

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**ANALIZA ČEZMEJNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V
SLOVENIJI Z VIDIKA NASTAJANJA ENOTNEGA EVROPSKEGA
ZDRAVSTVENEGA PROSTORA**

Ljubljana, marec 2012

ANGELCA ČARNI

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisana Angelca Čarni, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, izjavljam, da sem avtorica magistrskega dela z naslovom Analiza čezmejnega zdravstvenega varstva v Sloveniji z vidika nastajanja enotnega evropskega zdravstvenega prostora, pripravljenega v sodelovanju s svetovalcem prof. dr. Maksom Tajnikarjem.

Izrecno izjavljam, da v skladu z določili Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 21/1995 s spremembami) dovolim objavo magistrskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

S svojim podpisom zagotavljam, da

- je predloženo besedilo rezultat izključno mojega lastnega raziskovalnega dela;
- je predloženo besedilo jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem
 - poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam v magistrskem delu, citirana oziroma navedena v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, in
 - pridobila vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti (v pisni ali grafični obliki) uporabljena v tekstu, in sem to v besedilu tudi jasno zapisala;
- se zavedam, da je plagiatstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 21/1995 s spremembami);
- se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega magistrskega dela dokazano plagiatstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom.

V Ljubljani, dne 28.03.2012

Podpis avtorice: Angelca Čarni

KAZALO

UVOD	1
1 SISTEMI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA Z VIDIKA ČEZMEJNEGA SODELOVANJA	4
1.1 Opredelitev pojmov s področja socialnega in zdravstvenega varstva.....	4
1.2 Delovanje subjektov na trgu zdravstvenih storitev	8
1.3 Sistemi zdravstvenega varstva v EU	14
1.3.1 Bismarckov sistem.....	15
1.3.2 Beveridgeov sistem.....	16
1.3.3 Semaškov sistem.....	16
1.4 Sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji	19
1.4.1 Organizacija zdravstvene dejavnosti	23
1.4.2 Izvajalci zdravstvenih storitev	25
1.4.3 Sistem planiranja obsega in vrednosti zdravstvenih storitev.....	28
1.5 Sistemi zdravstvenega varstva v sosednjih državah.....	29
1.5.1 Avstrija	29
1.5.2 Italija.....	31
1.5.3 Madžarska.....	32
2 ENOTNI EVROPSKI ZDRAVSTVENI PROSTOR	33
2.1 Časovni pregled pogodb Evropske unije od leta 1951	33
2.2 Pomembnejše institucije in organi Evropske unije	37
2.3 Evropske raziskave in študije za enotni zdravstveni prostor.....	40
2.4 Sodna praksa Evropskega sodišča in razvoj dogodkov čezmejnega zdravljenja	44
2.4.1 Sodna primera Kohll in Decker leta 1998	44
2.4.2 Uredbe Sveta Evrope o koordinaciji sistemov socialne varnosti	45
2.5 Direktiva Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu	47
2.5.1 Splošne določbe	49
2.5.2 Pristojnosti držav članic v zvezi s čezmejnem zdravstvenim varstvom.....	49
2.5.3 Povračilo stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo	51
2.5.4 Sodelovanje na področju zdravstvenega varstva	52
2.5.5 Izvedbene in končne določbe	54
3 UREDITEV ČEZMEJNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SLOVENIJI ...	54
3.1 Zakonodaja in veljavni predpisi v Sloveniji.....	55
3.1.1 Nacionalna zakonodaja Republike Slovenije	55
3.1.2 Predpisi evropskega pravnega reda in meddržavni sporazumi.....	56
3.1.3 Sodna praksa v Sloveniji leta 2009.....	56
3.2 Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja in certifikat	57

3.3 Nacionalna kontaktna točka	58
3.4 Pravica do čezmejnega specialističnega ambulantnega zdravljenja	58
3.4.1 Koriščenje čezmejnih specialističnih ambulantnih zdravstvenih storitev	59
3.4.2 Sistem uveljavljanja povračila stroškov v primeru čezmejnega specialističnega ambulantnega zdravljenja	64
3.4.3 Čakalne dobe, kot dejavnik čezmejnega zdravljenja	65
3.4.4 Sistem mednarodne presoje izvajalcev, kot dejavnik čezmejnega zdravljenja ..	65
3.5 Pravica do napotitve na zdravljenje v drugo državo	67
3.5.1 Sistem napotitev na zdravljenje v drugo državo	67
3.5.2 Tuji zavarovanci, napoteni na zdravljenje v Slovenijo	69
3.6 Uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev med začasnim ali stalnim bivanjem na območju druge države	70
3.6.1 Uveljavljanje zdravljenja v državah, za katere velja evropski pravni red	72
3.6.2 Uveljavljanje zdravljenja v državah, kjer veljajo meddržavni sporazumi	74
3.6.3 Uveljavljanje zdravljenja v drugih državah sveta	75
4 ANALIZA PRIMEROV POVRAČIL STROŠKOV ČEZMEJNEGA SPECIALISTIČNEGA AMBULANTNEGA ZDRAVLJENJA	75
4.1 Omejitve pri zbiranju podatkov	75
4.2 Povračila stroškov od leta 2006 do 2009	76
4.3 Povračila stroškov v letu 2010	76
4.4 Analiza primerov povračil stroškov v letu 2011	77
4.5 Razlogi za zavrnitev plačila stroškov	83
SKLEP	84
LITERATURA IN VIRI	87
KAZALO SLIK	
Slika 1: Število sklenjenih pogodb med javnimi zavodi in zasebniki s koncesijo	20
Slika 2: Zagotavljanje sredstev, s katerimi razpolaga področje zdravstvenega varstva	21
Slika 3: Piramidna organizacija zdravstvene dejavnosti	24
Slika 4: Delež zasebnikov s koncesijo in javnih zavodov v finančnih sredstvih	26
Slika 5: Vrednost programa zdravstvenih storitev po dejavnostih v letu 2010	27
Slika 6: Vrste zdravnikov, ki si jih zavarovanci lahko izberejo	60
KAZALO TABEL	
Tabela 1: Merila za razvrščanje sistemov zdravstvenega varstva	18
Tabela 2: Potek evropskih integracijskih procesov v sedmih fazah	37

Tabela 3: Stroški financiranja koordinacije sistemov socialne varnosti v letu 1989 in 1993 (v ECU)	41
Tabela 4: Pregled držav in njihovih posebnosti za slovenske zavarovance	71
Tabela 5: Število primerov povračil stroškov za čezmejno specialistično ambulantno zdravljenje v letu 2010	76
Tabela 6: Prikaz števila primerov povračil v obdobju 01.01. – 31.05.2011.....	78
Tabela 7: Primeri zdravljenja v Avstriji, območna enota Maribor (v €).....	79
Tabela 8: Primeri zdravljenja v Avstriji, območna enota Ravne na Koroškem (v €).....	79
Tabela 9: Primeri zdravljenja v Avstriji, območna enota Celje (v €).....	80
Tabela 10: Primeri zdravljenja v Italiji, območna enota Nova Gorica (v €).....	80
Tabela 11: Primeri zdravljenja v Italiji, območna enota Koper (v €).....	81
Tabela 12: Primeri zdravljenja v Avstriji in Italiji, območna enota Kranj (v €)	81
Tabela 13: Primeri zdravljenja v Avstriji, Italiji in Švici, območna enota Ljubljana (v €).	82
Tabela 14: Primeri zdravljenja v Nemčiji, območna enota Murska Sobota (v €).....	83

UVOD

Opredelitev pojma »čezmejno zdravstveno varstvo« najdemo v Direktivi 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravljenju. Pomeni tisto zdravstveno varstvo, »ki se zagotovi ali predpiše v državi članici, ki ni država članica zdravstvenega zavarovanja«. Slovenija je postala polnopravna članica Evropske unije (v nadaljevanju EU) z vstopom dne 01.05.2004. To je bila do tega trenutka največja širitev EU, saj se je skupaj s Slovenijo priključilo še devet evropskih držav. Vstop je prinesel desetim novim članicam štiri temeljne svoboščine, kot so prost pretok blaga, storitev, kapitala in oseb. Obstaja ideja o ustvarjanju enotnega evropskega zdravstvenega prostora, ki je tudi politika evropske komisije na tem področju. V tem delu in raziskovanju ne gre samo za čezmejno zdravljenje, ampak tudi za pojmovanje, kaj ta evropski zdravstveni prostor pomeni za državo Slovenijo in za njene prebivalce. Predmet proučevanja magistrskega dela je spremenjeno okolje na nacionalnem nivoju in širše v okolju EU, v katerem se bo znašel slovenski sistem zdravstvenega varstva. Pri tem raziskujemo področje čezmejnega zdravstvenega varstva v Sloveniji v kontekstu enotnega evropskega prostora. Izvajalci zdravstvenih storitev v Sloveniji se bodo morali prilagoditi novi vlogi v celovitem zdravstvenem sistemu tudi z osredinjenostjo na proces strateškega managementa, ki ga pojasnjuje Pučko (1995, 2005), in na priseganje kvalitetnih storitev v zdravstvu, kot jih raziskujeta Došenovič Bonča in Tajnikar (2009). Na delovanje zdravstvenega sistema v Sloveniji opozarjajo predvsem avtorji Godina (2009), Strban (2009), Tajnikar in Došenovič Bonča (2010), Toth (2003). Zaradi vse večje aktualnosti čezmejnega zdravstvenega varstva se tudi v Sloveniji vse pogosteje postavlja v ospredje vprašanje, na kakšen način lahko zavarovanci uveljavljajo zdravstvene storitve v tujini, po kakšnem postopku in kolikšen delež stroškov pokrije (povrne) nacionalni zdravstveni sistem v skladu s slovenskim oziroma evropskim pravnim redom.

Širše področje, ki ga obravnava magistrsko delo, je enotni evropski zdravstveni prostor in z njim prost pretok pacientov. Že sama besedna zveza nakazuje, da gre za dimenzijo širših razsežnosti, ki v svojem bistvu povezuje na eni strani zdravje, kot eno izmed najvišjih vrednot posameznika, na drugi strani pa ekonomiko v zdravstvu, ki pomeni ekonomski pristop v porazdelitvi sredstev med posamezne programe zdravljenja in postavljanja prioritet na nacionalnem nivoju. Med obravnavanim izbranim gradivom so med domačimi avtorji Pučko (2005), Svenšek (1995), Tajnikar (2003), od tujih pa Donaldson in Gerard (2005), Folland, Goodman in Stano (2007), Hermesse, Lewalle in Palm (1997) ter Rosenmoeller (2006). Vsaka posamezna država se sooča s problemom pomanjkanja sredstev. Prebivalci si želijo pravočasne in kvalitetne zdravstvene obravnave, ki naj temelji na enakosti in pravičnosti. Država pa težko sledi tem interesom, zato postavlja prioritete v zdravstvu prav zaradi pomanjkanja zadostnih sredstev za zagotavljanje vseh zdravstvenih storitev, ki jih prebivalstvo potrebuje. Zaradi tega je področje izjemno občutljivo.

Namen magistrskega dela je v prvi vrsti opis in celovita predstavitev sistema čezmejnega zdravstvenega varstva v Sloveniji (z možnostmi oziroma pravicami zdravljenja) ob upoštevanju delovanja nacionalnega zdravstvenega sistema. Ob tem pa bomo opisali tudi razvoj in problematiko enotnega evropskega zdravstvenega prostora z vidika prostega pretoka pacientov (mobilnost pacientov), s poudarkom na čezmejnem specialističnem ambulantnem zdravljenju, ki bi naj temeljilo na sodelovanju obmejnih regij sosednjih držav članic (angl. *cross-border health care*). S sprejetjem Direktive Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravljenju (Direktiva 2011/24/EU (v nadaljevanju direktiva o čezmejnem zdravljenju)) se je začela pomembna doba za države, članice EU, ter z njo nove možnosti za njihove prebivalce. Skušali bomo opredeliti, v kakšnem položaju je na tem področju Slovenija, kaj si zavarovanci lahko obetajo in pričakujejo. Obravnavana vsebina torej s širšega vidika, to je ideje enotnega evropskega zdravstvenega prostora postavi temelje in podlago za podrobnejšo analizo čezmejnega zdravstvenega varstva v Sloveniji. Cilj magistrskega dela je prikazati veljavno zakonodajo in postopke v Sloveniji, ki urejajo področje čezmejnega zdravstvenega varstva. Pri tem bomo upoštevali in proučili strokovno literaturo, študije in članke z obravnavanega področja ter pravne akte edinega nosilca zdravstvenega zavarovanja, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS).

Nadalje je cilj magistrskega dela predstaviti rezultate analize primerov povračil stroškov čezmejnega specialističnega ambulantnega zdravljenja v Sloveniji v obdobju in odgovoriti na sledeča vprašanja: Kaj je značilno za primere, ki so se zgodili? V kateri območni enoti? Ali je bilo v obmejnih območnih enotah več primerov čezmejnega specialističnega ambulantnega zdravljenja? Katere vrste specialističnih ambulantnih zdravstvenih storitev so zavarovanci uveljavljali? Kolikšne so bile cene zdravstvenih storitev v primerjavi s cenami v Sloveniji? Naslednji cilj, ki smo si ga zastavili je raziskati in opozoriti še na druge elemente in značilnosti, ki bodo v Sloveniji spremljali uveljavljanje načela prostega pretoka pacientov.

