijo v drugi državi članici brez predhodne odobritve in dobijo povrnjene stroške po stopnji, ki velja v državi zavarovanja (Evropska komisija b. 1. c).

Sodba Geraets-Smith in Peerbooms v zadevi C-157/99

V zadevi Geraets-Smith in Peerboomson je Sodišče Evropske unije razsodilo leta 2001 na osnovi sklepa predložitvenega sodišča iz leta 1999, ki je vključeval oba spora zaradi povračila stroškov bolnišničnega zdravljenja.

Gospa Geraets-Smits in gospod Peerbooms sta nizozemska državljana. Nizozemski socialni zdravstveni sistem temelji na sistemu sklepanja sporazumov med zdravstvenimi zavarovalnicami in izvajalci zdravstvenih storitev. Nizozemski zakonodajalec je določil splošno pravilo, ki predvideva povračilo stroškov vseh vrst zdravstvenih storitev, če te ustrezajo temu, kar je običajno v zadevnih strokovnih krogih.

V zadevi Geraets-Smits in Peerbooms je Sodišče Evropske unije razsojalo, ali je povračilo stroškov s strani zavarovalnice za storitve, ki se opravljajo v bolnišnici v drugi državi članici Evropske unije, odvisno od predhodnega soglasja. Predhodno soglasje je izdano samo, če zadevno zdravljenje pokriva ureditev zdravstvenega zavarovanja države članice, v kateri je zavarovanec zavarovan. To pomeni zahtevo, da to zdravljenje ustreza temu, kar je običajno v zadevnih strokovnih krogih. Prav tako je Sodišče Evropske unije v tej zadevi razsojalo o zadovoljivem in primernem zdravljenju.

Gospa Geraets-Smits je trpela za Parkinsonovo boleznijo. V Nemčijo je odšla na posebno in večdisciplinsko zdravljenje te bolezni. Po opravljenem zdravljenju je gospa od zavarovalnice zahtevala povračilo stroškov, povezanih z oskrbo, v okviru posebnega in večdisciplinskega zdravljenja v Nemčiji. Zahteva za povrnitev stroškov ni bila odobrena z utemeljitvijo, in sicer prvič, ker posebne klinične metode naj ne bi bilo mogoče obravnavati kot običajno zdravljenje, priznано s strani strokovnih krogov, in drugič, ker je bilo primerno zdravljenje na voljo v nizozemski bolnišnici, s katero je bil sklenjen ustrezen sporazum.

Gospod Peerbooms je zaradi prometne nesreče padel v komo. Potem ko je bil hospitaliziran na Nizozemskem, so ga v vegetativnem stanju pripeljali v bolnišnico, v Avstrijo. V Avstriji je bil deležen posebne intenzivne terapije z nevrostimulacijo. Na Nizozemskem se je ista tehnika uporabljala zgolj eksperimentalno v dveh medicinskih krogih, pri čemer pacienti niso bili

starejši od 25 let. V času zdravljenja je bil gospod Peerbooms star 36 let. Zdravljenje v Avstriji je bilo uspešno, gospod Peerbooms se je zbudil iz kome. Zdravljenje oziroma rehabilitacijo je nadaljeval na Nizozemskem, kjer je zahteval povračilo stroškov zdravljenja v Avstriji. Zahteva za povrnitev stroškov je bila zavrnjena z obrazložitvijo, in sicer prvič, da glede na to, da je šlo za eksperimentalni značaj terapije z nevrostimulacijo, za katero ni znanstvenih dokazov o njeni učinkovitosti, takšnega zdravljenja ni mogoče obravnavati niti kot običajno zdravljenje, priznано s strani strokovnih krogov in zato za storitev ni mogoče povračilo stroškov, ter drugič, ker je bilo primerno zdravljenje pravočasno na voljo v bolnišnici na Nizozemskem.

Sodišče Evropske unije je tako v zadevi Geraets-Smits kot tudi v zadevi Peerbooms ugotovilo, da nizozemska ureditev po predhodni odobritvi zdravljenja v tujini predstavlja oviro prostemu pretoku storitev. Nizozemski zakonodajalec je namreč določil splošno pravilo za povračilo stroškov zdravljenja v tujini, in sicer le za zdravljenje, ki v zadevnih strokovnih krogih velja za običajno. V zvezi z zahtevo po predhodni odobritvi je Sodišče Evropske unije razsodilo, da je nenujno zdravljenje mogoče zavrniti zgolj v primeru, da se lahko za pacienta enako učinkovito zdravljenje pravočasno zagotovi pri pogodbenem izvajalcu zdravstvene dejavnosti oziroma bolnišnici. Pri presoji, ali je pravočasno zdravljenje pri pogodbenem izvajalcu za pacienta enako učinkovito, morajo nacionalni organi pri tem upoštevati vse okoliščine, ki so značilne za vsak posamični primer. Pri tem se upošteva tako pacientovo predhodno kot tudi njegovo zdravstveno stanje v času vložitve zahteve za predhodno odobritev.

V zadevi Geraets-Smits in Peerbooms je Sodišče Evropske unije poudarilo, da je omejitev prostega pretoka storitev v okviru Evropske unije opravičljiva le v primeru zagotavljanja finančne stabilnosti zdravstvenega sistema, pri čemer mora država članica določiti seznam storitev, za katero se zahteva predhodna odobritev.

Sistem predhodne odobritve sicer omejuje svobodo opravljanja bolnišničnih medicinskih storitev, vendar je potreben, ker omogoča finančno stabilnost sistemov socialne varnosti in bolnišnične storitve za vse. Sodišče je opredelilo merila za odobritev bolnišničnega zdravljenja v drugi državi EU in določilo, kaj velja za običajno in nujno zdravljenje po nizozemski zakonodaji (Evropska komisija b. 1. c).

Sodba Muller-Faure in Van Riet v zadevi C-385/99

V zadevi Muller-Faure in Van Riet je Sodišče Evropske unije razsodilo leta 2003 na osnovi sklepa predložitvenega sodišča iz leta 1999, ki je vključeval oba spora zaradi povračila stroškov zdravljenja.

Gospa Muller-Faure in Van Riet sta nizozemski državljanke. Sodišče Evropske unije je v obeh primerih razsojalo, ali je zahteva po predhodni odobritvi z vidika prostega pretoka blaga in

storitev lahko utemeljena za ambulantne storitve. Sodišče Evropske unije je ugotavljalo, ali so določbe PDEU v nasprotju z zakonodajo države članice, ki pogojuje povračilo stroškov zdravljenja v drugi državi članici Evropske unije. Iz ustaljene sodne prakse izhaja, da se določbe PDEU lahko uporabljajo za zdravstvene dejavnosti, ne da bi se pri tem razlikovalo, ali zdravljenje poteka znotraj ali zunaj bolnišnice.

Gospa Muller-Faure je med počitnicami v Nemčiji opravila zdravljenje pri zobozdravniku, ki je obsegalo vstavev šestih kron in fiksne proteze na zgornji čeljusti. Po vrnitvi s počitnic je od svoje zavarovalnice zahtevala povrnitev stroškov zdravljenja. Zahteva za povrnitev stroškov je bila zavrnjena z utemeljitvijo, da njeno zdravljenje ni zahtevalo izjemnih okoliščin, oziroma se je gospa Muller-Faure prostovoljno odločila za čezmejno zdravljenje, ker ni imela zaupanja v nizozemske zobozdravnike.

Gospa Van Riet je že dalj časa čutila bolečine v zapestju desne roke. Med postopkom odločanja o odobritvi je odšla v Belgijo, kjer je bila deležna bolnišničnega in tudi ambulantnega zdravljenja. Njena zahteva za povračilo stroškov je bila kasneje zavrnjena z utemeljitvijo, da ji je bilo na Nizozemskem zagotovljeno primerno zdravljenje v razumnem roku.

Sodba Sodišča Evropske unije je potrditev prejšnjih dotedanjih sodnih praks. Potrdilo je, da zdravstvene storitve sodijo med storitve notranjega trga ne glede na način, po katerem države članice Evropske unije organizirajo in financirajo sisteme socialne varnosti. S stališča prostega pretoka storitev zaradi tega ni potrebe po ločevanju med tem, da plača stroške najprej pacient in nato zahteva njihovo povrnitev, in tem, da izvajalec storitev prejme plačilo bodisi neposredno od nosilca zdravstvenega zavarovanja bodisi iz državnega proračuna. Prav tako je Sodišče Evropske unije potrdilo, da se pravica do bolnišničnega zdravljenja lahko omeji, če je to nujno z vidika nadzora stroškov in zagotavljanja zadostnega in trajnega dostopa do uravnovešene visokokakovostne oskrbe. V nekaterih pogledih je Sodišče Evropske unije svoje ugotovitve tudi nadgradilo.

Ločevanje med ambulantnimi in bolnišničnimi storitvami se lahko izkaže za zelo težko. Nekatere storitve, ki se lahko opravijo v zdravstvenih zavodih ali pa jih lahko opravi zdravnik v ordinaciji, se lahko izenačijo s storitvami, ki se opravijo zunaj zdravstvenih zavodov.

Sodišče v zvezi z ambulantnimi storitvami navaja, da predhodna zahteva po odobritvi ambulantnega zdravljenja ne ogroža finančnega stanja nizozemskega sistema socialne varnosti. Ukinitve predhodne odobritve za ambulantno zdravljenje ob upoštevanju jezikovnih ovir, geografske razdalje, stroškov bivanja v tujini in pomanjkanju informacij o zdravljenju, ki se ga tam nudi, ne bi povzročila odhajanja velikega števila pacientov v tujino. S tem se ne bi porušilo finančno ravnovesje nizozemskega sistema socialnega varstva. Zaradi tega tudi ne bi bila ogrožena raven varstva zdravja, kar bi lahko dejansko utemeljilo oviro temeljnemu načelu prostega pretoka storitev.