Pri raziskovanju uporabljamo deskriptivno metodo, ki omogoča opis (deskripcijo) značilnosti določenega področja, pojava (njegove strukture, delovanja in razvoja). S to metodo in z metodo kompilacije (postopek povzemanja spoznanj, stališč, sklepov drugih avtorjev) skušamo pojasniti naše raziskovalno področje. Teoretična izhodišča, ideje in koncepte uporabljamo za opis pojavnosti, to je enotnega evropskega zdravstvenega prostora in čezmejnega zdravstvenega varstva v Sloveniji. Tako združeno povzemamo spoznanja mnogih avtorjev, predvsem tistih iz področja zdravstvenega varstva. Tujih, kot so Donaldson in Gerard ter Folland, Goodman in Stano ter domačih, med katerimi so Godina, Pučko, Svenšek, Tajnikar, Toth. Teoretične podlage raziskujemo tudi s pomočjo dokumentov in literature, ki jo objavljajo strokovnjaki in institucije na nivoju EU. Teoretična izhodišča bomo nadgradili s praktičnim delom raziskovanja, z namenom, da raziskovalno temo preverimo v praksi. Ker v raziskavi proučujemo posamezne primere, smo uporabili metodo študij primera. Pri raziskovanju smo osredotočeni na specifično

enoto, to je zavarovanec, ki je vložil vlogo za povračilo stroškov čezmejnih specialističnih ambulantnih zdravstvenih storitev na ZZZS, v raziskavi poimenovan primer. Vir podatkov za analizo so sekundarni podatki, najdeni v internih dokumentih ZZZS. Podatki niso javno objavljeni. Interni dokumenti so vsebovali v opisni obliki, nesistematično zbrane informacije in podatke o lastnostih posameznih primerov. Z analizo dokumentov, ki je ena izmed metod ali tehnik zbiranja podatkov, smo dokumentacijo analizirali in urediti ter poiskali potrebne podatke za našo raziskavo. Po zaključeni analizi dokumentov je sledila analiza podatkov. Analiza podatkov v tabelarični obliki prikazuje 35 primerov povračil stroškov čezmejnega specialističnega ambulantnega zdravljenja v Sloveniji v preteklem obdobju. Na osnovi tabel smo skušali interpretirati značilnosti primerov, vrste zdravstvenih storitev in njihove stroške, ter tudi države, v katerih so slovenski zavarovanci uveljavljali zdravstvene storitve. Opozorili bomo tudi na omejitve in ovire, s katerimi smo se soočali pri zbiranju in analizi podatkov.

Slovenski zdravstveni sistem se mora prilagoditi na odprtje evropskega zdravstvenega prostora. Če po 25.10.2013 ne bo postal fleksibilen in ne bo mogel ponuditi zdravstvenih storitev v razumljivih rokih, bo lahko prišlo do odhoda pacientov v tujino in posledično prenosa finančnih sredstev v tujino. Zanimivo bo ugotoviti, katere aktivnosti in postopke določeni izvajalci že izvajajo, s ciljem izboljšati konkurenčnost na enotnem evropskem zdravstvenem prostoru. Prost pretok pacientov pozna dve smeri. Omogoča tako odhod slovenskih zavarovancev v druge države kot приход tujih v naše zdravstvene ustanove.

Pri snovanju in pisanju sem s pridom uporabila znanja pridobljena na podiplomskem študiju in izkušnje iz poslovne prakse. Vsebina magistrskega dela je strukturirana tako, da prehaja od teoretičnih pogledov o sistemih zdravstvenega varstva, v nadaljevanju na enotni evropski zdravstveni prostor in naprej na čezmejno zdravstveno varstvo v Sloveniji, s konkretno obravnavo problema vključevanja in prilagajanja slovenskega zdravstvenega sistema (na področju čezmejnega specialističnega ambulantnega zdravljenja).

V uvodnem, prvem poglavju, predstavljamo definicije nekaterih splošnih pojmov in teoretična izhodišča, ki so pomembni za razumevanje problematike s področja zdravstva. Mednje sodijo: značilnosti delovanja subjektov na trgu zdravstvenih storitev in opredelitev sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji kot drugih sistemov zdravstvenega varstva. Vključena so spoznanja, gradiva in prispevki institucij EU, ki so nekatera objavljena tudi na svetovnem spletu. Od domačih avtorjev lahko omenimo Butala (2008), Godina (2007–2011), Setnikar-Cankar, Klun, Pevcin, Andoljšek in Aristovnik (2005).

V drugem poglavju obravnavamo enotni evropski prostor, možnosti, spremembe, priložnosti, omejitve mobilnosti pacientov oziroma prostem pretoku pacientov. Zavezujoča direktiva o čezmejnem zdravljenju bo v prihodnosti vplivala na nacionalne sisteme zdravstvenega varstva, zaradi česar bo podrobneje vključena v obravnavo.

V tretjem poglavju obravnavamo stanje organiziranosti čezmejnega zdravstvenega varstva in povračil stroškov teh zdravstvenih storitev v Sloveniji. Zato je v obravnavo vključeno, ne samo uveljavljanje čezmejnega specialističnega ambulantnega zdravljenja, temveč tudi uveljavljanje napotitev na zdravljenje v drugo državo in uveljavljanje zdravljenja med začasnimi ali stalnim bivanjem na območju druge države. Razlogi, zakaj je treba čim prej pristopiti k urejanju področja, so številni, med drugim demografske spremembe s pričakujočim staranjem prebivalstva, spremenjen način življenja, večja informacijska povezanost in dostopnost do informacij po svetovnem spletu in direktiva o čezmejnem zdravljenju. Za zdravstveno varnost zavarovancev je temeljnega pomena predvsem nemoten dostop do storitev in primerna raven kakovosti zdravstvene oskrbe, kar se izkazuje tudi v obvladovanju čakalnih dob za posamezne storitve. V zdravstvenih zavodih kaže čim prej strateško razmišljati in storiti vse v korist prilagajanju zahtevam enotnega evropskega zdravstvenega prostora (Bohinc, Pučko, Tajnikar).

V zadnjem, četrtem poglavju, je predstavljena analiza podatkov čezmejnega specialističnega ambulantnega zdravljenja. Gre za primere povračil stroškov v Sloveniji, ki jih je ZZS zabeležil v obdobju od 01.01.2011 do 31.05.2011. Podatki so neobjavljeni. To obdobje je zanimivo, ker je v marcu 2011 sprejeta direktiva o čezmejnem zdravljenju tudi v Sloveniji pripomogla k širši prepoznavnosti področja čezmejnega zdravstvenega varstva.

1 SISTEMI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA Z VIDIKA ČEZMEJNEGA SODELOVANJA

1.1 Opredelitev pojmov s področja socialnega in zdravstvenega varstva

Obravnavana problematika se navezuje na določene pojme iz zdravstvenega in socialnega varstva, ki si jih za začetek podrobneje oglejmo. Posamezna država oblikuje in izvaja nacionalno politiko, ki je prilagojena njenemu zgodovinskemu razvoju ter je odraz ekonomskega, socialnega in političnega stanja v določenem obdobju v državi (Bubnov Škoberne & Strban, 2010, str. 28). To pa ne zadostuje za države članice EU, saj so le te zavezane upoštevati, poleg nacionalnih, tudi zavezujoče norme mednarodnih (evropskih) predpisov.

V 2. členu Ustave Republike Slovenije je določeno: »Slovenija je pravna in socialna država.« Na tem temelju se uresničujejo ustavne pravice na področjih, ki prispevajo k osebnemu razvoju in blaginji prebivalstva: zaposlovanje in delo, socialna varnost, zdravstveno varstvo, posebno varstvo določenih kategorij prebivalstva in izobraževanje. Uresničuje se s pravnimi sistemov in s tem skrbi za varnost in pravičnost (Bubnov Škoberne & Strban, 2010, str. 29).

O socialni politiki govorimo, kadar država skrbi za prerazporeditev sredstev med državljani, s cilji ustvarjanja znosnih življenjskih razmer za vsakogar ter možnosti za osebni in poklicni razvoj, izboljšanja zdravja prebivalcev, ustvarjanja polne zaposlenosti in za odpravljanje socialne izključenosti in stisk (ko posameznik ali družina zaradi brezposelnosti oziroma slabega gmotnega položaja nima dostopa do zdravstva, do izobraževanja, usposabljanja in političnega, družbenega in kulturnega življenja (Bubnov Škoberne & Strban, 2010, str. 30). Ramovš (2003, str. 274–277) nazorno opisuje pomen usmerjanja socialne politike na področju skrbi za kakovostno starost prebivalstva zaradi povečanega deleža starostnikov. Tudi za evropsko kulturo, pravi Ramovš (2003, str. 276), bo pravočasno reševanje te velike naloge »preizkusni kamen njenega napredka ali celo preživetja«.

Po mednarodnih merilih obsegajo sistemi socialne varnosti (angl. *social security schemes*) in pravice v teh sistemih, pravice do dajatev za socialne primere, ki obsegajo, kot pravita Bubnov Škoberne in Strban (2010, str. 42): »[...] pravice zaposlenih oseb in drugih oseb, ki opravljajo pridobitno dejavnost, do nadomestila plače ali zaslužka in do pokojnine v primeručasne ali trajne nezmožnosti za delo ali zaradi povečanja stroškov v primeru zdravljenja in v primeru preživljanja otrok. S pravicami v sistemu socialne varnosti se zagotavlja varnost in kontinuiteta do dohodka delavcem in drugim aktivnim osebam in njihovim družinskim članom v času, ko ne morejo delati ali imajo povečane stroške«.

V Sloveniji se pravice do denarnih dajatev in do zdravstvenega varstva v okviru sistema socialne varnosti za zaposlene in druge aktivne osebe in njihove družinske člane zagotavljajo preko obveznih socialnih zavarovanj, kot je pokojninsko, invalidsko, zdravstveno in za primer brezposelnosti. Kot smo že omenili, obsega socialno varstvo na drugi strani tudi sistem socialnih pomoči, ki obsegajo dajatve (angl. *social assistance*) v denarju (če posameznik nima zadostnih sredstev za življenje), storitvene (če potrebuje svetovanje, pomoč družini, nego, oskrbo in druge organizirane dejavnosti za primere zasvojenih z drogami, alkoholom itd) in stvarne dajatve (hrano, obleko, medicinske pripomočke). Oblike socialnih pomoči so namenjene posameznikom, družinam in skupinam prebivalstva, za katere se v posebnem individualnem postopku ugotovi njihova potreba (Bubnov Škoberne & Strban, 2010, str. 44–45, 104).

Socialne vrednote so temeljne civilizacijske norme, kot so: spoštovanje človekovega dostojanstva (da se vsakomur zagotovijo minimalni pogoji za obstoj in bivanje, za osebni razvoj; da se človeka ne ponižuje pri uresničevanju pravic in se mu ne odreka individualnosti); socialna pravičnost (kaj je sprejemljivo za večino in čim manj sporno); enako obravnavanje ter vzajemnost in solidarnost. Na vzajemnosti temeljijo sistemi socialnih zavarovanj, ki se financirajo s prispevki obvezno zavarovanih oseb, ki je uveljavljen tudi v Sloveniji (Bubnov Škoberne & Strban, 2010, str. 36). Na solidarnosti pa temeljijo sistemi socialnih pomoči in dodatkov tistim, ki so v materialni in socialni stiski. Ti se financirajo iz davkov. Bubnov Škoberne in Strban (2010, str. 36) pravita: »Temeljno

ustavno načelo in pravilo enakosti pred zakonom in temeljno načelo socialne pravičnosti se na individualni ravni uresničujeta z enakim obravnavanjem v enakih primerih oziroma stanjih in različno v različnih.« To nam zapoveduje Ustava Republike Slovenije, 14. člen: »V Sloveniji so vsakomur zagotovljene enake človekove pravice in temeljne svoboščine, ne glede na narodnost, raso, spol, jezik, vero, politično in drugo prepričanje, gmotno stanje, rojstvo, izobrazbo, družbeni položaj, invalidnost in katerokoli drugo osebno okoliščino. Vsi so pred zakonom enaki.«

Kaj pozna EU? Določbe o vrednotah in ciljih so pomemben sestavni del Lizbonske pogodbe. Cvikel (2008, str. 22) pravi: »Unija temelji na vrednotah spoštovanja človekovega dostojanstva, svobode, demokracije, enakosti, pravne države in spoštovanja človekovih pravic, vključno s pravicami pripadnikov manjšin. Te vrednote so skupne vsem državam članicam v družbi, ki jo označujejo pluralizem, nediskriminacija, strpnost, pravičnost, solidarnost in enakost žensk in moških«.

Pri opazovanju obsežnih socialnih sistemov v posamezni državi, kot so družbeno-politični sistem države, pravosodni sistem, sistem državne in javne uprave, sistem socialne in zdravstvene varnosti, pokojninsko-invalidski sistem, izobraževalni sistem itd., vidimo, da so medsebojno povezani in soodvisni v celovit sistem, ki se kaže v delovanju celotne družbe. V delu obravnavamo problematiko s področja zdravstva, zato se bomo osredotočili na sistem zdravstvenega varstva. Toth (2003, str. 95) trdi, da prav sistem zdravstvenega varstva nosi med socialnimi sistemi pomembno vlogo. Sistem zdravstvenega varstva (angl. *Health Care System*, nem. *Gesundheitswesen, Gesundheitssystem*) je mogoče opredeliti na različne načine. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju ZZZVZZ) opredeljuje zdravstveno varstvo v 1. členu. Pravi, da »obsega sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih. Poleg tega zdravstveno varstvo obsega tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti.«

Toth (2003, str. 96–100) razlikuje nadalje tudi med najširšim in ožjim poimenovanjem sistema zdravstvenega varstva. Trdi, da zdravstveno varstvo v najširšem pomenu besede postavlja v ospredje zdravje populacije, celotnega prebivalstva države ali nekega območja in manj potrebe in zahteve posameznika. Ugotavlja, kje v družbi ali okolju se pojavljajo dejavniki, ki na eni strani ogrožajo zdravje populacije in na drugi strani omogočajo njegovo izboljšanje. Ožje pojmovanje sistema zdravstvenega varstva, kot trdi Toth (2003), poudarja vlogo zdravstvene dejavnosti (zdravstvene oskrbe), katere neposredne naloge se kažejo pri skrbi za izboljšanje in ohranjanje zdravja ljudi, kakor tudi v skrbi za boljše zdravje z zdravljenjem in ukrepi za povrnitev zdravja, v primeru poškodb. V delu se bomo osredotočili torej na ožje pojmovanje in ga poimenovali kot sistem zdravstvenega varstva. Sisteme zdravstvenega varstva bomo zato nekoliko podrobneje proučili. Na tem mestu

kaže opozoriti še na to, da med vsemi državami sveta ni dveh povsem enakih sistemov. Razlogi za razlike med njimi so najpogosteje odraz družbene in ekonomske ureditve in zgodovinskega razvoja države. Vsi pa imajo isti cilj, to je doseči boljše zdravje njihovih prebivalcev.

Sistem zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji temelji na obveznem zdravstvenem zavarovanju vseh oseb, s prispevki delodajalcev in zaposlenih oseb. Nosilec zavarovanja je ZZZS (ki pa je pod strogim nadzorom države), ki mora zagotavljati nemoteno delovanje sistema tako, da je omogočena porazdelitev tveganja, kakor tudi zavestna prerazdelitev na podlagi načela solidarnosti. Načelo solidarnosti pomeni vertikalno solidarnost (med osebami, ki zaslužijo več in tistimi, ki zaslužijo manj), in horizontalno solidarnost (med moškimi in ženskami, med mlajšimi in starejšimi, med posamezniki in družinami z otroki, med zdravimi in bolnimi) (Bubnov Škoberne & Strban, 2010, str. 112–118). Zdravstveno zavarovanje zagotavlja zavarovanim osebam dve skupini pravic, in sicer pravice do zdravstvenih storitev (ki jih bomo v nadaljevanju še pojasnili) ter pravice do nekaterih denarnih prejemkov (nadomestila plače za čas začasne zadržanosti od dela iz bolezenskih razlogov, povračila potnih stroškov, pogrebne in posmrtnine).

Čezmejno zdravstveno varstvo v Sloveniji je najširši pojem za vse vrste zdravljenja v tujini. V slovenski strokovni javnosti so v rabi različna poimenovanja, kot je na primer mednarodno zdravstveno varstvo, čezmejno zdravstveno varstvo, zdravljenje v drugi državi, zdravljenje v tujini, kar pomeni, da zavarovanci koristijo zdravljenje izven države, v kateri so zavarovani. V Sloveniji poznamo več oblik oziroma pravic uveljavljanja zdravstvenih storitev v drugi državi. Najprej je bilo uveljavljeno zdravljenje v drugi državi v skladu z mednarodnim sporazumom med dvema državama, to je na primer med Slovenijo in partnersko državo, in sicer med potovanjem (začasnim) ali stalnim bivanjem v drugi državi. Tekom let uspešnega mednarodnega sodelovanja je Slovenija uspela podpisati sporazume s številnimi državami, na podlagi katerih so zavarovanci lahko uveljavljali pravice do zdravljenja. Nadalje imajo zavarovanci možnosti napotitve na zdravljenje v drugo državo, s predhodno odobritvijo nosilca zavarovanja. Te zdravstvene storitve so načrtovane. Z vstopom Slovenije v EU se je zdravljenje v drugi državi članici za določene skupine zavarovancev še dodatno precej razvilo, s čimer se je zelo razširil obseg koriščenja zdravstvenih storitev v drugih državah članicah in s tem so se razširile pravice do zdravljenja. Pomemben prispevek za večjo mobilnost pacientov je potrebno pripisati tudi sodni praksi Evropskega sodišča ter v letu 2011 sprejeti direktivi o čezmejnem zdravljenju, ki najbolj določno razširja prost pretok pacientov zlasti na področju čezmejnih specialističnih ambulantnih storitev. Evropska komisija s tem na novo vzpodbuja države članice, zlasti sosednje države, k sodelovanju pri zagotavljanju čezmejnega zdravljenja na obmejnih območjih. Gre torej za koriščenje teh storitev, zlasti med sosednjimi državami. Za slovenske zavarovance so pomembne obmejne regije s sosednjimi državami (Avstrija, Italija in Madžarska). Direktiva o čezmejnem zdravljenju pa ne omejuje tovrstnega zdravljenja zgolj na obmejne regije, temveč njene določbe veljajo tudi širše, za druge

države članice. V ZZZS je pristojen za sistem čezmejnega zdravstvenega varstva z urejanjem povračil in vodenjem kompleksnih postopkov oddelek oziroma služba na območni enoti, odvisno od velikosti območne enote, ter oddelek na direkciji. Imenuje se Oddelek za mednarodno zdravstveno zavarovanje ali služba za mednarodno zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju oddelek MZZ).

V delu govorimo o naslednjih državah in skupnostih: države EU so Avstrija, Belgija, Bolgarija, Ciper, Češka, Danska, Estonija, Finska, Francija, Grčija, Irska, Italija, Latvija, Litva, Luksemburg, Madžarska, Malta, Nemčija, Nizozemska, Poljska, Portugalska, Romunija, Slovaška, Španija, Švedska, Velika Britanija in Severna Irska. K državam Evropskega gospodarskega prostora (EGP) spadajo Islandija, Liechtenstein in Norveška. V nadaljevanju države EU, EGP in državo Švico poimenujemo »države članice«, zakonodajo pa «evropski pravni red» (ZZZS, 2010c). Evropski pravni red velja tudi za francoska ozemlja Guadeloupe, Martinique, Reunion, St. Pierre et Miquelon in Francosko Gvajano ter portugalski ozemlji Azori in Madeira; Danska – za Grenlandijo; Velika Britanija – za Gibraltar, izzeti pa so Kanalski otoki (Jersey, Guernsey, Harms, Jetou, Shark in Man); Norveška – izzeti so Spitzberski in Medvedji otoki), Španija – za afriški mesti Ceuta in Mellila ter za Mallorco in Kanarske otoke (ZZZS, 2010c).

1.2 Delovanje subjektov na trgu zdravstvenih storitev

Trg zdravstvenih storitev je specifičen, opredeljujejo ga zakonitosti in posebnosti tako na strani ponudbe kot na strani povpraševanja. Zdravje je za posameznika največja vrednota, je danost, lastnost, zadovoljstvo, je pogoj za njegov obstoj. Če je zdravje res tako pomembno za posameznika, koliko denarja, ki je omejen vir, bo porabil zanj? Ali vse, kar ima, ali le določen del in kolikšen naj bi bil ta del? Tudi z vidika družbe vidimo, da sredstva, ki jih vlagamo v zdravje oziroma v zdravstveno varnost, niso neomejena. Področje zdravstvenega varstva in zdravstvene ekonomike ne pozna preprostih rešitev. Osrednji problem, na katerega naletijo ob raziskovanju tuji avtorji, ki jih v delu omenjamo Donaldsona in Gerarda (2005) ter Follanda, Goodmana in Stano (2007) in še drugi, je torej kronično pomanjkanje zadostnih finančnih sredstev tako v gospodarsko razvitih kot nerazvitih državah. Predpostavljamo lahko, da bi tisti, ki je bolan, gotovo dal vse za zdravje. Toda drug, ki je zdrav, bi glede tega imel drugačno stališče, zlasti če bi moral prispevati del svojega zaslužka za zdravje in zdravljenje drugih. Tako je z razvojem družbe problem posameznika postal družben problem. Z razvojem sistemov zdravstvenega varstva so v ospredje prišla vprašanja njihovega financiranja. Nastale so potrebe po proučevanju možnosti obvladovanja izdatkov za zdravstveno varnost, po iskanju novih virov za kritje vse večjih izdatkov in za racionalnejše koriščenje obstoječih virov. S proučevanjem tako pomembnih vprašanj, postopkov in dejavnosti se v Sloveniji ukvarjajo številni domači strokovnjaki: Pučko (1995), Svenšek (1995), Tajnikar in Došenovič Bonča (2010), Toth (2003) in drugi.

Spomnimo na definicijo zdravja, ki jo je leta 1999 objavila Svetovna zdravstvena organizacija (angl. *World Health Organization – WHO*) (v Toth, 2003, str. 14), da je »zdravje stanje popolnega fizičnega, psihičnega in socialnega blagostanja in ne le odsotnost bolezni ali oslabelosti«. Njena značilnost je v tem, da gleda na zdravje široko in ga povezuje z vsemi porami človekovega življenja in njegovih dejavnosti. Še prav posebej je poudarjena socialna razsežnost, s čimer so postavili na visoko mesto vpliv družbenega okolja na zdravje. Množico dejavnikov, ki vpliva na zdravje in zdravstveno varstvo nasploh, zaznamujejo ekonomski odnosi, ki delujejo na sistem s svojimi ekonomskimi posledicami. Ob tem je pomembno spoznanje, da ohranjanje oziroma izboljšanje zdravja ne poteka po enostavnih načelih proizvodnje in prodaje izdelkov na trgu, kot to velja za tržno ekonomijo. Toth (2003, str. 325) dodaja, da na področju zdravstvenega varstva zdravstvena služba ni edini »proizvajalec« zdravja. Končni rezultat izboljšajo ali poslabšajo ob tem še drugi dejavniki izven področja zdravstvenega varstva.

V tuji kot v domači strokovni literaturi najdemo različna poimenovanja, tako na strani ponudbe kot na strani povpraševanja. Ponudnik zdravstvenih storitev je lahko tudi zdravnik, izvajalec, izvajalec zdravstvenih storitev. Povpraševalec po zdravstvenih storitvah je lahko pacient, bolnik, zavarovanec, prebivalec, kupec, uporabnik zdravstvenih storitev itd. V nadaljevanju teoretičnega dela uporabljamo poimenovanje subjektov v sistemu zdravstvenega varstva po Tajnikarju: na strani ponudbe je izvajalec zdravstvenih storitev ali izvajalec, na strani povpraševanja pa uporabnik zdravstvenih storitev ali uporabnik. Izvajalci zdravstvenih storitev so javni zdravstveni zavodi in zasebniki s koncesijo oziroma druge pravne in fizične osebe, ki imajo z ZZZS sklenjeno pogodbo za izvajanje zdravstvene dejavnosti v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Kakšen bo vpliv opravljenih zdravstvenih storitev na zdravje posameznika ali celotne populacije, je težko ugotovljivo. Zato imajo strokovnjaki pri analiziranju opravka s posebnostmi, ki se razlikujejo od tistih v gospodarstvu (Toth, 2003, str. 326):

- Negotovost učinka zdravljenja.
- Kolektivizacija potencialnih povpraševalcev (organizirane skupine uporabnikov) po zdravstvenih storitvah. Kar pomeni, da ne nastopajo glede povpraševanja in plačila storitev posamično, ampak prek nosilcev zavarovanja ali državnih organov.
- Kolektivno nastopanje izvajalcev, ker ponavadi tudi izvajalci delajo v timih, v skupinah v zdravstvenih centrih, kjer se medsebojno dopolnjujejo z znanjem, tehnologijo in izkušnjami iz različnih specialnih področij. Organizirani so v razna združenja, zbornice in ne kot zdravnik posameznik. V sodobni medicini je zaradi vse večje specializacije posamezni izvajalec sposoben rešiti le manjše število potreb ali zahtev uporabnika in zato potrebuje sodelovanje drugih: pri enem »kupiš« le njegovo mnenje ali napotitev k drugemu izvajalcu ali opravljeno zdravstveno storitev.
- Povpraševanje pričakuje poleg ustrezne zdravstvene storitve tudi zadovoljivo zdravstveno varstvo, o katerem želi soodločati. Če je zdravje res največja vrednota,

potem ekonomski izračun ni dovolj za odločitev, koga bomo ali ne bomo zdravili, ker ne gre izključno za ekonomsko ampak tudi sociološko vrednoto. Če hočemo ugotavljati in analizirati, koliko se spleča kakšen poseg ali zdravljenje uporabnika, ne zadošča preprosto računanje in primerjanje vlaganj in koristi ali celo računanje pričakovanega dobička.

- Odsotnost tržnih zakonitosti in njihova zamenjava z načeli pogajanj med potencialnimi uporabniki in izvajalci storitev. To pomeni, da se v te odnose vključujejo tudi tisti, ki ta trenutek ne potrebujejo zdravstvenih storitev. Na drugi strani pa izvajalci tudi ne vedo, koliko in kolikšne storitve naj bodo opravljali in za koga.

Te in nekatere druge posebnosti zdravstvenega varstva narekujejo drugačne pristope razmišljanja, kot so uveljavljeni v tržni ekonomiji. V tržni ekonomiji je mehanizem za uravnavanje odnosov med ponudbo in povpraševanjem trg. Ta omogoča menjavo blaga in storitev med potrošniki in ponudniki brez intervencije države. Rezultat menjave ali prodaje je zadovoljiv za oboje. Ponudniki lahko prodajo svoje izdelke in pri tem ustvarjajo dobičke, potrošniki pa jih nabavijo glede na svoje želje in potrebe. Ravnovesje med ponudbo in povpraševanjem pomeni tudi tržno ravnovesje in ravnovesno ceno. Če bi bila ta načela uveljavljena tudi v zdravstvenem varstvu, bi to pomenilo, da so uporabniki lahko le dobro obveščeni ljudje, ki točno vedo in poznajo zdravstvene storitve, katere potrebujejo ter znajo pretehtati stroške in koristi posameznih zdravstvenih storitev. Donaldson in Gerard (2005, str. 23–27) sklepata, da bi bilo delovanje popolnega trga zdravstvenih storitev uresničljivo ob petih skupinah predpostavk:

- Uporabniki natančno vedo, katere, kdaj, koliko in kje storitve dobijo: to pomeni, da bi lahko načrtovali koriščenje zdravstvenih storitev podobno kot na primer nakup hrane, obleke. Takšni primeri v zdravstvu so bolj izjema kot pravilo, na primer nakup očal je možno načrtovati na ta način. Večinoma in največ potreb po zdravstvenih storitvah pa se pojavlja nenadoma, zato jih ni mogoče vnaprej predvideti.
- Ni eksternih učinkov: to pomeni, da pri opravljanju storitev ni zunanjih učinkov na okolje, kar pa ne velja. Pri opravljanju zdravstvenih storitev so prisotni eksterni učinki na okolje, tako pozitivni kot negativni. Med pozitivnimi naj naštejemo razna cepljenja, ukrepe preprečevanja širjenja nalezljivih bolezni, storitve zdravstvene vzgoje za otroke in za odrasle, fluorizacije zobovja za otroke itd.
- Uporabniki imajo popolne informacije in predvsem znanje o svojem zdravstvenem stanju in o možnostih zdravljenja ter so zmožni tudi presoje razpoložljivih načinov zdravljenja, ki bi prispevale k izboljšanju njihovega zdravja: takšni primeri so v zdravstvu izjema, kajti uporabnikom niso poznani načini, postopki, obseg zdravljenja, ker nimajo dovolj znanja z medicinskega področja.
- Uporabniki se samostojno odločajo in koristijo zdravstvene storitve, neodvisno od vpliva izvajalcev zdravstvenih storitev: navedena trditev ne velja za trg zdravstvenih storitev.