Eno temeljnih načel prava Evropske unije je svoboda opravljanja storitev. Države članice zato ne smejo zahtevati predhodne odobritve za ambulantno zdravljenje pri ne pogodbenem izvajalcu v drugi državi članici. Nasprotno je pri bolnišničnem zdravljenju: zahteva po predhodni odobritvi je lahko upravičena. Sodišče je potrdilo, da oblika zdravstvenega sistema ne vpliva na pacientovo pravico do povračila stroškov (Evropska komisija b. 1. c).

Sodba Vanbraeklom v zadevi C-368/98

V zadevi Vanbraeklom je Sodišče Evropske unije razsodilo leta 2001 in s tem odgovorilo na vprašanje, ki ga je predložitveno sodišče postavilo s sodbo z leta 1998.

Gospa Descamps je bila belgijska državljanka. Bolehala je za obojestransko kronično degenerativno boleznijo kolenskega sklepa. Pri svoji zavarovalnici je podala prošnjo za odobritev ortopedskega kirurškega posega v Franciji. Odobritev je bila zavrnjena z utemeljitvijo, da gospa ni priložila mnenja zdravnika, zaposlenega v nacionalni univerzitetni ustanovi, s katerim bi dokazala, da je bil poseg v Franciji opravljen pod boljšimi zdravstvenimi pogoji, kot če bi bil opravljen v Belgiji.

Po belgijski zakonodaji se zdravljenje v tujini odobri le v primerih, kadar se zavarovani osebi zagotovi bolnišnično zdravljenje v tujini, in sicer v boljših zdravstvenih razmerah, in ga je izbrani zdravnik specialist predhodno odobril kot nujno. Gospa Descamps je bila kljub zavrnitvi operirana v Franciji. Nato je vložila tožbo za povrnitev stroškov zdravljenja. Belgijsko sodišče je z vmesno sodbo ugotovilo, da je zahteva po predložitvi izvedenskega mnenja belgijskega univerzitetnega profesorja, preden se izda odobritev, pretirana. Z isto sodbo je izvedencu naložil, naj oceni, ali je zdravljenje gospe Descamps zahtevalo bolnišnično zdravljenje v boljših zdravstvenih razmerah. Na podlagi izvedenskega mnenja je bilo razvidno, da je zdravljenje gospe zahtevalo bolnišnično zdravljenje, ki je bilo opravljeno v boljših zdravstvenih razmerah v tujini. Na tej osnovi je gospa Descamps s sodbo uspela, zato ji je bila zavarovalnica dolžna povrniti stroške zdravljenja v Franciji. Belgijsko sodišče je bilo v dilemi glede višine povračila stroškov, zato je na Sodišče Evropske unije nasloвило vprašanje, ali je treba, kadar je oseba zaprosila za odobritev na osnovi točke 1c 22. člena Uredbe 1408/71, ki jo je nadomestil 20. člen Uredbe (ES) št. 883/2004, za odobritev stroškov upoštevati oziroma uporabiti pravila plačila, ki veljajo v državi članici Evropske unije, kjer je zadevna oseba zavarovana (v Belgiji) ali v državi članici Evropske unije, na ozemlju katere je bilo zdravljenje opravljeno (v Franciji). Zdravljenje v Franciji je bilo cenejše, kot če bi se takšno zdravljenje izvedlo v Belgiji.

Gospa Descamps je med postopkom umrla. Njeni dediči, torej njen mož gospod Vanbraekel in njunih šest otrok, so vstopili v postopek.

Sodišče Evropske unije je razsodilo, da imajo zavarovane osebe v primeru pridobitve predhodne odobritve pravico do povračila stroškov zdravljenja, in sicer v višini stroškov

zdravljenja države članice, na ozemlju katere je bilo zdravljenje opravljeno. Prav tako je Sodišče Evropske unije poudarilo, da kadar zavarovana oseba zaprosi za odobritev na osnovi točke 1c 22. člena Uredbe št. 1408/71 in to pristojni nosilec zavrne (pozneje pa je ugotovljeno, da je bila zavrnitev neutemeljena), ima v tem primeru zavarovana oseba pravico, do povračila enakega zneska, kot bi ga nosilec kril v kraju začasnega prebivališča v skladu s pravili, predvidenimi v zakonodaji, ki velja zanj, če bi bila odobritev dana že na začetku. Sodišče Evropske unije je v tem primeru poudarilo, da je treba 59. člen Pogodbe razlagati tako, da če je povračilo stroškov za bolnišnično zdravljenje v državi članici začasnega bivanja manjše od povračila v primeru bolnišničnega zdravljenja v državi članici, kjer je oseba zavarovana, mora pristojni nosilec zavarovani osebi odobriti dodatno povračilo, ki ustreza tej razliki. Iz navedenega sledi, da mora pristojni nosilec dedičem gospe Descamps odobriti dodatno povračilo presežka, ki krije razliko do zneska, do katerega bi bila zavarovana oseba upravičena, če bi bilo bolnišnično zdravljenje zagotovljeno v njegovi matični državi članici Evropske unije. Sodišče Evropske unije je pri tem upoštevalo zaščito finančne stabilnosti zdravstvenega sistema in ugotovilo, da takšna povrnitev stroškov zdravljenja ne ogroža finančne stabilnosti zdravstvenega sistema niti obsega zagotavljanja zdravstvene zmogljivosti.

Sodba Keller v zadevi C-145/03

V zadevi Keller je Sodišče Evropske unije razsodilo leta 2005 na osnovi sklepa predložitvenega sodišča iz leta 2003.

Gospa Keller je bila nemške narodnosti s stalnim bivališčem v Španiji, kjer je bila vključena v španski splošni sistem socialne varnosti. Med družinskim obiskom v Nemčiji je bila sprejeta v bolnišnico v Kölnu. Tam so ji diagnosticirali maligni tumor v spodnjem delu lobanje, ki pa je bil tako nevaren, da bi lahko kadarkoli povzročil smrt. Ker je gospo Keller zaskrbelo, ali bo lahko deležna nujnih zdravstvenih storitev, potrebnih za zdravljenje njene bolezni v Nemčiji, je od pristojne španske zdravstvene uprave zahtevala izdajo dovoljenja za načrtovano zdravljenje v drugi državi članici Evropske unije. Dovoljenje ji je bilo izdano iz razloga, ker prevoz v Španijo zaradi resnosti njenega zdravstvenega stanja ni bil priporočljiv. Dovoljenje ji je bilo tudi večkrat podaljšano.

Na podlagi številnih pregledov in poglobljene analize različnih ponujenih terapevtskih možnosti so zdravniki univerzitetne klinike v Kölnu menili, da je pri gospe Keller nujno potreben kirurški poseg. Zaradi izredne zahtevnosti posega in zahtevanih posebnih sposobnosti je mogoče kirurški poseg opraviti samo v univerzitetni kliniki v Švici. Poročilo kirurga specialista potrjuje, da je bila ta zasebna klinika edina v Evropi, ki s priznano znanstveno učinkovitostjo zdravi bolezen, ki jo ima gospa Keller.

Gospa Keller je kirurški poseg opravila na kliniki v Švici, katerega rezultati so bili ocenjeni kot zadovoljivi. Po tej operaciji je morala gospa opraviti radioterapijo. Stroške zdravljenja je gospa Keller v celoti plačala in kasneje zahtevala povračilo stroškov zdravljenja. Zahteva za

povračilo stroškov ji je bila večkrat zavrnjena. Prvič z utemeljitvijo, da se za kritje stroškov zdravljenja, opravljenega zunaj Evropske unije, izrecno zahteva predhodna odobritev, in drugič zato, ker bolezen, kakor koli resna, ni imela značilnosti življenjske ogroženosti, ki bi upravičevala zapustitev državnega javnega zdravstvenega okvirja ter zatek k zasebnemu sektorju zunaj Evropske unije, ne da bi se organizaciji španske uprave dala možnost pregledati ali ponuditi možnost ustreznega zdravljenja bolezni, ki jo je imela pacientka.

Glavno vprašanje, ki ga je Sodišče Evropske unije v zadevi Keller presojalo, je, ali je nosilec socialne varnosti v državi članici Evropske unije, ki je odobril zaposleni osebi, vključen v sistem splošnega zdravstvenega zavarovanja, da se zdravi v drugi državi članici, dolžan povrniti stroške urgentnega zdravljenja, ker so zdravstvene službe druge omenjene države članice sprejele odločitev, da je to zdravljenje lahko zagotovljeno le v zdravstveni ustanovi države zunaj Evropske unije.

V času postopka je gospa Keller umrla. Postopek so nadaljevali njeni dediči.

Sodišče Evropske unije je v zadevi Keller razsodilo, da v primeru, ko se zdravnik nosilca države članice začasnega prebivališča odloči za napotitev zavarovanca v bolnišnico, ki je na ozemlju zunaj Evropske unije, zaradi življenjske ogroženosti in glede na trenutna zdravstvena spoznanja, krije stroške zdravljenja nosilec države članice začasnega bivanja, in sicer v skladu z zakonodajo, ki jo uporablja slednji nosilec, pod enakimi pogoji kot zavarovanci, za katere velja ta zakonodaja.

Nosilec države članice začasnega bivanja v tem primeru ni kril stroškov zdravljenja pri nosilcu, ki je zunaj Evropske unije. Pri tem je bilo dokazano, da je bila zavarovana oseba upravičena do kritja, prav tako navedeno zdravljenje spada med storitve, določene po zakonodaji pristojne države članice, zato je v tem primeru pristojni nosilec dolžan neposredno povrniti stroške tega zdravljenja zavarovani osebi ali njenim dedičem, in sicer v višini zneska, do katerega bi bila zavarovana oseba upravičena, če bi se uporabile določbe prve točke 22. člena Uredbe št. 1408/71.