- Obstoje konkurence med izvajalci zdravstvenih storitev: ponudba zdravstvenih storitev ni tako raznolika, da bi dovoljevala dejansko konkurenco med njimi. Na primer zdravniki določene specialnosti (osebni, specialisti raznih strok itd.) ponujajo iste storitve in uporabniki težko ocenijo, ali so jim bile nudene boljše storitve ali so pri njih dobili več, kot pri drugih izvajalcih.

V kolikor bi bile zgoraj navedene skupine predpostavk uresničene, bi bilo lažje ugotoviti, koliko virov naj družba nameni za zdravstvo oziroma posamezno zdravstveno dejavnost. V praksi pa trg zdravstvenih storitev ne deluje popolno in je med potrebami in zahtevami po zdravstvenih storitvah, ter na drugi strani možnostmi, precejšen razkorak. Ker torej zgoraj navedene predpostavke ne delujejo, je na področju zdravstvenega varstva potrebna določena državna regulacija. Nadalje Donaldson in Gerard (2005, str. 27) opozarjata na tri skupine problemov, ki prispevajo k temu, da je regulacija na trgu zdravstvenih storitev potrebna:

- Moralno tveganje (angl. *moral hazard*), tveganje in negotovost v primeru bolezni in poškodb in neustrezna selekcija (angl. *adverse selection*) pri vključitvi v zdravstvena zavarovanja.
- Eksternalije oziroma zunanji učinki.
- Asimetrična porazdelitev informacij o zdravstvenem varstvu med izvajalci in uporabniki ter omejen vstop izvajalcev na trg zdravstvenih storitev – problem licenc.

Navedene tri skupine značilnosti so prisotne tudi na drugih trgih proizvodov in storitev. Prisotnost enega ali dveh značilnosti ali tveganj pri posamezni vrsti blaga (storitev) nujno še ne opravičuje državne regulacije. Donaldson in Gerard (2005, str. 27) pravita, da ko pa so pri posamezni vrsti blaga (storitvi) prisotne vse omenjene značilnosti, potem je z državno regulacijo možno optimalno financiranje in zagotavljanje teh proizvodov in storitev. In zdravstvo je edinstveno v tem, da ga označujejo vsa navedena tveganja, kar pogojuje tudi prisotnost potrebe po sistemskem usmerjanju in načrtovanju področja zdravstvenega varstva.

Moralno tveganje (angl. *moral hazard*) je prisotno tako na strani izvajalcev kot na strani uporabnikov. Zavarovanje daje uporabnikom občutek večje varnosti in vpliva na njihovo obnašanje v slabši skrbi za lastno zdravje in ne najbolj zdrav način življenja (Donaldson & Gerard, 2005, str. 35). Verjetnost potreb po zdravstvenih storitvah s tem narašča, saj kot smo že rekli, se uporabniki ne trudijo za svoje zdravje, ker plačajo le premijo, ki je nižja od stroškov za zdravstvene storitve v primeru bolezni in poškodb. Zaradi zavarovanja je cena zdravstvene storitve nižja za uporabnika, zato želi, da ko se bolezen pojavi, maksimizirati koriščenje zdravstvenih storitev, s čimer raste obseg povpraševanja po zdravstvenih storitvah. Cena (nižja) zdravstvenih storitev uporabnikov ne prepriča v racionalno obnašanje in koriščenje.

Problem moralnega tveganja nastane, ker zaradi učinka zavarovanja uporabnik povprašuje po večjem obsegu zdravstvenih storitev kot v primeru, če bi moral zdravstvene storitve sam plačati (Folland, Goodman & Stano, 2007, str. 165–167). Moralno tveganje nadalje vpliva na prekomerno koriščenje zdravstvenih storitev, nad nivojem zdravstvenega programa, ki je bil podlaga za določitev premij. Zaradi tega se plačila izvajalcem zdravstvenih storitev dvigujejo nad predvideni nivo in posledično pride do višjih cen zavarovanja, ki se odražajo v višjih premijah. Da razvijemo ta krog vzrokov in učinkov do smiselnega zaključka, kaže dodati, da pa visoke premije lahko povzročijo manjši obseg povpraševanja po zdravstvenem zavarovanju. Uporabniki, pri katerih je tveganje za nastanek bolezni majhno, prekinejo zavarovanje zaradi visoke premije. Zavarovani ostanejo tisti, ki dejansko potrebujejo zdravstvene storitve. Zaradi teh dveh faktorjev je jasno, da pride znova do potrebe po povečanju premij, kar je problem neustrezne selekcije pri zdravstvenem zavarovanju, o katerem bo govora v nadaljevanju.

Moralno tveganje je prisotno tudi na strani izvajalcev. Lahko izhaja iz pomanjkanja ekonomske zavesti zdravniškega osebja. Lahko pa je spodbujeno z načinom plačevanja izvajalcev. Donaldson in Gerard (2005, str 36) opozarjata na storitven sistem »fee for service«, pri katerem so izvajalci plačani glede na število opravljenih storitev. Zaradi tega imajo finančni interes, da opravijo čim več storitev in tako vplivajo na povpraševanje uporabnikov. Tajnikar (2003, str. 418) obravnava primer moralnega tveganja z opazovanjem na primeru tveganih in varnih voznikov. Trdi, da bi lahko bile cene police nižje, če bi posamezniki dejansko potrošili določen znesek za preprečevanje nesreč. Toda, ker za zavarovalnice samo obljuba ni dovolj in je »izdatek zmanjševanje možnosti nesreč skrita dejavnost« posameznikov, zavarovalnice upoštevajo višjo verjetnost nastanka nesreč in zato nudijo police po višji ceni.

Zdravje je značilnost posameznika in ga ne moremo primerjati z značilnostjo proizvoda ali storitve. Bodoče zdravstveno stanje posameznika je zelo negotovo, zato posameznik v večji meri ne more načrtovati bodočega koriščenja zdravstvenih storitev, kot to lahko počne za drugo blago (hrano itd.). Pri odločitvah o storitvah zdravstvenega varstva gre torej za razmere negotovosti in nepredvidljivosti (Donaldson & Gerard, 2005, str 32–33). Vnaprej ne moremo predvideti bolezni ter vrste in obsega potrebnih storitev zdravstvenih storitev, zato se bo trg odzval z oblikovanjem zavarovalniškega mehanizma, ki omogoča posamezniku in družini plačilo v sklad, ki jamči kritje stroškov zdravstvenih storitev v primeru bolezni in poškodb. Zavarovanje je torej razumen institucionalen odgovor za tveganje v primeru nastanka visokih stroškov zdravljenja. Nadalje sta tveganje in negotovost prisotna tudi pri upoštevanju možnosti slabe zamenljivosti zdravstvenih storitev, saj različni uporabniki potrebujejo različne terapije, kakor tudi dejstva, da v zdravstvenem sistemu morajo obstajati neke proste kapacitete, zato ker storitev ni moč skladiščiti. Če povežemo znano, lahko sklenemo, da se zdravstveni sistem sooča s problemi opredelitve stopnje učinkovitosti zmogljivosti, ki je predmet raziskav tudi sedanjega časa.

Problem neustrezne selekcije (angl. *adverse selection*) je povezan s skritimi značilnostmi in informacijami uporabnika (posameznika), ki pa jih zavarovalnice ne poznajo (Tajnikar, 2003, str. 412). V razmerah popolnih informacij bi lahko zavarovalnica natančno razločevala med uporabniki z različnimi verjetnostmi nastanka bolezni in obolenji. Toda ker je verjetnost nastanka in razvoja bolezni nepredvidljiva, zavarovalnica ne pozna stopnje tveganja posameznika, oblikuje enotno premijo glede na povprečje tveganj zavarovane populacije (angl. *community rating*). Enotna premija je lahko previsoka za manj tvegane posameznike, ki se bodo odločili za izstop iz zavarovanja. Na drugi strani je lahko prenizka za posameznike, pri katerih je visoka verjetnost nastanka bolezni in obolenj. V nastalih razmerah, ko se manj tvegani niso pripravljene zavarovati, poraste nivo povprečnega tveganja in premije se povečajo, zaradi kritja višjih stroškov zdravstvenih storitev. Rezultat tega bo ponoven izstop iz zavarovanja tistih, ki menijo, da so zdravi in ne potrebujejo zavarovanja. Ta proces, ko se iz zavarovanja izločijo tisti z manjšimi tveganji, imenujemo neustrezna selekcija (Folland et al., 2007, str. 192).

Tajnikar (2003, str. 366) pojasnjuje: »Zunanji učinki so dobrobit ali škode, ki nastanejo z dejavnostjo določenega gospodarskega subjekta pri drugih gospodarskih subjektih, ki niso neposredno vpleteni v dejavnost tega subjekta«. Avtor razlikuje pet različnih vrst zunanjih učinkov. Tudi Donaldson in Gerard (2005, str. 41) trdita, da opravljanje in koriščenje zdravstvenih storitev učinkuje pozitivno ali negativno na širše okolje in na druge subjekte, ki niso neposredno sovpleteni. Nastanejo lahko na strani povpraševanja (med uporabniki) in na strani ponudbe (med izvajalci zdravstvenih storitev). Nekateri ljudje, ki ne potrebujejo zdravljenja, imajo koristi od tistih ljudi, ki se zdravijo, ker jim je zdravljenje potrebno. Znan primer so storitve raznih cepljenj, ki neposredno vplivajo na zmanjšanje tveganja obolevnosti širšega dela prebivalstva. Govorimo o pozitivnih zunanjih učinkih, kot so na primer cepljenja in zdravljenje obolelih za nalezljivimi boleznimi, ki preprečijo morebitne epidemije in v dobrodelni skrbi za zdravljenje revnih). Tudi pri raziskavah v zdravstvu, ki vodijo do boljših metod zdravljenja, do tehnološkega napredka, ki omogoča zdravljenje bolezni, ki so v preteklosti veljale za neozdravljive, nastajajo pozitivni učinki na zunanje okolje. Negativni zunanji učinki nastajajo zaradi nepravilne rabe zdravil. Neredek primer negativnega zunanjega učinka na strani ponudbe so na primer iatrogene bolezni, to so tiste, ki jih ljudem povzročijo izvajalci zdravstvenih storitev med procesom zdravljenja (infekcije znotraj bolnišnice itd.).

Zdravniki lahko opravljajo zdravstveno dejavnost le s pridobitvijo dovoljenja ali licence. S tem so dobili pooblastilo za kontrolo nad trgom, ki jim dovoljuje omejevanje vstopa v poklic zdravništva. Licence dajejo zdravnikom edinstven položaj, s katerim lahko vplivajo na ponudbo in povpraševanje po zdravstvenih storitvah. Lahko opravijo storitve, ki niso utemeljene in s tem povečujejo le stroške, medtem ko uporabnikom ne prinesejo koristi ali pa zelo malo (Donaldson & Gerard, 2005, str. 44). Z omejenim vstopom je manjši tudi obseg opravljenih zdravstvenih storitev, cene pa so višje, kot bi sicer lahko bile. S takšnim ravnanjem na strani izvajalcev in zdravstvenega sistema nasploh se pravzaprav omejuje

konkurenčnost. Pojav povzroča, da se ne minimizirajo stroški zdravstvenih storitev, ampak se nasprotno celo povečujejo. Kot smo že dejali, uporabnikom primanjkuje znanja, da bi lahko presojali o potrebnih zdravstvenih storitvah prej ali o kvaliteti opravljenih zdravstvenih storitev po zdravljenju ter da bi lahko izbirali med izvajalci. Ker torej uporabniki večinoma niso dovolj informirani, da bi lahko ščitili svoje interese, bi jim naj zdravstveni sistem zagotavljal varnost in kvaliteto zdravstvenih storitev tudi z vzpostavljenimi standardi in kontrolami.

Toth (2003, str. 326–332) trdi, da »v zdravstvenem varstvu ne moremo izhajati iz načel ponudbe in povpraševanja, ampak se namesto tega srečujemo z zahtevami, pričakovanji in potrebami po zdravstvenih storitvah« in o možnostih njihovega uresničevanja. Ko govorimo o možnostih zadovoljevanja potreb in zahtev, se soočamo z omejeno ponudbo zdravstvenih zmogljivosti in neomejenimi pričakovanji in zahtevami ljudi. In prav ta značilnost zahteva od države iskanje čim boljših možnosti zadovoljevanja potreb in zahtev po zdravstvenih storitvah. Svenšek (1995, str. 13) meni, da je na področju zdravstvenega varstva vedno prisotna potreba po usmerjanju in načrtovanju, čigar namen je:

- doseči skladen razvoj področja zdravstvenega varstva z drugimi področji v okviru dane gospodarske moči družbe;
- zagotoviti stopnji družbenega razvoja primerno raven zdravstvene in z njo povezane socialne varnosti prebivalstva;
- doseči čim večjo usklajenost med zahtevami (pogosto željami) in potrebami po storitvah zdravstvenega varstva na eni strani in možnostmi njihovega zadovoljevanja na drugi strani.

Pojma potrebe in zahteve po zdravstveni oskrbi in odnose med subjekti dodobra pojasnjujejo tudi naslednji avtorji: Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik (2007, str. 185–193). Njihovo raziskovanje izhaja iz proučevanja na treh nivojih (treh zornih kotih): zorni kot uporabnikov, izvajalcev in plačnikov zdravstvenih storitev.