Stroške zdravljenja osebe, ki ima dovoljenje za načrtovano zdravljenje v drugi državi članici Evropske unije in so jo morali zaradi nujnih medicinskih razlogov sprejeti v bolnišnico v državi, ki ni članica evropskega gospodarskega prostora, mora v skladu s svojimi pravili plačati ustanova socialne varnosti v državi članici bivanja, v imenu ustanove države članice, v kateri je oseba vključena v sistem zdravstvenega zavarovanja (Evropska komisija b. 1. c).

Sodba Watts v zadevi C-372/04

V zadevi Watts je Sodišče Evropske unije razsodilo leta 2006 na osnovi sklepa predložitvenega sodišča iz leta 2004.

Gospa Watts je trpela za artritidom v obeh kolkah. Od nosilca osnovnega varstva iz Bedforda je zaprosila za izdajo dovoljenja za odobritev obojestranske operacije kolka v tujini. Njena prošnja za izdajo dovoljenja je bila zavrnjena z utemeljitvijo, da jo je britanski zdravnik specialist uvrstil med »tipične primere«, kar pomeni, da bi morala na operacijo v lokalni bolnišnici čakati približno eno leto. Zdravljenje ji je bilo zagotovljeno v roku, ki ustreza ciljem iz načrta socialnega zavarovanja. V tem primeru o »neupravičenem odlašanju« ne moremo govoriti.

Gospa Watts se je na odločitev nosilca osnovnega varstva pritožila in odpotovala v Francijo, kjer je obiskala zdravnika specialista. Ta je ocenil, da se je njeno stanje poslabšalo. Zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja je gospo Watts ponovno pregledal britanski zdravnik, specialist, ki jo je pregledal že prvič in podal mnenje, da je njeno stanje slabše od povprečnega pacienta, kar pomeni, da bo operirana v treh do štirih mesecih. Njena prošnja za izdajo dovoljenja je bila ponovno zavrnjena z utemeljitvijo, da ne gre za neupravičeno odlašanje.

Gospa Watts si je kljub zavrnitvi izdaje dovoljenja dala v Franciji vstaviti kolčno protezo. Po vrnitvi domov je zahtevala povrnitev plačanih stroškov, vključno s stroški bolnišnične nastanitve, v okviru postopka zoper odločbo nosilca osnovnega zdravstvenega varstva, da ji zdravljenja v tujini ne odobri.

V zadevi Watts je Sodišče Evropske unije poudarilo, da je potrebno 20. člen Uredbe (ES) št. 883/2004, ki je nadomestil 22. člen Uredbe 1408/71, razlagati tako, da je nosilec osnovnega zdravstvenega varstva dolžan izdati predhodno odobritev za povračilo stroškov, kadar zdravljenja v državi članici, kjer oseba dejansko biva, »ob upoštevanju njenega trenutnega zdravstvenega stanja in verjetnosti razvoja bolezni ni možno nuditi v časovnem obdobju, ki je medicinsko utemeljeno«.

Predhodno odobritev lahko nosilec osnovnega zdravstvenega varstva upravičeno zavrne le iz razloga obstoja čakalne dobe, pri čemer je treba ugotoviti, ali čakalna doba ne presega razumnega časa oziroma ali je čakalna doba sprejemljiva z vidika objektivne medicinske presoje stanja posamezne zavarovane osebe, glede na njeno zdravstveno stanje, njeno anamnezo, verjeten razvoj njene bolezni, stopnje njenih bolečin in ali naravo njene prizadetosti v trenutku vložitve zahteve za odobritev. Poleg navedenega je treba določiti čakalno dobo kot spremenljivo in prilagodljivo, tako da ta zavarovani osebi omogoča ponovno preučitev njenega zdravstvenega stanja oziroma njenega morebitnega poslabšanja, do katerega je prišlo po prvi zahtevi za odobritev.

Sodišče Evropske unije je razsodilo, da ima pacient, ki mu je bilo bolnišnično zdravljenje v drugi državi članici odobreno ali pa je bila pacientu zahteva za odobritev zavrnjena, (kasneje pa je bilo ugotovljeno, da je bila zavrnitev neupravičena), od nosilca obveznega zdravstvenega varstva pravico zahtevati povrnitev dodatnih stroškov, povezanih s tem

čezmejnim potovanjem iz medicinskih razlogov. Glede na navedeno ima pacient to pravico samo v primeru, da zakonodaja pristojne države članice določa nacionalnemu sistemu obveznost ustrezne povrnitve v okviru zdravljenja, zagotovljenega v lokalni ustanovi.

Obveznost povračila stroškov za bolnišnično zdravljenje v drugi državi članici se uporablja tudi za nacionalno zdravstveno službo, v kateri je tako zdravljenje brezplačno. Nacionalna zdravstvena služba v Združenem kraljestvu bolniku ne sme zavrnila odobritve za zdravljenje v tujini, ki je utemeljeno z dolgo čakalno dobo za bolnišnično zdravljenje v državi prebivališča razen, če dokaže, da je čakalna doba, z vidika medicinske presoje pacientovega stanja in kliničnih potreb, sprejemljiva (Evropska komisija b. 1. c).

Sodba Stamatelaki v zadevi C-444/05

V zadevi Stamatelaki je Sodišče Evropske unije razsodilo leta 2007 na osnovi sklepa predložitvenega sodišča iz leta 2005.

Gospod Stamatelaki je bil grški državljan, ki je zbolel za rakom na mehurju. Njegovo zdravljenje je potekalo pri zasebniku v Londonu v Veliki Britaniji in je zajemalo bolnišnično zdravljenje. Stroške zdravljenja je plačal sam. Njegov zahtevek za povračilo stroškov zdravljenja je bil zavrnjen z obrazložitvijo, da so prvič zahtevki gospoda Stamatelakisa zastarali na podlagi enoletnega zastaralnega roka določenega v nacionalni zakonodaji, in drugič, da stroškov bolnišničnega zdravljenja pri zasebniku v tujini ni mogoče povrniti, razen pri zdravljenju otrok, mlajših od štirinajst let.

Glavno vprašanje, ki ga je Sodišče Evropske unije v zadevi Stamatelaki presojalo, je, ali takšna nacionalna ureditev pomeni omejitev načela svobode opravljanja storitev, saj v vseh primerih izključuje povrnitev stroškov bolnišničnega zdravljenja zavarovani osebi pri zasebniku v tujini, razen v primeru otrok, mlajših od štirinajst let.

Po grški zakonodaji nosilec socialne varnosti povrne stroške bolnišničnega zdravljenja v zasebnih zdravstvenih ustanovah v tujini le v primeru otrok, mlajših od štirinajst let. Taka zakonodaja pomeni tako za zavarovane osebe kot za izvajalce zdravstvene dejavnosti omejitev svobode opravljanja storitev, saj odvrča in celo preprečuje, da zavarovane osebe uveljavljajo zdravstvene storitve pri izvajalcih bolnišničnega zdravljenja v drugi državi članici Evropske unije in ne v državi zavarovanja.

Glede na navedeno taka zakonodaja države članice ni v skladu z načelom svobode opravljanja storitev. Sodišče v zvezi s tem načelom analizira zakonodajo, ki različno obravnava primer zdravljenja, prejetega v drugi državi članici in podoben primer, kjer je zdravljenje prejeta na ozemlju države članice. Državljan mora po eni strani poravnati stroške bolnišničnega zdravljenja pri zasebniku, pri čemer nima možnosti njihovega povračila. V državi zavarovanja pa ima to pravico ne glede na to, ali je uresničeval bolnišnično zdravljenje pri zasebniku ali

pri izvajalcu v javni zdravstveni ustanovi v svoji državi, s katero je sklenjen sporazum. Po drugi strani bi državljani imeli pravico do povračila stroškov bolnišničnega zdravljenja pri zasebniku v svoji državi, ki nima sklenjenega sporazuma. S tem taka zakonodaja odvrta in celo preprečuje, da se pacienti obrnejo na ponudnike bolnišničnih storitev, ki opravljajo dejavnost v drugih državah članicah Evropske unije. Absolutnost prepovedi ni v skladu z zelenimi cilji; predvideti bi bilo mogoče milejše ukrepe, ki so skladnejši s svobodo opravljanja storitev (Evropska komisija b. 1. c).

Sodba Evropska komisija proti Franciji v zadevi C-512/08

V zadevi Evropska komisija proti Francoski republiki je Sodišče Evropske unije razsodilo leta 2010 na osnovi vložene tožbe Evropske komisije iz leta 2008.

V zadevi Evropska komisija proti Franciji Sodišče Evropske unije ugotavlja, ali francoski pravni red s tem, ko za povrnitev stroškov ambulantnih zdravstvenih storitev, ki vključujejo uporabo zahtevne medicinske opreme, krši obveznosti iz PDEU. Evropska komisija očita Franciji, da francoski organi niso sprejeli posebne zakonodaje, s katero bi se pacientu, zavarovanemu v okviru francoskega sistema socialne varnosti, odobrilo povračilo stroškov zdravljenja, predvidenih v 53. točki sodbe Vanbreakel. Slednja se je nanašala na podlago za izračun zneska, ki ga je bilo treba povrniti pacientu, zavarovanemu v okviru belgijskega sistema socialne varnosti, ki se je zdravil v bolnišnici v Franciji. Postavilo se je vprašanje, ali mora belgijski nosilec zdravstvenega zavarovanja pacientu povrniti znesek, ki bi bil povrnjen na podlagi francoske zakonodaje ali mora upoštevati stopnjo povračila v skladu z belgijsko zakonodajo. Nacionalna zakonodaja mora po mnenju Sodišča Evropske unije zavarovani osebi, ki pridobi predhodno dovoljenje za zdravljenje v tujini, zagotoviti povrnitev stroškov, in sicer v višini stroškov zdravljenja države članice, na ozemlju katere je bilo zdravljenje opravljeno.