1.3 Sistemi zdravstvenega varstva v EU

V posameznih državah so poznani različno urejeni sistemi zdravstvenega varstva. Njihove značilnosti so povsod šle skozi različne razvojne poti in so tudi posledica odločitev vladajočih političnih struktur določenega zgodovinskega obdobja. Vsi sistemi imajo določene skupne sestavine, vsaka od sestavin ima svoje posebnosti in različice, ki pa skupaj tvorijo sistem zdravstvenega varstva posamezne države. Tajnikar in Došenovič Bonča (2010) menita, da je področje zdravstva sistem, ki ga je mogoče analizirati le kot sistem. Poudarjata, da sistem tvorijo:

- elementi in njihove povezave, ki jih določajo interesi in položaj subjektov (bolniki, plačniki, izvajalci, država);
- temeljni cilj, do katerega bi moralo voditi uresničevanje interesov subjektov;
- okolje, vključno s sistemom regulacije.

Toth (2003, str. 102) navaja naslednje skupne sestavine zdravstvenih sistemov:

- zagotavljanje zmogljivosti in človeških virov,
- posebna organizacija zdravstvene dejavnosti,
- ekonomske osnove delovanja,
- načini upravljanja,
- zagotavljanje zdravstvenih storitev.

Pregled strokovne literature o sistemih zdravstvenega varstva pokaže, da so bile raziskave na to temo dokaj številne. Skupno jim je to, da sisteme razlikujejo glede na način upravljanja, glede na vire financiranja, glede na lastnino sredstev in zmogljivosti ter tudi zgodovinski razvoj in nacionalno okolje. Zlasti je problem razlik med sistemi pomemben pri raziskovanju EU in njenega delovanja, ko je cilj EU zблиževanje nacionalnih zdravstvenih sistemov v enotnem evropskem zdravstvenem prostoru. V nadaljevanju skušamo pojasniti poznane zdravstvene sisteme v EU, Bismarckov in Beveridgeov, ki jih običajno imenujemo po njihovih predlagateljih ali nosilcih osnovne ideologije. Primerjalno sta v obravnavo vključena še Semaškov in tržni sistem. Hkrati pa bomo opredelili tudi zdravstveni sistem Slovenije in njenih sosednjih držav članic EU (Avstrije, Italije in Madžarske), ker v delu raziskujemo čezmejno zdravstveno varstvo s pomembno vlogo obmejnih regij v državah članicah EU.

1.3.1 Bismarckov sistem

Imenuje se tudi sistem socialnega varstva oziroma sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja (glej Tabela 1). Njegov idejni vodja je nemški kancler Bismarck, ki je proti koncu 19. stoletja vzpostavil prvi sodobnejši zdravstveno zavarovalniški sistem na svetu. Z zakonom je opredelil skupine ljudi, ki se morajo obvezno zavarovati (v začetku je to veljalo le za delavce, ne pa za njihove družinske člane in ostale prebivalce), opredelil je nosilce zavarovanj (bolniške blagajne), financiranje (ki je potekalo s plačevanjem prispevkov delodajalcev in delojemalcev), organizacijo in upravljanje. Predstavniki delodajalcev in delojemalcev, izvoljeni na neposrednih volitvah, upravljajo z bolniškimi blagajnami, ki imajo precejšnjo avtonomijo. Ta se izraža v usklajevanju med različnimi interesi delodajalcev in delojemalcev pri odločanju pravic zavarovancev kot tudi določanje višine prispevkov (Toth, 2003 str. 146). Bolniške blagajne, nevladne in neprofitne organizacije delujejo na temelju solidarnosti in vzajemnosti. Zagotavljajo kritje stroškov zdravljenja obolelim in poškodovanim delavcem ter nadomestilo plače v času njihove

bolezni. Kasneje so prevzele še eno pomembno vlogo, to je pogajanja z združenji izvajalcev (bolnišnic, lekarn, zdravnikov zasebnikov itd.) o cenah zdravstvenih storitev, o njihovih plačah ter o drugih pogojih s področja zdravstvenega varstva. Država skrbi le za nemoteno delovanje sistema in za spoštovanje zakona, vse ostalo delegira na nižje ravni, kjer imajo pomembno vlogo prav bolniške blagajne. Razvoj skozi čas je šel v smeri širitve zavarovanja poleg delavcev še na ostale skupine prebivalstva. V nekaterih državah imajo posamezne skupine ljudi lastna socialna zdravstvena zavarovanja, v drugih državah pa so vsi vključeni v enotno zdravstveno zavarovanje. Sisteme obveznega zdravstvenega zavarovanja imajo Nemčija, Avstrija, Francija, Belgija, Luksemburg, Nizozemska, Japonska, Češka in Slovenija.

1.3.2 Beveridgeov sistem

Imenovan je tudi kot sistem nacionalne zdravstvene službe oziroma proračunski sistem (glej Tabela 1). Vzpostavljen je bil leta 1948 v Veliki Britaniji kot odgovor na tamkajšnje slabe razmere, na slabo socialno varnost in zdravstveno stanje ljudi, saj je bila zavarovana le tretjina prebivalstva. Beveridge je izhajal iz stališča, da edino država lahko uresniči tako pomembne zahteve, kot so zagotoviti financiranje, zmogljivosti, posebno obliko organizacije za opravljanje zdravstvenih dejavnosti in posebno upravljanje in organizacijo področja. Z uveljavitvijo njegove zamisli so vsi prebivalci dobili možnost uveljavljanja zahtev po zdravstvenih storitvah iz državnih sredstev (Toth, 2003, str. 147). Vzpostavljena je bila nacionalna zdravstvena služba (angl. *National Health Service – NHS*), ki financira investicije v javne zmogljivosti in krije stroške zdravstvenih storitev. Odločitve o deležu sredstev za zdravstveno varstvo sprejme parlament, s čimer imajo zavarovanci v tej ureditvi majhne možnosti soodločanja o razvoju zdravstvenega področja, saj naj bi njihove interese v parlamentu zastopali strankarski poslanci. Sistem zdravstvenega varstva se financira iz proračuna, oziroma iz davkov. Upravljanje sistema zdravstvenega varstva je v domeni razvejanega administrativnega aparata, ki deluje na najvišji, državni ravni (ministrstvo za zdravstvo in nacionalna zdravstvena služba) ter regionalni in lokalni, ki pa imata predvsem izvedbene in nadzorne naloge. Značilnost tega sistema je tudi, da na primarni ravni delujejo zasebni splošni zdravniki, ki so v pogodbenem odnosu z nacionalno zdravstveno službo. Plačani so po številu opredeljenih oseb, za katere skrbijo. Bolnišnice so povečini javne, dovoljene pa so tudi zasebne. Beveridgeov sistem zdravstvenega varstva poznajo v Evropi Irska, Velika Britanija, Islandija, Norveška, Švedska, Danska in Finska.

1.3.3 Semaškov sistem

Na drugi strani, v nekdanji Sovjetski zvezi se je razvila v prvi polovici 20. stoletja nova ideologija, ko so boljševiki prevzeli oblast in uvedli socialistično družbeno ureditev.

Socialistični sistem zdravstvenega varstva (Semaškov sistem) v Sovjetski zvezi je temeljil na naslednjih predpostavkah (Žarković, Mielck, John & Beckman, 1994, str. 6–7, v Toth, 2003, str. 148):

- Obstoja le skupna lastnina, zasebnost ni dovoljeno. Zdravstvena služba je v celoti poddržavljena.
- Vlada centralno odloča o vseh pomembnih dejavnikih zdravstvenega varstva, upravlja in nadzira sistem.
- Vsi državljani imajo pravico dostopa do storitev zdravstvenega varstva, brez da zato neposredno plačajo ali doplačajo. Financiranje zdravstvenega varstva ne sme vplivati na plače delavcev, zato pa vse stroške krije državni proračun.
- Zdravniki ne smejo tekrovati med seboj in ne privabljati bolnikov.
- Za razvoj v celoti skrbi vlada in poteka s centralnim vladnim planom.
- Izvajalce zdravstvenih storitev so obravnavali kot javne uslužbenke.

Glede na politično ideološko naravnost socializma poudarja Semaškov model državno lastnino in dostopnost do zdravstvenih storitev za vse prebivalstvo. Osrednjo vlogo pri zagotavljanju zdravstvenega varstva za vso prebivalstvo ima vlada oziroma državni organi, kar lahko označimo kot podobnost med Semaškovim in Beveridgeovim modelom. Uvedle so ga poleg nekdanje Sovjetske zveze vse vzhodnoevropske države, ki pa so po padcu socialističnega sistema reformirale tudi področje zdravstvenega varstva. Tako so danes v teh deželah nekakšne mešanice elementov državno-upravljalnega sistema in socialno-zavarovalniškega sistema (Toth, 2003, str. 147).

V Tabeli 1 so nanizani zdravstveni sistemi z njihovimi značilnostmi, kot jih obravnava Toth (2003, str. 148). V vseh treh sistemih, razen tržnem, lahko zasledimo skupne značilnosti: prisotna je velika mera solidarnosti in vzajemnosti, v sistem zavarovanja je vključeno vso prebivalstvo (večina prebivalstva), planiranje področja zdravstva temelji na državnem sistemu regulacije. V Bismarckovem sistemu odločitve o planiranju področja zdravstva in odločitve o pravicah zavarovancev sprejemajo državni organi in tudi nosilec (i) zdravstvenega zavarovanja. Na ameriških tleh trg zdravstvenih storitev deluje po načelih tržnega ravnovesja med ponudbo in povpraševanjem, kjer (visoke) cene zdravstvenih storitev odgovarjajo predvsem ponudbi, torej izvajalcem zdravstvenih storitev, ki delujejo kot podjetniki na pridobitni osnovi. Država le neznatno posega na področje, zato skoraj ne poznajo planiranja in ni (ali pa je zelo šibka) državna regulacija. Namesto države regulirajo vire na področju kadrov kot na področju zmogljivosti razne agencije, podjetja oziroma zavarovalnice za prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Sistem ne pozna solidarnosti, kot jo poznajo ostali omenjeni sistemi, kar v bistvu pomeni, da je zdravstvena varnost prebivalcev odvisna od njihove lastne finančne sposobnosti (Toth, 2003, str. 143).

Tabela 1: Merila za razvrščanje sistemov zdravstvenega varstva

Zdravstveni sistemi	Bismarckov sistem	Beveridgeov sistem	Semaškov sistem	Tržni (podjetniški) sistem
Financiranje	prispevki delodajalcev, delojemalcev in drugih zavezanecv	davki ter proračuni države, dežel in lokalnih skupnosti	centralni, državni proračun	zasebne zavarovalnice, zasebna sredstva
Upravljanje	samoupravno, v njem sodelujejo predstavniki delodajalcev in delojemalcev	državni organi ali upravni organi na nižjih ravneh	centralna vlada oziroma ministrstvo za zdravstvo	zasebna združenja, agencije
Sprejemanje odločitev o pravicah zavarovancev	organi upravljanja bolniških blagajn v okvirih, ki jih določa zakon	državni organi	državni organi	ni pravic, vse temelji na načelih ponudbe in povpraševanja
Vključenost (obveza) prebivalstva v sistem	vse prebivalstvo, ponekod so izločene le nekatere skupine	vse prebivalstvo	vse prebivalstvo	ni obveznosti zavarovanja
Solidarnost, vzajemnost	absolutna	absolutna	absolutna	ne obstaja
Planiranje področja	država in nosilci zavarovanj	država	država	namesto plana deluje trg

Vir: M. Toth, *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*, 2003, str. 148.

Upoštevač specifičnosti področja zdravstvenega varstva ter različnosti med nacionalnimi zdravstvenimi sistemi držav članic, ki smo jih že spoznali, pa EU poudarja sodelovanje med nacionalnimi zdravstvenimi sistemi (Godina, 2008b, str. 20). Cilj EU je vzpostaviti splošni okvir za izvajanje varnega, visoko kakovostnega in učinkovitega čezmejnega zdravstvenega varstva v EU, zagotoviti prost pretok pacientov in visoko raven varovanja zdravja, upoštevač nacionalne zdravstvene sisteme. Kljub različnosti zdravstvenih sistemov v Evropi, pa, kot ugotavlja Diamond (2011), so zahodni zdravstveni sistemi globoko v krizi predvsem zaradi zelo slabega sistema upravljanja. Stroške zdravstvenega varstva dvigujejo vse daljša življenjska doba na eni strani in pa vse večje želje ljudi po dvigu kakovosti življenja. Ob tem, da so stroški vse višji tudi zaradi vse slabše kakovosti upravljanja, bodo morale biti spremembe v zdravstvenih sistemih korenite. Pri tem avtor opozarja, da zgolj prenašanje stroškov javnih zdravstvenih blagajn na podjetja oziroma na

zavarovance ne bo izboljšalo stanja na področju zdravstva. Diamond (2011) pravi, da takšno reševanje ne koristi pacientom, temveč le državnim blagajni.

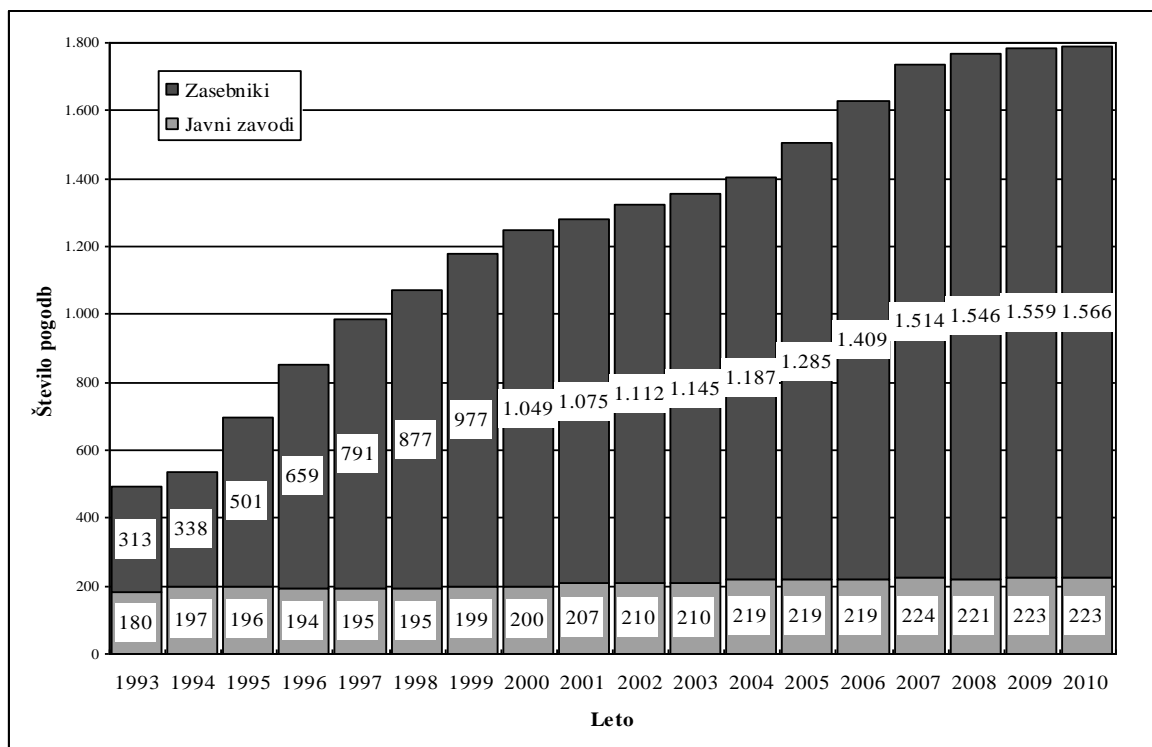
1.4 Sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji

Slovenija je majhna, mlada država in vendar so njeni prebivalci tekom zadnjih sto let na področju zdravstvenega varstva doživeli veliko sprememb. Področje je podrobno raziskoval Toth (2003, str. 431–464). V Sloveniji je bilo s sprejemom ZZVZZ 1. marca leta 1992 ponovno uvedeno zdravstveno zavarovanje Bismarckovega tipa in opuščen prejšnji socialistični samoupravni sistem zdravstvenega varstva. Bistvo nove ureditve je bila uvedba obveznega zdravstvenega zavarovanja na območju Republike Slovenije. Z ustanovitvijo prve bolniške blagajne leta 1889 v Ljubljani, ko je vzpostavljeno delavsko zavarovanje, pa vse do danes, je Slovenija ohranjala glavne značilnosti Bismarckovega zdravstvenega zavarovanja. Poleg teh značilnosti pa ima Slovenija še nekatere lastne rešitve, ki so odraz družbenega razvoja na naših tleh. Tekom desetletij so se dogajale razne spremembe v sistemu, zlasti v smislu širitve kroga zavarovancev ter njihovih pravic do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev, kakor tudi na področju zdravstvene dejavnosti (oskrbe). Značilnost sedanje ureditve je skoraj stoo odstotna vključenost vsega prebivalstva v obvezno zdravstveno zavarovanje, ki jim zagotavlja, glede na ekonomske zmožnosti, sorazmerno velik obseg pravic ter njihovo dostopnost.

Še pred približno 120 leti je delalo nekaj deset zdravnikov, v javni službi so delali le redki. Ta delež se je skozi čas hitro spreminjal v korist javnih kapacitet. Namreč, z razvojem javnega zdravstva, ki se je zlasti po drugi svetovni vojni še okrepilo (zasebna zdravstvena dejavnost je bila takrat prepovedana in ukinjena do leta 1992) je dovoljeno reči, da zasebna praksa v Sloveniji ni nikoli prevladala. Celo nasprotno, po vojni in do leta 1992, to je približno 40 let, je Slovenija poznala le javne zdravstvene službe (Toth, 2003, str. 474). Z reformo leta 1992 pa je Slovenija ponovno dovolila zasebnost, tako da imamo danes, podobno kot v večini evropskih držav, mešani javno – zasebni zdravstveni sistem, kar prikazuje Slika 1. Po reformi zdravstva v Sloveniji (leta 1992) lahko vidimo, da je od leta 1993 pa vse do 2010 močno poraslo število zasebnikov s koncesijo, medtem ko je število javnih zavodov ostalo skoraj ves čas na isti ravni. Nedvomno je to posledica sproščenih možnosti razvoja zasebnosti (tudi) v zdravstvenih dejavnostih v Sloveniji po njeni osamosvojitvi.

Po podatkih ZZZS, vključenih v Poslovno poročilo za leto 2010 (2011a, str. 33), je ZZZS v letu 2010 sklenil pogodbo s 1.789 izvajalci, od tega 223 javnimi zavodi in 1.566 zasebnimi izvajalci s koncesijo. Število pogodbenih partnerjev se je leta 2010, v primerjavi z letom prej, povečalo za 7 (glej Sliko 1).

Slika 1: Število sklenjenih pogodb med javnimi zavodi in zasebniki s koncesijo od leta 1993 do 2010



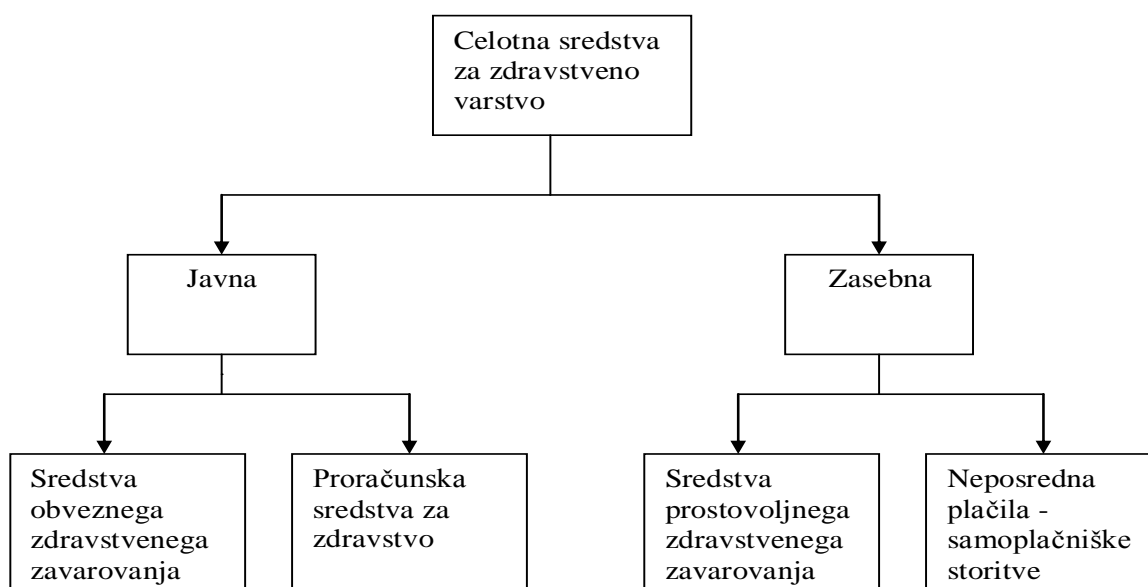
Vir: ZZZS, Poslovno poročilo za leto 2010, 2011, str. 143.

Področje zdravstvenega varstva v Sloveniji ureja več zakonov, ki jih bomo le naštel: Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 72/2006-UPB3, 91/2007, 76/2008, 87/2011, v nadaljevanju ZZVZZ), Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o lekarniški dejavnosti, Zakon o zdravniški službi in še nekateri drugi (Zakon o zdravilih, Zakon o nalezljivih boleznih, Zakon o pacientovih pravicah, Zakon o zbirkah podatkov v zdravstvu itd.) ter pomemben podzakonski akt Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju Pravila OZZ). Na področju zdravstvene dejavnosti je bila pomembnejša sprememba v tem, da je bil leta 1999 sprejet Zakon o zdravniški službi (Ur. l. RS, št. 72/2006-UPB3, 85/2008), ki je posebej uredil vprašanja, ki se nanašajo na delo zdravnikov in zobozdravnikov, pogoje za opravljanje dejavnosti teh dveh poklicev, njihove specializacije, pravice in obveznosti zdravnikov, njihov delovni čas, počitek in organiziranje v zbornico. Vse ostale opredelitve, ki se nanašajo na organizacijo zdravstvene dejavnosti, pogoje za opravljanje te dejavnosti, možnosti zasebnega dela ter druge opredelitve so ostale nespremenjene vse od sprejema zakona leta 1992 (Repar, 1996, str. 71).

Slovenski zdravstveni sistem pozna enega nosilca zavarovanja, to je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). ZZZS je ustanovljen na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in ima status javnega zavoda. Po ZZVZZ je ZZZS

nosilec in izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja na območju države Slovenije, ki vključuje tudi zavarovanje v primeru bolezni ter v primeru poškodbe pri delu in poklicne bolezni. ZZZS ureja področje zdravstvenega varstva tako, da se z delovanjem uresničujejo načela socialnih zdravstvenih zavarovanj, zlasti načelo obveznosti vključevanja vsega prebivalstva v obvezno zdravstveno zavarovanje in načelo solidarnosti med zavarovanci. Je kupec in plačnik zdravstvenih storitev (zbira prispevke in jih namenja za kritje opravljenih zdravstvenih storitev) in je pogajalec z izvajalci (Repar, 1996, str. 74). V tej vlogi predstavlja »kolektivnega« kupca storitev, ki zastopa interese vseh zavarovancev in plačuje račune za opravljene zdravstvene storitve. ZZZS ne predstavlja vloge izvajalca zdravstvenih storitev, saj nima lastnih zmogljivosti za opravljanje zdravstvene dejavnosti. Zato ima pomembno vlogo v sistemu socialne varnosti države (Toth, 2003, str. 250).

Slika 2: Zagotavljanje sredstev, s katerimi razpolaga področje zdravstvenega varstva



Celotna sredstva, s katerimi razpolaga področje zdravstvenega varstva, lahko razdelimo na javna in zasebna. Stepan, Ulrich, Wille, Vandermeulen in Zweifel, v dodatku k slovenski izdaji Toth, Petrič in Kramberger (1999, str. 150–152), pojasnjujejo delitev javnih sredstev na sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja in pa na proračunska sredstva za zdravstvo (Slika 2). Slednja zagotavlja na eni strani Ministrstvo za zdravstvo (namenja jih izvajanju nacionalnega programa za posebne naloge na republiškem nivoju ter za investicije v kapacitete na sekundarni in terciarni ravni in še druge obveznosti) in na drugi strani jih zagotavljajo občine, ki namenjajo sredstva za investicije v kapacitete primarne ravni. Največji delež predstavljajo javna sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja, zbrana s solidarnostnimi prispevki različnih kategorij zavarovancev. Med zasebnimi sredstvi pa ločimo med sredstvi prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj ter neposredna plačila – samoplačniške storitve (Slika 2).

ZZVZZ opredeljuje obveznost vključitve v zdravstveno zavarovanje za vse, ki bivajo na območju Republike Slovenije ali na tem območju opravljajo kakršnokoli pridobitno dejavnost. Zakon ne dovoljuje nobene možnosti, da bi se lahko nekdo izognil obvezi vključitve v obvezno zdravstveno zavarovanje in ostal nezavarovan. Velja za vse prebivalstvo, izjeme so le nekatere skupine (zaporniki, tujci, osebe neznanega bivališča), ki so določene v zakonu. Temu načelu sledi tudi obveza za vse prebivalstvo, da morajo vsi plačevati prispevke sorazmerno njihovi dohodkovni sposobnosti. Tudi ostale sodobne evropske družbe si prizadevajo slediti temu načelu, saj zagotavlja visoko socialno in zdravstveno varnost vsega prebivalstva tudi zaradi dejstva, da je čim več ljudi vključenih v solidarnostni sistem pokrivanja čim večjega obsega tveganj zaradi bolezni ali tveganj zaradi poškodb (Stepan et al., 1999, str. 146–148). V sklopu načela solidarnosti, gre za najširšo družbeno solidarnost med ljudmi, ko tisti, ki zbolijo ali so poškodovani, potrebujejo zdravstvene storitve, jih tudi lahko koristijo in so jim dostopne, plača pa jih namesto njih nosilec zavarovanja. Izjemo predstavljajo le predpisana doplačila, katerih kritje si vsak posameznik zagotovi z lastno vključenostjo v prostovoljno zdravstveno zavarovanje. V zadnjem času gredo razprave v smer ukinjanja prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, na končne odločitve bo potrebno še počakati. Poglavitno za nas je, da sistem ne pozna razlik v pravicah ljudi iz zdravstvenega zavarovanja in v njihovih obravnavah glede na njihovo narodnost, socialni položaj, spol in vero. Kot drugo pa je pomembno, da je prebivalstvo obvezno plačati prispevke približno sorazmerne njihovim dohodkovnim sposobnostim (Toth, 2003, str. 251).

Za slovenski zdravstveni sistem velja načelo pogajanj kot uveljavljen način urejanja odnosov, ki pa ga lahko označimo kot posebnost. Nenavadno zanj je, da so v pogajanjih aktivno vključeni trije socialni partnerji: ZZZS (plačnik), predstavniki skupin izvajalcev zdravstvenih storitev (izvajalci) in Ministrstvo za zdravje (vlada). Ministrstvo za zdravje aktivno sodeluje pri pogajanjih ter daje soglasje pri sprejemanju vseh najpomembnejših aktov obveznega zdravstvenega zavarovanja, kot so na primer Pravila OZZ, Lista zdravil, pravilnike in navodila. Vlada RS sprejema arbitražne odločitve v primeru nesoglasja med partnerji glede programa zdravstvenih storitev in daje soglasje k finančnemu načrtu ZZZS. Državni zbor RS sprejema prispevne stopnje in daje soglasje na imenovanje generalnega direktorja ZZZS. Toth (2003, str. 263–264) pravi, da je načelo avtonomnosti nosilca zavarovanja v državi eno izmed temeljnih načel sistema socialnega zavarovanja. Avtonomnost pomeni, da je nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja ločen od državnih upravnih organov. S sedanjo regulacijo in nadzorom s strani države Slovenije lahko opazimo, da se zmanjšuje avtonomnost obveznega zdravstvenega zavarovanja na vseh področjih, kar kaže žal na to, da se sistem vse bolj »podržavlja«.