Sodišče Evropske unije je večkrat razsodilo, da potrebe načrtovanja, ki po eni strani sledijo cilju, da se na ozemlju države članice zagotovi zadosten in stalen dostop do uravnotežene ponudbe kakovostne zdravstvene oskrbe, po drugi strani pa želji po zagotavljanju obvladovanja stroškov in kar največjem onemogočanju nenamenske porabe finančnih, tehničnih in človeških virov, lahko upravičijo zahtevo pristojnega nosilca za predhodno odobritev zdravljenja, opravljenega v drugi državi članici Evropske unije.

Med pojmom »bolnišnične storitve« in »nebolnišnične storitve« je težko razlikovati. Sodišče Evropske unije je poudarilo, da je mogoče storitve, ki se opravljajo v bolnišnicah oziroma jih lahko opravlja zdravnik v ordinaciji ali v medicinskem centru, zato mogoče izenačiti s storitvami, ki se opravljajo zunaj bolnišnice.

Sodišče Evropske unije je zavzelo stališče, da mora biti zahtevna medicinska oprema predmet politike načrtovanja, kot je politika, opredeljena v nacionalni ureditvi, zlasti glede količine te

opreme in njene geografske porazdelitve. Kot razlog se navaja zagotavljanje racionalne, stabilne, uravnotežene in dostopne ponudbe sodobnih zdravstvenih storitev, kakor tudi onemogočanje neracionalne porabe tako finančnih, tehničnih kot tudi človeških virov. Takšna nenamenska poraba bi bila še toliko škodljivejša, saj so stroški namestitve, delovanje in uporaba zahtevne medicinske opreme posebno visoki, medtem ko proračunska sredstva, ki jih države članice lahko namenijo sodobnim zdravstvenim storitvam, zlasti subvencioniranju take opreme, ne glede na način financiranja, niso neomejena.

V zadevi Evropska komisija proti Franciji, Evropska komisija ni uspela dokazati, da francoski pravni red povzroča položaj, v katerem bi bila zavarovancem francoskega sistema socialne varnosti odvzeta pravica do dodatnega povračila stroškov zdravljenja.

Tožba Evropske komisije proti Franciji je bila v celoti zavrnjena.

5.2 Sklepne ugotovitve poglavja

Pravila predstavljene sodne prakse Sodišča Evropske unije so bila uzakonjena v obliki Direktive 2011/24/EU, kajti Sodišče Evropske unije se je v svojih odločitvah enkrat sklicevalo na določbe PDEU, drugič na določbe koordinacijske Uredbe 1408/81 oziroma Uredbe (ES) št. 883/2004. Tako se takšni primeri ne rešujejo več individualno, kar povečuje oziroma krepi pravno varnost na področju čezmejnega zdravstvenega varstva.

Na podlagi analiziranih sodb Sodišča Evropske unije lahko povzamemo, da je bil glavni predmet spora povzetih sodb povračilo stroškov zdravljenja in predhodna odobritev kot ovira prostemu pretoku blaga in storitev.

V sodbi Kohll in Decker se je Sodišče Evropske unije pri svojih odločitvah neposredno sklicevalo na določbe PDEU o prostem pretoku blaga in storitev na notranjem trgu ter tako zaobšlo koordinacijske uredbe. V svojih odločitvah je razširilo obseg pravic do zdravljenja v drugi državi članici Evropske unije v primerjavi s koordinacijskimi uredbami, saj je omogočilo zdravljenje v tujini brez predhodne odobritve.

Sodišče Evropske unije je večkrat potrdilo, tako v sodbi Kohll, v sodbi Geraets-Smits in Peerbooms, v sodbi Muller-Faure in Van Riet, v sodbi Evropska komisija proti Franciji kot tudi v sodbi Stamatelaki, da predhodna odobritev, ki jo predpisuje nacionalna ureditev, predstavlja omejitev prostemu pretoku blaga in storitev, vendar je ta dopustna v primeru zagotavljanja finančno stabilnega zdravstvenega sistema. Pri tem je Sodišče Evropske unije poudarilo, da je predhodna odobritev utemeljena pri bolnišničnem zdravljenju in pri uveljavljanju zdravljenja, ki zahteva uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme, medtem ko pri ambulantnem zdravljenju predhodna odobritev ni dopustna.

Merila, povezana s predhodno odobritvijo, morajo biti ustrezno utemeljena. Po podatkih Evropske komisije (2015a) o izvajanju Direktive 2011/24/EU pa to ne drži. Države članice Evropske unije namreč ne uporabljajo enakih meril, kar ima za posledico, da pacienti ne vedo, za katere oblike zdravljenja velja predhodna odobritev. Glede na navedeno menimo, da bodo morale države članice področje predhodne odobritve čim prej ustrezno uskladiti z uzakonjeno sodno prakso. Na osnovi opravljene analize nacionalnega pravnega reda v poglavju 4 menimo, da ima RS to področje ustrezno urejeno.

V zvezi z zavrnitvijo predhodne odobritve je pomembna sodba v zadevi Watts. Sodišče Evropske unije je v tej zadevi odločilo, da lahko nosilec zdravstvenega zavarovanja upravičeno zavrne predhodno odobritev iz razloga čakalne dobe, pri čemer je treba ugotoviti, ali čakalna doba ne presega razumnega časa.

Tako v sodbi Geraets-Smits in Peerbooms, v sodbi Muller-Faure in Van Rie, v sodbi Stamatelaki kot tudi v sodbi Watts je Sodišče Evropske unije večkrat jasno povedalo, da se storitve, opredeljene kot zdravstvene storitve, pri čemer ni pomembno, kdo je njihov plačnik, uvrščajo v PDEU.

Zanimiva je odločitev Sodišča Evropske unije v zadevi Vanbraekel, kjer je sodišče odločilo, da se stroški zdravljenja ne povrnejo v dejanski višini zdravljenja, temveč v višini zdravljenja, do katerega bi bila zavarovana oseba upravičena v matični državi. V navedenem primeru je bilo zdravljenje v matični državi dražje, kot je bilo dejansko zdravljenje v tujini. Sodišče Evropske unije v tem primeru ni razlagalo samo uporabo določb koordinacijske uredbe temveč je tudi poudarilo, da je potrebno 59. člen Pogodbe razlagati tako, da če je povračilo stroškov za bolnišnično zdravljenje v državi članici začasnega bivanja manjše od povračila v primeru bolnišničnega zdravljenja v državi članici kjer je oseba zavarovana, mora pristojni nosilec zavarovani osebi odobriti dodatno povračilo, ki ustreza tej razliki. Avtor (Strban 2014, 100) v tem primeru govori o tako imenovanem Vanbraeklovem dodatku.

Pri odločitvi Sodišča Evropske unije v zadevi Vanbraekel menimo, da je sodišče zavarovani osebi s svojo odločitvijo omogočilo obogatitev na račun izbire kraja zdravljenja, saj je zavarovana oseba zaprosila za povračilo stroškov na osnovi koordinacijske uredbe. Po mnenju Sodišča Evropske unije mora nacionalna zakonodaja zavarovani osebi, ki pridobi predhodno dovoljenje za zdravljenje v tujini, zagotoviti povrnitev stroškov, in sicer v višini dejanskih stroškov zdravljenja.

V sodbi Keller je Sodišče Evropske unije razlagalo uporabo določbe prve točke 22. člena Uredbe št. 1408/71. Ta omogoča zavarovani osebi koriščenje storitev v drugih državah članicah pod enakimi pogoji kot zavarovane osebe, za katere velja ta zakonodaja. V zadevi Keller je sodišče odločilo, da mora pristojni nosilec neposredno povrniti stroške zdravljenja zavarovani osebi oziroma njenim dedičem, saj je bila zavarovana oseba upravičena do nujnega zdravljenja v državi, ki ni članica evropskega gospodarskega prostora. Nosilec države

članice začasnega prebivališča ni imel nobenega razloga za resen dvom o utemeljenosti zdravniške odločitve.

Področje čezmejnega zdravstvenega varstva je precej kompleksno, zato menimo, da bo sodna praksa Sodišča Evropske unije tudi v prihodnosti imela pomembno vlogo pri razjasnitvi vprašanj s tega področja.

6 UGOTOVITVE IN PRIPOROČILA

Z vstopom RS v Evropsko unijo je postal evropski pravni red sestavni del slovenske zakonodaje. Evropska unija določena področja družbenega življenja ureja enotno z uredbami ali z direktivami in sodno prakso Sodišča Evropske unije. Države članice Evropske unije lahko pravico do zdravljenja v tujini uredijo bolj ugodno, kot je to določeno v pravu Evropske unije, česar za RS ne moremo reči. S prenosom direktive in sprejetjem uredb je na področju slovenske zdravstvene zakonodaje v zadnjih letih prišlo do sprememb in dopolnitev. Pravna ureditev na področju pacientovih pravic je tako še sorazmerno mlada. Temeljni zakon, ki v RS ureja pravico do uresničevanja do zdravljenja v tujini, je ZZVZZ, podrobneje pa pravico urejajo POZZ.

Direktiva 2011/24/EU razširja obseg pravic pacientov, kajti omogoča čezmejno zdravljenje brez predhodne odobritve ZZZS in tako dopolnjuje pacientove pravice, ki jih je že omogočala zakonodaja o koordinaciji sistemov socialne varnosti, Uredba (ES) št. 883/2004 in izvedbena Uredba (ES) št. 987/2009.

V predstavljeni sodni praksi v poglavju 5 je Sodišče Evropske unije večkrat poudarilo, da spadajo zdravstvene storitve med storitve, ki se uvrščajo v PDEU, ne glede na to, kdo je njihov plačnik. Prav tako je večkrat poudarilo, da zahteva po predhodni odobritvi za kritje stroškov čezmejnega zdravljenja, pomeni omejevanje prostega pretoka storitev, vendar je ta potrebna, če ogroža finančno stanje sistema socialne varnosti ali zagotavljanje zadostnega in trajnega dostopa do uravnotežene visokokakovostne oskrbe. V svojih sodbah je Sodišče Evropske unije razsodilo, da je za uresničevanje bolnišničnega zdravljenja v tujini potrebna predhodna odobritev pristojnega nosilca socialne varnosti, medtem ko za ambulantno zdravljenje, sistem predhodne odobritve ni dopusten. Ta pravila so bila tudi uzakonjena v obliki Direktive 2011/24/EU.

Po podatkih ZZZS (2015) število vlog za odobritev čezmejnega zdravstvenega varstva narašča, vendar so obveznosti ZZZS do drugih držav članic Evropske unije v zvezi s čezmejnim zdravstvenim varstvom glede na celotne odhodke ZZZS zanemarljive, saj te predstavljajo slab odstotek celotnih odhodkov.

Zdravljenje v drugi državi članici Evropske unije je prej izjema kot pravilo. Glavni razlog, zakaj se slovenske zavarovane osebe ne odločajo za čezmejno zdravstveno zavarovanje, je po podatkih raziskave Special Eurobarometra 425 (2015) zadovoljstvo z zdravljenjem v matični državi (za ta razlog se je odločilo več kot polovica anketirancev). Po podatkih raziskave Special Eurobarometra 425 (2015) so najpogostejši razlogi, zaradi katerega bi se slovenske zavarovane osebe odločile za uresničevanje čezmejnega zdravljenja, izčrpane možnosti zdravljenja v matični državi.

V RS moramo čim boljše izkoristiti priložnosti za naše čezmejno zdravstveno varstvo. Slovenski izvajalci zdravstvene dejavnosti bi morali čezmejno zdravstveno varstvo prepoznati kot novo poslovno priložnost, saj omogoča večjo konkurenčnost zdravstvenih sistemov, nove priložnosti za inovacije in strokovno sodelovanje ter povezovanje s tujino.

Glede na analizo pravnih dokumentov lahko izpostavimo naslednje pomanjkljivosti slovenske zakonodaje na področju čezmejnega zdravstvenega varstva.

S prenosom Direktive 2011/24/EU v slovensko zakonodajo je prišlo do slabšega obravnavanja nacionalnih pacientov, kar je v pravu Evropske unije znano kot obrnjena diskriminacija. Z obrnjeno diskriminacijo se pravo Evropske unije ne ukvarja, saj za to nima pristojnosti. To vprašanje bo moralo rešiti nacionalno ustavno pravo, kajti pred zakonom smo vsi enaki. Menimo, da bo vprašanje obrnjene diskriminacije tudi v prihodnje pridobivalo pomen, zakonodajalec pa bo moral to vprašanje slej ko prej rešiti.

V ZZVZZ niti v POZZ ni mogoče zaslediti splošnega roka za uveljavljanje povrnitve stroškov, medtem ko v nekaterih državah članicah Evropske unije takšen rok obstaja. Ob odsotnosti posebne ureditve je treba upoštevati splošni zastaralni rok petih let, ki ga določa OZ. Menimo, da bi moral zakonodajalec v ZZVZZ vključiti splošni rok za uveljavljanje povrnitve stroškov. Pri tem bi lahko zakonodajalec določil krajši zastaralni rok, na primer eno leto po uresničevanju zdravstvenih storitev.

V POZZ ni bilo mogoče zaslediti roka, v katerem mora pristojni organi odločiti o predhodni odobritvi. Določeno je, da se v postopku odločanja o pravicah uporablja ZUP, razen če z zakonom ni določeno drugače. Po ZUP-u mora pristojni organ odločiti v roku enega ali dveh mesecev. Iz poročila Evropske komisije (2015b) je glede podatkov držav članic na področju čezmejnega zdravstvenega varstva po Direktivi 2011/24/EU moč razbrati, da je povprečni čas obravnave zahtevkov v RS trajal slabih 26 dni. Nosilec zdravstvenega zavarovanja sicer odloči v zakonsko predvidenem roku, vendar menimo, da bi lahko bil po podatkih ostalih držav članic ta rok krajši. Menimo, da bi moral zakonodajalec postaviti krajši rok obravnave zahtevka, na primer 15 dni, saj zdravstvene težave zahtevajo hitro obravnavo. Prav tako bi moral biti po našem mnenju rok obravnave vključen v POZZ.

POZZ v svojem 228. členu določajo, da mora zavarovana oseba na poziv uradne osebe ZZZS na svoje lastne stroške predložiti prevod dokumentacije v slovenskem jeziku, kadar ta ne razume dokumentacije v tujem jeziku. Menimo, da takšna ureditev ni ustrezna, saj ni v skladu z Uredbo (ES) št. 883/2004. Določbe uredbe veljajo z neposrednim učinkom, kar pomeni, da prevladujejo nad pravili POZZ. Organi, nosilci in sodišča ene države članice namreč ne smejo zavrniti zahtevkov ali drugih predloženih dokumentov z utemeljitvijo, da so napisani v uradnem jeziku države članice, ki je priznan kot uradni jezik institucij Skupnosti. Poleg navedenega takšna ureditev pomeni oviro pri uresničevanju čezmejnega zdravstvenega varstva, saj so prevodi dokumentov povezani z velikimi stroški.

Slovenski pacienti morajo pri uresničevanju čezmejnega zdravstvenega varstva upoštevati številne pravne dokumente, kar lahko potencialnemu mobilnemu pacientu predstavlja veliko oviro pri uresničevanju čezmejnega zdravljenja. Ugotavljamo, da je uresničevanje pravic na področju čezmejnega zdravstvenega varstva tako mogoče le z uporabo več zakonov, podzakonskih aktov, pravilnikov in odredb. Takšen način zmanjšuje pravno varnost zavarovanih oseb. Menimo, da bi lahko država področje čezmejnega zdravstvenega varstva uredila pacientu bolj prijazno.

Zakonodajalec bi moral razmisliti o izdaji ZZVZZ in POZZ s komentarjem. Na ta način bi se razumevanje posameznih določb približalo zavarovanim osebam, in sicer ne le na področju čezmejnega zdravstvenega varstva, temveč na področju zdravstvenega varstva na splošno.

7 SKLEP

Prispevek magistrske naloge k stroki predstavlja pregled čezmejnega zdravstvenega varstva in ugotovitve s področja pravne ureditve evropske ter nacionalne zakonodaje, kjer smo izpostavili njene pomanjkljivosti. Prikazane pomanjkljivosti so lahko osnova za boljše izvajanje v praksi. Čezmejno zdravstveno varstvo bi moral slovenski zdravstveni management razumeti kot novo poslovno priložnost, ki se kaže v večji konkurenčnosti zdravstvenih sistemov, strokovnem sodelovanju in povezovanju s tujino ter v novih priložnostih za inovacije (Ministrstvo za zdravje 2014a).

V magistrski nalogi smo poiskali odgovore na vprašanja, ki smo si jih zastavili v uvodnem delu naloge. Prvo raziskovalno vprašanje se glasi: »Kateri pravni akti v RS urejajo pravni položaj pacientov pri uresničevanju pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva?« V četrtem poglavju naloge smo proučili in analizirali veljavno zakonodajo v RS pri uresničevanju pacientovih pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva. Na ta način smo predstavili obseg, način, pogoje in postopek uveljavljanja pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva.

Temeljni zakon, ki v RS ureja pravico do zdravljenja v tujini, je ZZVZZ. Podrobneje to pravico urejajo POZZ. POZZ določajo, da se ZUP uporablja za postopek, v katerem se odloča o pravicah pacientov. V ZZVZZ so določeni trije pravni položaji slovenskih zavarovanih oseb pri uresničevanju čezmejnega zdravstvenega varstva.

Zavarovana oseba lahko uresničuje načrtovano zdravljenje v tujini, če so v RS izčrpane možnosti zdravljenja. V tem primeru mora zavarovana oseba pridobiti predhodno odobritev s strani ZZS. Stroški zdravljenja se zavarovani osebi povrnejo v višini dejanskih stroškov teh storitev v državi, v kateri so bile uveljavljene.

V drugem primeru lahko zavarovana oseba uresničuje čezmejno zdravstveno varstvo, kadar je v RS presežena najdaljša dopustna čakalna doba pri vseh izvajalcih. Kadar pa čakalna doba ni presežena, se ugotavlja, ali čakalna doba presega razumni čas. Tudi v tem primeru mora zavarovana oseba pridobiti predhodno odobritev s strani ZZS. Stroški zdravljenja se zavarovani osebi povrnejo v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot znašajo stroški teh storitev v javni zdravstveni mreži, v državi, v kateri so bile uveljavljene.

Čakalno dobo podrobneje ureja Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov. Določa najdaljšo dopustno čakalno dobo za posamezne zdravstvene storitve glede na stopnjo nujnosti zdravstvene storitve ob upoštevanju zdravstvenega stanja pacienta. Presežene čakalne dobe so velika težava v RS. Ministrstvo za zdravje je v letu 2016 za skrajševanje čakalnih dob do konca leta 2016 namenilo slabih osem milijonov evrov.

Tretji pravni položaj omogoča, da se lahko zavarovana oseba sama odloči, v kateri državi članici Evropske unije in pri katerem izvajalcu zdravstvene dejavnosti bo uresničevala čezmejno zdravstveno varstvo pod pogojem, da gre za zdravstvene storitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. V tem primeru se predhodna odobritev ZZZS zahteva le, kadar gre za uresničevanje bolnišničnih zdravstvenih storitev, ki vključujejo prenočitev zavarovane osebe in v primeru uresničevanja zdravstvenih storitev, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme. V ta namen je minister, pristojen za zdravje, izdal Odredbo o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev. Stroški zdravstvenih storitev se povrnejo v višini povprečne cene teh storitev v RS, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški. ZZZS povrne stroške posamezne zdravstvene storitve v skladu s 23. členom ZZZVZZ.