Z uveljavitvijo ZZVZZ je bilo leta 1993 uvedeno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, kar štejemo med slovenske posebnosti. ZZVZZ je določil, da obvezno zdravstveno zavarovanje za nekatere zdravstvene storitve in skupine zavarovanih oseb ne krije stroškov v celoti, ampak le določen odstotek. Za preostali del morajo zavarovanci sami nositi

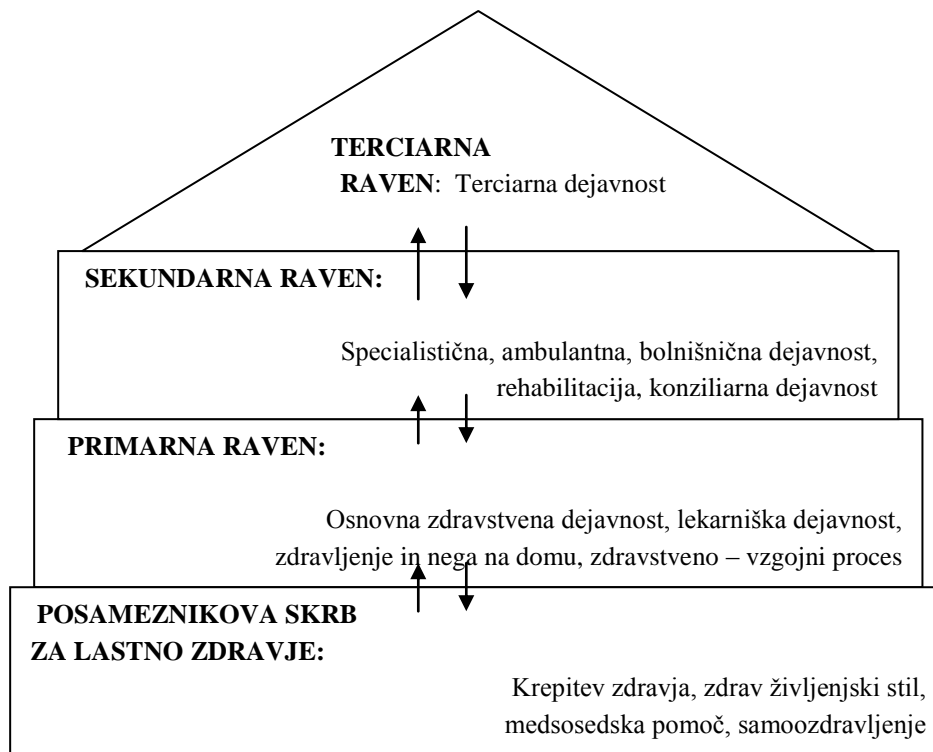
stroške ali pa se prostovoljno zavarujejo (Stepan et al., 1999, str. 149). Deleži plačila storitev iz obveznega ali prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja se vse skozi spreminjajo, povečujejo se deleži iz naslova prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Po sedanjih predpisih se stroški določenih zdravstvenih storitev že do 90 % pokrivajo iz sredstev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, s čimer predstavljajo pomemben delež financiranja zdravstvenega varstva (Pravila OZZ). V Sloveniji se zmanjšuje obseg programov zdravstvenega varstva zaradi pomanjkanja finančnih virov (kot kažejo zahteve ter bodoči ukrepi v zdravstvu), zato lahko vidimo, da v takšnem sistemu gre vse v smer jemanja in v škodo bolnim. Z ukrepi zmanjšanja zdravstvenih programov se za bolnike izgublja tisti denar, ki ga bolniki plačujejo za prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Zbran denar prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj ni porabljen za zdravstvene programe, če se krčijo ali celo ukinjajo, temveč je za bolnike izgubljen. Nadalje, varčevanje sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja (javne zdravstvene blagajne) lahko prinese dobiček prostovoljnim (zasebnim) zavarovalnicam. Sistem je takšen, da prostovoljne zdravstvene zavarovalnice denarja sploh ne morejo porabiti, če sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja varčuje in zmanjšuje programe zdravstvenih storitev (Zupanič, 2011).

1.4.1 Organizacija zdravstvene dejavnosti

Celotna zdravstvena dejavnost v Sloveniji je organizirana na treh ravneh, kot prikazuje Slika 3. Zdravstvena dejavnost na primarni ravni naj bi predstavljala prvi stik zavarovanih oseb z zdravstvenimi delavci. Toth (2003, str. 138–140) pravi, da nosijo vlogo vratarja (angl. *gatekeeping*). V organizacijskem pogledu osnovno zdravstveno dejavnost opravljajo zdravstveni domovi in zasebnikih koncesionarjih, ki opravljajo funkcijo izbranega osebnega zdravnika, ginekologa in zobozdravnika. Zdravstveni domovi z zdravstvenimi postajami predstavljajo močno jedro prvega kontakta. Pravzaprav je obstoj zdravstvenih domov posebnost slovenske ureditve: zanje veljajo organizacijske posebnosti ter tudi značilnost nudenja zavarovanim osebam na isti lokaciji kompletno servisiranje raznovrstnih zdravstvenih storitev, zlasti s področja primarne ravni. Tako najdemo v zdravstvenih domovih splošne ambulante, otroške in šolske dispanzerje, dispanzerje za ženske, zobozdravstvene ambulante, organiziranje storitev patronaže in nege na domu, izvajanje laboratorijskih storitev, opravljanje storitev v ambulantah v socialnih in posebnih zavodih in še druge. V drugih državah ne poznajo organizacijske oblike, kot je naš zdravstveni dom, poznajo pa razne druge oblike, v katere se med seboj povezujejo zasebniki različnih zdravstvenih praks. K primarni ravni spada tudi lekarniška dejavnost, ker jo dopolnjuje v delu, ki se ukvarja s preskrbo zavarovanih oseb z zdravili, predpisanimi na recept. Poleg zdravil pa lekarne opravljajo iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja tudi dejavnost oskrbe zavarovancev z medicinsko tehničnimi pripomočki. Enkrat smo že omenili splošne ambulante v domovih za starejše občane oziroma nekaterih posebnih zavodih, ki so ponavadi v organizacijskem smislu del zdravstvenega doma. Med poglavitnimi dejavnostmi in storitvami, ki se opravljajo v socialnih in posebnih domovih,

pa je zagotovo zdravstvena nega tista, ki se v Sloveniji uvršča v posebno vejo na primarni ravni. Je hkrati sinteza socialne in zdravstvene dejavnosti pri osebah, ki potrebujejo socialno oskrbo in zdravstveno nego skozi daljše obdobje (Toth, 2003, str. 138).

Slika 3: Piramidna organizacija zdravstvene dejavnosti



Vir: Povzeto po M. Toth, Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje, 2003, str. 140.

Na sekundarni ravni (Slika 3) izvajalci opravljajo zahtevnejše zdravstvene storitve, opravljene z dražjo in zahtevnejšo tehnologijo in specialističnim znanjem, večkrat tudi multidisciplinarno obravnavo več različnih specialistov. Poglavitni nosilci sekundarne dejavnosti v Sloveniji so bolnišnice, ki so javni zavodi in opravljajo tako bolnišnično kakor tudi specialistično ambulantno dejavnost. Zakonodaja ločuje splošne in specialne bolnišnice glede na število oddelkov in na velikost območja, na katero gravitirajo. Splošne bolnišnice na primer morajo imeti najmanj štiri oddelke in sicer oddelek za interno medicino, pediatrijo, ginekologijo, kirurgijo in temu ustrezne diagnostične in druge dejavnosti. Specialne bolnišnice pa se ukvarjajo le z zdravljenjem in obravnavo bolezenskih stanj znotraj ene same specialnosti, kot na primer psihiatrija, ginekologija. Poleg bolnišnic pa specialistično ambulantno dejavnost opravljajo tudi zasebniki s koncesijo, to so zdravniki različnih specialnosti. Prav tako jo opravljajo v naravnih zdraviliščih, predvsem na področju rehabilitacije (Toth, 2003, str. 139).

Dejavnosti na terciarni ravni (Slika 3) opravljajo klinike in inštituti, ki izpolnjujejo za to dejavnost še posebne zakonske pogoje. Sem sodijo opravljanje najzahtevnejših zdravstvenih storitev, ki zahtevajo najzahtevnejšo tehnologijo in posebno specialistično znanje oziroma tistih storitev pri redkih bolezenskih stanjih, ki jih ne bi bilo smiselno in racionalno organizirati na sekundarni ravni. Prav tako najdemo med njihovimi dejavnostmi pomemben segment, to je pedagoška in znanstveno-raziskovalna dejavnost. Glede slednjega se naša ureditev ne razlikuje od ureditve v drugih državah (Toth, 2003, str. 139). Razlika je le v načinu financiranja: pri nas je sestavni del cene zdravstvenih storitev, v tujini pa poznajo financiranje teh storitev iz dveh virov: ministrstvo za šolstvo in ministrstvo za znanstveno in raziskovalno dejavnost.

Za zdravstveno varstvo prebivalstva skrbijo še Zavod za zdravstveno varstvo, Inštitut za varovanje zdravja ter Zavod za transfuzijsko medicino. To so javni zavodi, ki opravljajo posebne javne zdravstvene funkcije. Temelj te piramidne organiziranosti zdravstva, to je četrta raven, pa predstavlja vsak posameznik, s svojo skrbjo za zdravim načinom življenja in življenjskimi navadami, ki prispevajo k čim boljšemu zdravju, njegovi krepitvi ali povrnitvi. Za to raven, če jo obravnavamo skupaj z ostalimi tremi v piramidi, skrbi vsak sam, torej vso prebivalstvo. Aktivnosti na tej ravni pomembno vplivajo na razvejanost, uspešnost, učinkovitost, dostopnost ter na vsebinske programe vseh ostalih ravni v piramidi (Toth, 2003, str. 140). Lahko si vsak sam odgovori: Kaj sem naredil, kar je v moji moči, da sem zdrav? Kakšen je moj prispevek, da je temelj piramide čvrst?

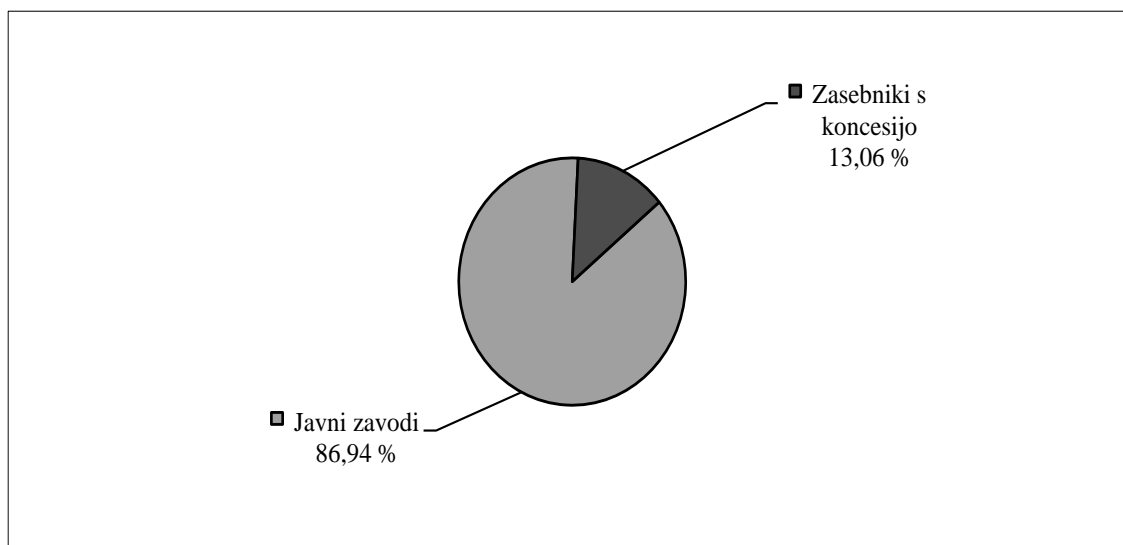
V dobri organizaciji zdravstvenih dejavnosti poteka pretok pacientov, znanja in informacij navzgor in navzdol ter vzporedno med ravni (glej Sliko 3). V strokovnem smislu povezovanje med specialnostmi in zdravstvenimi dejavnostmi po različnih ravneh zagotavljajo razširjeni strokovni kolegiji, kot so kolektivni strokovni organi posameznih specialnosti. Za njihovo povezovanje skrbi zdravstveni svet kot najvišje strokovno posvetovalno telo na področju zdravstvenega varstva v Sloveniji (Toth, 2003, str. 140).

1.4.2 Izvajalci zdravstvenih storitev

Zakon o zdravstveni dejavnosti (Ur. l. RS, št. 23/2005-UPB2, 23/2008, v nadaljevanju ZZDej) omogoča ustanovitev zdravstvenih zavodov, ki imajo status javnega zavoda, kar pomeni, da gre za javne institucije, katerih ustanovitelj in lastnik je država. Republika Slovenija je ustanoviteljica bolnišnic, občine pa so ustanoviteljice zdravstvenih domov, nekaterih domov za starostnike in lekarn, torej javnih zdravstvenih zmogljivosti na lokalnem področju. Na drugi strani pa ZZDej dovoljuje ustanovitev zdravstvenih zmogljivosti v zasebni lasti, to so različne pravne in fizične osebe (zasebniki), ki pridobijo koncesijo. Tako za javne zavode kot za zasebnike velja, da opravljajo zdravstveno dejavnost za potrebe obveznega zdravstvenega zavarovanja na račun javnih in zasebnih sredstev ter lastnih sredstev oseb (v nadaljevanju samoplačnikov). Različni viri

financiranja izhajajo iz možnosti opravljanja storitev in njihovega načina obračunavanja: na primer zdravstvene storitve, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, se financirajo v deležu iz obveznega in deležu iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Plačnik obveznega dela je ZZZS, plačnik doplačila pa zavarovalnice za prostovoljna zdravstvena zavarovanja ali pa morajo zavarovanci pri njih doplačati znesek kot samoplačniki, v kolikor niso prostovoljno zdravstveno zavarovani. Javni zavodi in zasebniki na račun javnih sredstev izvršujejo svojo pogodbeno obveznost do obveznega zdravstvenega zavarovanja. Če pa imajo proste zmogljivosti, ki niso potrebne za uresničevanja programa obveznega zdravstvenega zavarovanja, pa jih lahko zapolnijo z opravljanjem zdravstvenih storitev za samoplačnike. ZZDej posebej določa obvezo, katere dejavnosti morajo biti vključene v mrežo javne zdravstvene službe. To so klinike, inštituti, izvajalci socialno-medicinske, higiensko-epidemiološke in ekološke ter sodno-medicinske dejavnosti in del lekarniške dejavnosti. Naštete dejavnosti se ne morejo popolnoma privatizirati, ampak opravljajo dejavnosti v okviru javnih zavodov.