V poglavju 4.4 smo tudi podrobneje predstavili primere, v katerih zavarovana oseba ni upravičena do povračila stroškov. Eden izmed razlogov za zavrnitev predhodne odobritve je nepresežena najdaljša čakalna doba pri vsaj enem izvajalcu v RS glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe. Pri tem se je pojavilo vprašanje, ali je takšna ureditev ustrezna oziroma dopustna. Direktiva 2011/24/EU določa, da se predhodna odobritev zavrne v primeru, če se to zdravstveno varstvo izvede v roku, ki je utemeljen z medicinskega vidika, in se opravi na njenem ozemlju glede na trenutno stanje posameznega zadevnega pacienta in verjetnosti razvoja bolezni. Ta dikcija je bila implementirana v prvo alinejo četrtega odstavka 44. c-člena ZZZVZZ, ki določa, da se lahko predhodna odobritev zavrne, če je zdravstveno storitev mogoče uveljavljati v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob pri vsaj enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v RS glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in na verjetni razvoj bolezni pa za zdravljenje ne bo presežen razumni čas. Direktiva 2011/24/EU dopušča tako možnost in v tem primeru jo lahko države članice Evropske unije tudi uporabijo. Glede na navedeno lahko rečemo, da je takšna ureditev ustrezna oziroma dopustna.

POZZ poleg pravice do načrtovanega čezmejnega zdravljenja opredeljujejo tudi pravico zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev med potovanjem in bivanjem v tujini, ki jo lahko uresničujejo na osnovi Evropske kartice zdravstvenega zavarovanja. Na osnovi Evropske kartice zdravstvenega zavarovanja imajo zavarovane osebe zagotovljene pravice do nujnih oziroma potrebnih zdravstvenih storitev neposredno pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti, ki so del javne zdravstvene mreže.

Drugo raziskovalno vprašanje se glasi: »V katerih primerih, kot so plačilo zdravstvenih storitev, uresničevanje pravic pri izvajalcih različnih statusnih in lastniških značilnosti, predhodna odobritev ter kakovost zdravstvenih storitev, se položaj zavarovane osebe, ki uresničuje pravice do čezmejnega zdravstvenega varstva, razlikuje od položaja zavarovane osebe, ki uveljavlja pravice doma?«

Pri uresničevanju pravic čezmejnega zdravstvenega varstva na osnovi Direktive 2011/24/EU mora stroške čezmejnega zdravstvenega varstva zavarovana oseba plačati sama, nato pa na

pristojno območno enoto ZZZS poda zahtevo za povračilo stroškov. Stroški se povrnejo v višini vrednosti zdravljenja doma, kar postavi pacienta v slabši položaj. Glede na navedeno bodo lahko to pravico uveljavljale predvsem boljše obveščene in premožnejše osebe. Vsak si namreč ne more privoščiti dragega zdravljenja v drugi državi članici Evropske unije in čakati na povrnitev stroškov. Prav tako bo morala zavarovana oseba del stroškov nositi sama. Po drugi strani pacienti nimajo pravice do socialne varnosti, če imajo dovolj denarja, da lahko uresničujejo pravico do zdravljenja v tujini.

S prenosom Direktive 2011/24/EU v slovensko zakonodajo je prišlo do slabšega obravnavanja nacionalnih pacientov. Pacienti, ki uresničujejo svoje pravice izven matične države oziroma v drugi državi članici Evropske unije, lahko uveljavljajo zdravstvene storitve tako pri izvajalcih v javni zdravstveni mreži kot pri zasebnikih. Na ta način imajo večjo možnost izbire med izvajalci zdravstvene dejavnosti kot pacienti, ki uveljavljajo zdravljenje znotraj nacionalnih sistemov pri izvajalcih, ki so del javne mreže. Oziroma drugače: pacient, ki se je odločil za uresničevanje svojih pravic v drugi državi članici Evropske unije, je v boljšem položaju kot pacient, ki se zdravi v matični državi. V pravu Evropske unije je takšen položaj znan kot obrnjena diskriminacija. Pravo Evropske unije se z obrnjeno diskriminacijo ne ukvarja, saj za to nima pristojnosti. Gre za vprašanje nacionalnega ustavnega prava in ustavne pravice do enakosti pred zakonom.

Z vidika predhodne odobritve je zavarovana oseba, ki uresničuje čezmejno zdravstveno varstvo v drugi državi članici Evropske unije, v slabšem položaju kot zavarovana oseba, ki uresničuje zdravljenje doma. Zavarovana oseba za zdravljenje v matični državi ne potrebuje predhodne odobritve za zdravljenje, ne glede na to, katere zdravstvene storitve uresničuje (bolnišnične zdravstvene storitve, zdravstvene storitve, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinsko opremo oziroma običajne zdravstvene storitve).

Z vidika kakovosti in varnosti na podlagi študije EPHA (European public health alliance) in poročila Evropske komisije (2015a) o izvajanju Direktive 2011/24/EU se ugotavlja, da obstaja zaskrbljenost glede standardov kakovosti bodisi doma ali v drugi državi zdravljenja. Informacije, ki jih nudijo Nacionalne kontaktne točke, pogosto niso celovite. S tega vidika so zavarovane osebe, ki želijo uresničevati čezmejno zdravstveno varstvo v drugi državi članici Evropske unije, v slabšem položaju.

Ovire pri uresničevanju čezmejnega zdravstvenega varstva po podatkih raziskave Special Eurobarometra 425 (2015), ki je bila izvedena na pobudo Evropske komisije, predstavljajo tudi jezikovne prepreke in pomanjkanje informacij glede pravic v primeru, če gre karkoli narobe.

Tretje raziskovalno vprašanje se glasi: »Kakšen je obseg povračil stroškov zdravljenja zavarovanih oseb v RS, v druge države članice Evropske unije?« Na tretje raziskovalno

vprašanje smo odgovorili v poglavju 4.4. Na osnovi podatkov iz Poslovnega poročila ZZZS je razvidno, da se stroški povračil med letoma 2014 in 2015 povečujejo. Stroški čezmejnega zdravstvenega varstva se sicer povečujejo, vendar pa je dejanski obseg javne porabe v RS za čezmejno zdravstveno varstvo zanemarljiv, glede na to da znašajo celotni odhodki ZZZS slabi dve milijardi in pol evrov. Obseg povpraševanja o zdravstvenih storitvah v drugih državah trenutno predstavlja zgolj en odstotek javne porabe za zdravstveno varstvo. Ta ocena vključuje tudi nenačrtovano zdravstveno varstvo, kar pomeni, da je obseg javne porabe za načrtovano zdravstveno varstvo nižji od enega odstotka. Na mejnih območjih, na področjih, kamor potujejo številni turisti in podobno, je lahko ta delež večji.

Možnosti nadaljnjega raziskovanja

Možnosti nadaljnjega raziskovanja vidimo v raziskavi pri uresničevanju pacientovih pravic na osnovi ZPacP. Po ZPacP se pacientove pravice uresničujejo v drugačnih postopkih, kot jih določa ZZVZZ oziroma POZZ, prav tako o njih odločajo drugi organi. ZPacP namreč ureja pravice, ki niso pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, pač pa so z njimi tesno povezane. Pri uresničevanju teh pravic lahko pacientu pomaga ali svetuje zastopnik pacientovih pravic. V primeru kršitev njihovih pravic na prvi obravnavi odloča pristojna oseba izvajalca zdravstvene storitve, medtem ko poteka druga obravnava pred Komisijo RS za varstvo pacientovih pravic. Odprta vprašanja se postavljajo na področju uresničevanja zdravstvenih storitev v RS, s strani pacientov iz drugih držav članic Evropske unije. V magistrski nalogi smo se področja varnosti pacientov in vprašanja zagotavljanja kakovosti le dotaknili, zato vidimo možnost nadaljnjega raziskovanja tudi na tem področju. Varnost pacientov je večplasten problem, ki postavlja v ospredje vprašanja zagotavljanja kakovosti zdravstvenih sistemov. Paciente je treba zaščititi pred napakami in slabo zdravstveno oskrbo, nastalo zaradi slabo delujočih procesov znotraj zdravstvenih ustanov.

LITERATURA IN VIRI

- Avbelj, Matej. 2011. *Sodno pravo Evropske unije*. Ljubljana: GV Založba.
- Batagelj, Kaja in Ana Hergouth. 2015. Direktiva o čezmejnem zdravstvenem varstvu. *Pravna praksa* 34 (36/37): 11–13.
- Berki, Gabriella. 2015. *Cross-border patient mobility: The legal framework obtaining healthcare abroad within the European Union – a patient's perspective*. [Http://doktori.bibl.u-szeged.hu/2676/1/Berki_Gabriella_Ertekezes.pdf](http://doktori.bibl.u-szeged.hu/2676/1/Berki_Gabriella_Ertekezes.pdf) (11. 3. 2017).
- Bratina, Borut, Dušan Jovanovič, Peter Podgorelec in Andreja Primec. 2010. *Osnove gospodarskega pogodbenega in statusnega prava*. Maribor: De Vesta.
- Bohinc, Rado. 2007. *Pravo Evropske unije*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Bubnov Škoberne, Anjuta in Grega Strban. 2010. *Pravo socialne varnosti*. Ljubljana: GV Založba.
- Čarni, Angelca. 2012. *Analiza čezmejnega zdravstvenega varstva v Sloveniji z vidika nastajanja enotnega evropskega zdravstvenega prostora*. Magistrsko delo, Univerza v Ljubljani: Ekonomska fakulteta.
- Došenovič Bonča, Petra. 2014. V *Medicina in pravo: Sodobne dileme III. Izzivi vključevanja slovenskega zdravstvenega sistema v enotnejši evropski zdravstveni prostor*. Univerza v Mariboru: Pravna fakulteta.
- EPHA (european public health alliance). 2015. *Epha report on the implementation of the Cross-border healthcare Directive*. [Http://www.epha.org/IMG/pdf/EPHA_Report_Cross_border_Healthcare_final_Oct15.pdf](http://www.epha.org/IMG/pdf/EPHA_Report_Cross_border_Healthcare_final_Oct15.pdf) (16. 2. 2016).
- Evrobarometer. 2015. *Patients' rights in cross border healthcare in the European union report*. [Http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_425_sum_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_425_sum_en.pdf) (17. 2. 2016).
- Evropska komisija. 2006. *Posvetovanje glede ukrepov Skupnosti na področju zdravstvenih storitev*. [Http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/comm_health_services_comm2006_sl.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/comm_health_services_comm2006_sl.pdf) (22. 9. 2016).
- Evropska komisija. 2008. *Okvir Skupnosti o uveljavljanju pravic pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva*. [Http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2004_2009/documents/com/com_com\(2008\)0415_/com_com\(2008\)0415_sl.pdf](http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2004_2009/documents/com/com_com(2008)0415_/com_com(2008)0415_sl.pdf) (23. 9. 2016).
- Evropska komisija. 2013. *Vprašanja in odgovori: Pravice pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva*. [Http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-13-918_sl.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-13-918_sl.htm) (16. 2. 2016).
- Evropska komisija. 2015a. *Poročilo Komisije o izvajanju Direktive 2011/24/EU o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu*. [Http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/docs/2015_operation_report_dir201124eu_s1.pdf](http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/docs/2015_operation_report_dir201124eu_s1.pdf) (16. 2. 2016).
- Evropska komisija. 2015b. *Member state data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU*.

- [Http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2015_msdata_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2015_msdata_en.pdf)
(11. 3. 2017).
- Evropska komisija. 2016. *Sporočilo komisije Evropskemu parlamentu, svetu, Evropskemu ekonomsko-socialnemu odboru in odboru regij*. [Http://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:bc4bab37-e5f2-11e5-8a50-01aa75ed71a1.0019.02/DOC_1&format=PDF](http://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:bc4bab37-e5f2-11e5-8a50-01aa75ed71a1.0019.02/DOC_1&format=PDF) (28. 11. 2016).
- Evropska komisija. 2017. *Analytical Report 2016. Access to healthcare in cross-border situations*.
- Evropska komisija. B. 1. a. *Koordinacija sistemov socialne varnosti Evropske unije*. [Http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=sl&catId=849](http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=sl&catId=849) (24. 9. 2016).
- Evropska komisija. B. 1. b. *Politika čezmejnega zdravstva*. [Http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/policy/index_sl.htm](http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/policy/index_sl.htm) (29. 9. 2016).
- Evropska komisija. B. 1. c. *Sodna praksa*. [Http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=572&langId=sl](http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=572&langId=sl) (24. 9. 2016).
- Evropski parlament. 2007. *Čezmejno zagotavljanje zdravstvenega varstva*. [Http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+IM-PRESS+20070309IPR04003+0+DOC+PDF+V0//SL&language=SL](http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+IM-PRESS+20070309IPR04003+0+DOC+PDF+V0//SL&language=SL) (9. 5. 2016)
- Godina, Eva. 2011. Pravice pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva. *Pravna praksa* 30 (21): 6–8.
- Godina, Eva. 2013. Čezmejno zdravstveno varstvo po novem. *Pravna praksa* 32 (45): 6–9.
- Hojnik, Janja. 2014. V Medicina in pravo: sodobne dileme III. *Čezmejno zdravljenje v EU: ravnotežje med interesi pacientov in držav članic*. Univerza v Mariboru: Pravna fakulteta.
- Kramberger, Boris. 2007. *Uveljavljanje pravic bolnikov v Evropski uniji in Sloveniji*. [Http://temena.famnit.upr.si/files/files/Kramberger\(1\).pdf](http://temena.famnit.upr.si/files/files/Kramberger(1).pdf). (15. 2. 2016).
- Kidrič, Dušan. B. 1. *Ali je direktiva pozabila na plačevanje čezmejnih storitev*. [Http://www.zav-zdruzenje.si/wp-content/uploads/2013/08/prispevek-D.Kidric.pdf](http://www.zav-zdruzenje.si/wp-content/uploads/2013/08/prispevek-D.Kidric.pdf). (15. 5. 2015).
- Knez, Rajko. 2014. Uveljavljanje pravic do zdravljenja v tujini. V *Pravosodni bilten*, ur. Nina Betetto, 121-135. Ljubljana: Ministrstvo za pravosodje in javno upravo.
- Kupljen, Katja. 2011. *Meje kontinuitete uporabe koordinacijskih pravil o socialni varnosti v EU in nadaljnji razvoj evropskega sistema socialne varnosti*. Magistrsko delo, Univerza v Mariboru: Pravna fakulteta.
- Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. 2010. *Informacija glede modernizacije usklajevanja sistemov socialne varnosti na ravni Evropske unije*. [Http://www.mddsz.gov.si/si/medijsko_sredisce/novica/archive/2010/4/select/sporocilo_z_a_javnost/article/1966/6362/](http://www.mddsz.gov.si/si/medijsko_sredisce/novica/archive/2010/4/select/sporocilo_z_a_javnost/article/1966/6362/) (22. 9. 2016).
- Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport. B. 1. *Ureditev institucij Evropske unije in njenega pravnega sistema*. [Http://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjZmNq_srLPAhWBhSwKHW0-AQ0QFgghMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.mizs.gov.si%2Ffileadmin%2Fmizs.gov.si%2Fpageuploads%2Fpodrocje%2Fkadri%2Fdoc%2Fstrokovni_izpit_institucije_EU2.do](http://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjZmNq_srLPAhWBhSwKHW0-AQ0QFgghMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.mizs.gov.si%2Ffileadmin%2Fmizs.gov.si%2Fpageuploads%2Fpodrocje%2Fkadri%2Fdoc%2Fstrokovni_izpit_institucije_EU2.do)

- c&usg=AFQjCNG-svDuTZHFjuME77KahzINe8D5ug&bvm=bv.134052249,d.bGg
(28. 9. 2016).
- Ministrstvo za zdravje. B. 1. *Vodenje kakovosti in akreditacije*.
[Http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost/vodenje_kakovosti_in_akreditacije/](http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost/vodenje_kakovosti_in_akreditacije/) (1. 10. 2016).
- Ministrstvo za zdravje. 2009. *Osnove pravne ureditve s področja zdravstvenega varstva in javnega zdravja*.
[Http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/strokovni_izpiti/Prirocnik_za_za_konodajo_maj_2009.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/strokovni_izpiti/Prirocnik_za_za_konodajo_maj_2009.pdf) (22. 9. 2016).
- Ministrstvo za zdravje. 2010. *Informacija glede modernizacije usklajevanja sistemov socialne varnosti na ravni Evropske unije*.
[Http://www.mz.gov.si/nc/si/medijsko_sredisce/novica/article/12106/6035/](http://www.mz.gov.si/nc/si/medijsko_sredisce/novica/article/12106/6035/) (22. 9. 2016).
- Ministrstvo za zdravje. 2013. *Direktiva o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu – interventni zakon*.
[Http://www.mz.gov.si/si/medijsko_sredisce/novica/archive/2013/10/select/sporocilo_a_javnost/article/698/6675/](http://www.mz.gov.si/si/medijsko_sredisce/novica/archive/2013/10/select/sporocilo_a_javnost/article/698/6675/) (10. 8. 2016).
- Ministrstvo za zdravje. 2014a. *Resolucija nacionalnega zdravstvenega varstva 2016-2025 »Skupaj za družbo zdravja«*. Ljubljana: Vlada Republike Slovenije.
- Ministrstvo za zdravje. 2014b. *Uveljavljanje zdravstvenih storitev pacientov iz drugih držav članic Evropske unije*.
[Http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/direktiva_o_prehodu_pacientov/navodilo_jzz_direktiva_storitve_2014.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/direktiva_o_prehodu_pacientov/navodilo_jzz_direktiva_storitve_2014.pdf) (23. 2. 2016).
- Ministrstvo za zdravje. 2014c. *Uveljavljanje zdravstvenih storitev pacientov iz drugih držav članic Evropske unije – poročanje*. E-mail 21. 4. 2014.
- Ministrstvo za zdravje. 2016. *Uradni list RS št. 25/2016*.
- Nacionalna kontaktna točka za čezmejno zdravstveno varstvo. B. 1. *Pravica do načrtovanega zdravljenja v tujini*. [Http://www.nkt-z.si/wps/portal/nktz/home/abroad/planned/](http://www.nkt-z.si/wps/portal/nktz/home/abroad/planned/) (24. 9. 2016).
- Pennings, Frans. B. 1.. *The cross-border health care directive: more free movement for citizens and more coherent EU law?*
[Https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/241945/Pennings%20-%20Cross%20border%20-%202011.pdf?sequence=1](https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/241945/Pennings%20-%20Cross%20border%20-%202011.pdf?sequence=1) (11. 3. 2017).
- Pirih, Petra. 2010. *Pravici zavarovanih oseb v obveznem zdravstvenem zavarovanju do zdravstvenih storitev med potovanjem in bivanjem v tujini in do zdravljenja v tujini*. Magistrsko delo, Univerza v Mariboru: Pravna fakulteta.
- Rataj, Primož. 2015. *Odobritev čezmejnega zdravstvenega varstva. Delavci in delodajalci 1/2015/XV: 63–79*.
- Sodišče Evropske unije. 1998. *Zadeva C-120/95*.
[Http://www.pisrs.si/Pis.web/zgodovinskaSodnaPraksaRezultati?letoOd=1990&letoDo=1999](http://www.pisrs.si/Pis.web/zgodovinskaSodnaPraksaRezultati?letoOd=1990&letoDo=1999) (23. 2. 2017).

Sodišče Evropske unije. 1998. *Zadeva C-158/96*.

[Http://www.pisrs.si/Pis.web/zgodovinskaSodnaPraksaRezultati?letoOd=1990&letoDo=1999](http://www.pisrs.si/Pis.web/zgodovinskaSodnaPraksaRezultati?letoOd=1990&letoDo=1999) (23. 2. 2017).

Sodišče Evropske unije. 2001. *Zadeva C-157/99*.

[Http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=zdravljenje%2Bv%2Btujini&docid=46529&pageIndex=0&doclang=SL&mode=req&dir=&occ=first&part=1&cid=752819#ctx1](http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=zdravljenje%2Bv%2Btujini&docid=46529&pageIndex=0&doclang=SL&mode=req&dir=&occ=first&part=1&cid=752819#ctx1) (23. 2. 2017).

Sodišče Evropske unije. 2001. *Zadeva C-368/98*.

[Http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=zdravljenje%2Bv%2Btujini&docid=46534&pageIndex=0&doclang=SL&mode=req&dir=&occ=first&part=1&cid=754396#ctx1](http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=zdravljenje%2Bv%2Btujini&docid=46534&pageIndex=0&doclang=SL&mode=req&dir=&occ=first&part=1&cid=754396#ctx1) (23. 2. 2017).

Sodišče Evropske unije. 2003. *Zadeva C-385/99*.

[Http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=zdravljenje%2Bv%2Btujini&docid=48278&pageIndex=0&doclang=SL&mode=req&dir=&occ=first&part=1&cid=752819#ctx1](http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=zdravljenje%2Bv%2Btujini&docid=48278&pageIndex=0&doclang=SL&mode=req&dir=&occ=first&part=1&cid=752819#ctx1) (23. 2. 2017).

Sodišče Evropske unije. 2005. *Zadeva C-145/03*.

[Http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=zdravljenje%2Bv%2Btujini&docid=60298&pageIndex=0&doclang=sl&mode=req&dir=&occ=first&part=1&cid=754567#ctx1](http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=zdravljenje%2Bv%2Btujini&docid=60298&pageIndex=0&doclang=sl&mode=req&dir=&occ=first&part=1&cid=754567#ctx1) (23. 2. 2017).

Sodišče Evropske unije. 2006. *Zadeva C-372/04*.

[Http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=zdravljenje%2Bv%2Btujini&docid=56965&pageIndex=0&doclang=SL&mode=req&dir=&occ=first&part=1&cid=754911#ctx1](http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=zdravljenje%2Bv%2Btujini&docid=56965&pageIndex=0&doclang=SL&mode=req&dir=&occ=first&part=1&cid=754911#ctx1) (23. 2. 2017).

Sodišče Evropske unije. 2007. *Zadeva C-444/05*.

[Http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=zdravljenje%2Bv%2Btujini&docid=60930&pageIndex=0&doclang=SL&mode=req&dir=&occ=first&part=1&cid=754911#ctx1](http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=zdravljenje%2Bv%2Btujini&docid=60930&pageIndex=0&doclang=SL&mode=req&dir=&occ=first&part=1&cid=754911#ctx1) (23. 2. 2017).

Sodišče Evropske unije. 2010. *Zadeva C-512/08*.

[Http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=zdravljenje%2Bv%2Btujini&docid=81397&pageIndex=0&doclang=SL&mode=req&dir=&occ=first&part=1&cid=752819#ctx1](http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=zdravljenje%2Bv%2Btujini&docid=81397&pageIndex=0&doclang=SL&mode=req&dir=&occ=first&part=1&cid=752819#ctx1) (23. 2. 2017).

Sodišče Evropske unije. 2010. *Zadeva C-173/09*.

<http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=zdravljenje%2Bv%2Btujini&docid=81396&pageIndex=0&doclang=SL&mode=req&dir=&occ=first&part=1&cid=350233#ctx1> (28. 3. 2017).

Sodišče Evropske unije. 2011. *Zadeva C-255/09*.

<http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=zdravljenje%2Bv%2Btujini&docid=111961&pageIndex=0&doclang=SL&mode=req&dir=&occ=first&part=1&cid=350233#ctx1> (28. 3. 2017).

Sodišče Evropske unije. 2014. *Zadeva C-268/13*.

<http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=zdravljenje%2Bv%2Btujini&docid=153881&pageIndex=0&doclang=SL&mode=req&dir=&occ=first&part=1&cid=350233#ctx1> (28. 3. 2017).

Sokol, Tomislav, Ljerka Mintas Hodak in Ana Abramovič. 2012. *Patient mobility directive: one step forward or two steps back for cross-border health care?*

- https://www.pravo.unizg.hr/_download/repository/Sokol_Patient_Mobility_Directive%5B1%5D.pdf (11. 3. 2017).
- Strban, Grega 2005a. *Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Strban, Grega. 2005b. Globalizacija in prost pretok zdravstvenih storitev. V *Pravni vidiki slovenske samobitnosti leto po vstopu v EU*, ur. Franjo Štiblar, 169–190. Ljubljana: Pravna fakulteta.
- Strban, Grega. 2010. Uveljavitev nove Uredbe o koordinaciji sistemov socialne varnosti v EU. *Pravna praksa* 29 (12): 28–30.
- Strban, Grega. 2012. Obseg pravic do zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. *Podjetje in delo, revija za gospodarsko, delovno in socialno pravo* 6-7/2012/XXXVIII: 1529–1539.
- Strban, Grega. 2013. *Patient mobility in the European Union: between social security coordination and free movement of services*. Journal of the Academy of European Law. ERA Forum.
- Strban, Grega. 2014. V Medicina in pravo: Sodobne dileme III. *Razmerje med pravico do zdravljenja v tujini in pravico do zdravljenja v domači državi*. Univerza v Mariboru: Pravna fakulteta.
- Strban, Grega. 2016. Prenova obveznega zdravstvenega zavarovanja - zadostujejo spremembe obstoječega zakona ali je nujen sprejem novega? *Delavci in delodajalci* 4/2016/XVI: 585–605.
- Trošt Krušec, Jožica. 2013. Pravice pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva v Evropski uniji. V *Približajmo zdravstveno okolje pacientu*, ur. Andreja Kvas idr., 31–53. Ljubljana: Kalipso, d. o. o.
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2014. *Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2014a. *Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2014*.
[http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/9b52139ed62405f7c1257dfd00573af8/\\$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%20za%20leto%202014_april%202015.pdf](http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/9b52139ed62405f7c1257dfd00573af8/$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%20za%20leto%202014_april%202015.pdf) (16. 2. 2016).
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2015. *Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2015*.
[http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/817e8f5609c531d2c1257f7600499948/\\$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%20za%20leto%202015_sprejeto%20na%20oseji%20Skup%C5%A1%C4%8Dine_30.3.2016.pdf](http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/817e8f5609c531d2c1257f7600499948/$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%20za%20leto%202015_sprejeto%20na%20oseji%20Skup%C5%A1%C4%8Dine_30.3.2016.pdf) (22. 9. 2016).
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. B. 1. *Načrtovano zdravljenje v tujini*
https://zavarovanec.zzzs.si/wps/portal/portali/azos/pravice_zdravstvenih_storitev/pravice_zdravljenje_tujina/_zzz (24. 9. 2016).
- Wismar, Matthias, Willy Palm, Josep Figueras, Kelly Ernst in Ewont van Ginneken. 2011. *Cross-border health care in the European Union*. European Observatory on Health Systems and Policies.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135994/e94875.pdf (22. 9. 2016).

PRAVNI VIRI

- Pogodba o delovanju Evropske unije. 2012. *Uradni list EU*, št. C 326/1.
- Direktiva (EU) 2011/24 Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu. *Uradni list EU*, št. L 88.
- Uredba (ES) 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta o koordinaciji sistemov socialne varnosti. *Uradni list EU*, št. L 166.
- Uredba (ES) 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta o določitvi pravil za izvajanje Uredbe (ES) 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti. *Uradni list EU*, št. L 284.
- Ustava RS. 1991. *Uradni list RS*, št. 33I/1991-I, 42/1997, 66/2000, 24/2003, 69/2004, 68/2006, 47/2013 in 75/2016.
- Obligacijski zakonik. 2007. *Uradni list RS* št. 97/07-uradno prečiščeno besedilo in 64/16-odl. US.
- Zakon o pacientovih pravicah. 2008. *Uradni list RS* št. 15/08.
- Zakon o splošnem upravnem postopku. 2006. *Uradni list RS* št. 24/06, 105/06-ZUS-1, 126/07, 65/08, 8/10 in 82/13.
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. 2006. *Uradni list RS* št. 72/2006-uradno prečiščeno besedilo, 114/2006-ZUTPG, 91/2007, 76/2008, 62/2010-ZUPJS, 87/2011, 40/2012-ZUJF, 21/2013-ZUTD-A, 91/2013, 99/2013-ZUPJS-C, 99/2013-ZSVarPre-C, 111/2013-ZMEPIZ-1, 95/2014-ZUJF-C in 47/2015-ZZSDT.
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. 1994. *Uradni list RS* št. 79/1994, 73/1995, 39/1996, 70/1996, 47/1997, 3/1998, 51/1998-odl. US, 90/1998, 6/1999-popr., 106/2012, 99/2013-ZSVarPre-C, 25/2014-odl. US, 25/2014 in 85/2014.
- Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in načinu vodenja čakalnih seznamov. 2010. *Uradni list RS*, št. 63/2010.
- Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči. 2015. *Uradni list RS*, št. 81/15 in 93/15-popr.
- Odredba o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev. 2014. *Uradni list RS*, št. 6/2014.