Slika 4: Delež zasebnikov s koncesijo in javnih zavodov v finančnih sredstvih zdravstvenih storitev v letu 2010

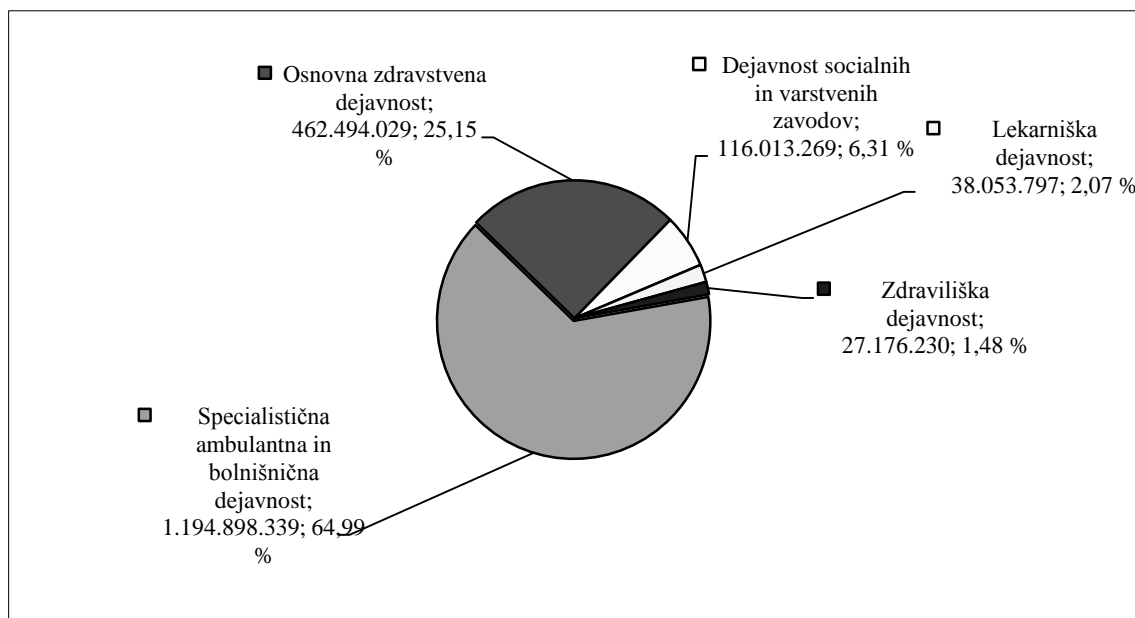


Vir: ZZZS, Poslovno poročilo za leto 2010, 2011, str. 33.

Kot smo že videli na Sliki 1, je ZZZS v letu 2010 sklenil pogodbo s 1.789 izvajalci, od tega 223 javnimi zavodi in 1.566 zasebnimi izvajalci s koncesijo. V primerjavi z letom poprej se je število pogodbenih partnerjev povečalo za 7. Če si pogledamo Sliko 4, kaže delež zasebnikov in javnih zavodov v finančnih sredstvih zdravstvenih storitev v korist slednjih. Vemo, da so bolnišnice javni zavodi, ki opravljajo največji obseg zdravstvenih programov na sekundarni in terciarni ravni. Tudi zdravstveni domovi so javni zavodi, ki pokrivajo precejšen del osnovne zdravstvene dejavnosti.

Zato ne preseneča (Slika 5), da največji delež (65 %) vrednosti letnega zdravstvenega programa predstavlja specialistična ambulantna in bolnišnična dejavnost. 25 % predstavlja osnovna dejavnost ter dobrih 10 % pomenijo ostale zdravstvene dejavnosti (dejavnost socialnih zavodov, lekarniška in zdraviliška dejavnost).

Slika 5: Vrednost programa zdravstvenih storitev po dejavnostih v letu 2010



Vir. ZZVS, Poslovno poročilo za leto 2010, 2011, str. 32.

V Poslovnem poročilu za leto 2010 (str. 33) je ZZVS objavil, da zasebne kapacitete prevladujejo le med zobozdravniki. V splošnih ambulantah, specialističnih ambulantah in ginekoloških ambulantah pa prevladujejo še vedno javni zavodi in njihovi zaposleni zdravniki. Splošne zdravnike, ginekologe in zobozdravnike ter nekatere specialiste učinkovito povezujejo v zdravstvenih domovih. Prav zaradi tega so zdravstveni domovi po mojem mnenju centri primarne (osnovne) dejavnosti v Sloveniji.

ZZVZZ iz leta 1992 določa, da se javna zdravstvena dejavnost opravlja v okviru mreže javne zdravstvene službe, ki jo razmejijo na primarni ravni lokalne skupnosti, na sekundarni in terciarni ravni pa Republika Slovenija. To mrežo naj bi predstavljali javni zavodi in zasebni izvajalci s koncesijo. Merila za določitev mreže na vseh ravneh bi moral določiti plan zdravstvenega varstva Republike Slovenije. Ker plana vse do danes Slovenija nima, so se zmogljivosti javne zdravstvene dejavnosti razvijale brez načrtnega usmerjanja in brez ustreznih strokovnih in materialnih podlag, ki bi temeljile na potrebah prebivalstva ter načelih racionalnosti in ekonomske opravičljivosti njihovega ustanavljanja in delovanja. Pomanjkanje meril za določitev mreže in mreže same kot take je ena od največjih pomanjkljivosti razvoja zdravstvene dejavnosti v vseh letih od osamosvojitve Republike Slovenije. To je namreč omogočalo širitev dejavnosti in zmogljivosti, pa tudi podeljevanje

koncesij, brez strokovno podprtih kriterijev in usmeritev ter bolj po interesih posameznikov ali skupin izvajalcev zdravstvene dejavnosti kot pa načrtno. Ob tem so se ohranjale nekatere zmogljivosti, ki niso več nujno potrebne in bi se lahko preusmerile v druge naloge, drugje pa je prihajalo do zaostajanja v razvoju. Slednje še zlasti velja za osnovno zdravstveno dejavnost, ki je v določenih območjih kadrovsko močno osiromašena in zaradi tega ne more zagotavljati prebivalstvu celovite obravnave, predvidene za to raven. Posledice se kažejo tudi v premajhnem obsegu izvajanja aktivnosti preventive in krepitev zdravja, na nekaterih območjih pa tudi slaba dostopnost do storitev primarne ravni zdravstvene dejavnosti (Toth, 2003, str. 474–475).

V sekundarni dejavnosti je odsotnost mreže povzročila, da so se razvijale vse dejavnosti s podobnimi trendi in se niso dovolj upoštevale spremenjene demografske razmere in razvoj novih tehnologij, ki je postavljal pred posamezne specialnosti različno obsežne zahteve. Takšno stanje je tudi odraz in posledica dejstva, da na tem področju država ni imela jasno opredeljene strategije razvoja, kar je oteževalo načrtovan razvoj dejavnosti. Posledica je premalo racionalno organizirana zdravstvena dejavnost in s tem njena manjša uspešnost in učinkovitost (Toth, 2003, str. 474).

1.4.3 Sistem planiranja obsega in vrednosti zdravstvenih storitev

Kot smo že ponazorili, tržni mehanizem ne zmore učinkovito reševati vprašanja zadovoljevanja potreb na področju zdravstva, zato je potrebna državna intervencija. V Sloveniji temelji zdravstveni sistem na partnerskem modelu dogovarjanja in usmerjanja razvoja zdravstvenega zavarovanja. ZZZS sprejme s socialnimi partnerji temeljni akt za posamezno leto, to je Splošni dogovor, kjer se dogovori za planiran obseg vseh zdravstvenih storitev na nivoju Slovenije. Izvajalci sklenejo letno pogodbo z ZZZS, da dogovorijo letni obseg zdravstvenih storitev, lahko pa velja pogodba za opravljene storitve za več let. Pri usmerjanju in načrtovanju obsega in vrednosti zdravstvenih programov pa ne moremo mimo zahteve, da morajo biti odhodki in prihodki usklajeni. V ta namen je Svenšek (1995) izdelala aplikativni model, ki podpira proces planiranja zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji na makronivoju. Z njim je mogoče (Svenšek, 1995, str. 2):

- proučevati in načrtovati prihodke in odhodke za posamezne programe zdravstvenega zavarovanja na podlagi različnih scenarijev razvoja;
- ugotavljati finančne vplive različnih variant razvoja ali posameznih ukrepov.

Sam model pa v praksi ni zaživel, kljub temu da je bila uporaba takšnega modela v Sloveniji mogoča in smiselna. Ocenjujem, da je to velika škoda za nacionalni zdravstveni sistem.

Na pomen in nujnost strateškega načrtovanja je opozoril Pučko (1995, str. 161–170). Avtor ponuja določen model strateškega načrtovanja, ki ga razčlenjuje na osem korakov in kot tak »naj bi ustrezal posebnostim procesov strateškega managementa v zdravstvenih zavodih«. V praksi zdravstvenih zavodov v svetu je najti različno zahtevne sisteme strateškega načrtovanja. Tako na makro nivoju kot na nivoju posameznega zdravstvenega zavoda gre pri načrtovanju za dinamični, stalni proces, ki mora biti skrbno izpeljan. Avtor poudarja, da strateško načrtovanje lahko pomaga »narediti temeljne odločitve in izoblikovati akcije, ki bodo dale smer in značilnost organizaciji«. Vrsta avtorjev obravnava planiranje kot stalen proces, ne glede na to, ali govore o javnih zavodih ali zasebnih kapacitetah. V svojem prispevku Bohinc (2005, str. 85–95) opredeljuje taktično planiranje v zdravstvenih zavodih, ki pomeni opredelitev konkretnih in podrobnih načrtov za posamezno leto. Dokument običajno nosi naziv letni plan. Pojasnjuje, da planiranje v zdravstvenem zavodu omejujejo dejavniki, kot so zakonodaja, plani razvoja nacionalnega zdravstvenega varstva, letne pogodbe o zdravstveni dejavnosti z ZZZS, kapacitete in kadri, ki so na razpolago v zavodu (Bohinc, 2005, str. 86). Pučko (2005) precej širše obravnava vlogo in pomen planiranja v neprofitnih organizacijah v javnem sektorju, kamor nesporno sodijo bolnišnice, zdravstveni domovi itd.

1.5 Sistemi zdravstvenega varstva v sosednjih državah

1.5.1 Avstrija

Sistem je zasnovan na načelih Bismarckovega socialnega in zdravstvenega zavarovanja. V Avstriji so osebe vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje ali prostovoljno, slednje lahko sklenejo osebe, katerih skupni dohodek iz vseh poklicnih dejavnosti je nižji od najnižjega praga (nem. *Geringfügigkeitsgrenze*), ki ga prejmejo za opravljeno delo (v letu 2010 znaša 366,33 EUR na mesec). Sicer pa je zdravstveno zavarovanje obvezno za vse osebe z zaposlitvijo in pripravnike; nezaposlene osebe, ki prejemajo nadomestila za primer brezposelnosti; osebe, ki prejemajo pokojnino ali so zanjo zaprosile; udeleženci poklicne rehabilitacije; osebe, ki opravljajo vojaško ali civilno službo; samozaposlene osebe in za vse njihove družinske člane, ki delajo v njihovem podjetju. Prav tako imajo enake pravice do zdravstvenega varstva njihovi vzdrževani družinski člani. Zavarovane pa so tudi tiste osebe, ki nimajo formalne pogodbe o zaposlitvi, v bistvu pa opravljajo enako dejavnost kot zaposleni (nem. *freie Dienstnehmer*). Če oseba s stalnim prebivališčem v Avstriji nima obveznega zdravstvenega zavarovanja, ima pravico do vključitve v prostovoljno, toda pred uveljavljanjem zdravstvenih storitev mora biti zavarovana najmanj šest mesecev. Praviloma delodajalec uredi vse formalnosti in vključi zaposlene osebe v sistem socialne varnosti in s tem najprej v bolniško blagajno (nem. *Krankenkasse*). Ko so urejene vse formalnosti, oseba prejme od delodajalca kopijo potrdila o vključenosti v zdravstveno zavarovanje, ki ga potrdi bolniška blagajna. Samozaposlene osebe morajo same urediti vse formalnosti na pristojnem zavodu za socialno zavarovanje. Delodajalec je odgovoren za

plačilo prispevkov, in sicer od bruto plače. Samozaposlene osebe plačajo prispevke od dohodka iz poklicne dejavnosti. Oseba sama ne more izbirati med bolniškimi blagajnami, saj je le to določeno glede na njeno zaposlitev. Socialno zavarovanje je razdeljeno po posameznih deželah na območne bolniške blagajne (nem. *Gebietskrankenkasse*) in poklicnih združenjih na obratne bolniške blagajne (nem. *Betriebskrankenkasse*) ter po ena zvezna bolniška blagajna za rudarje, za samostojne podjetnike, obrtnike oziroma samozaposlene, za zaposlene pri železnicah, kmete in javne uslužbence (Toth, 2003, str. 182–183). Bolniške blagajne so pri odločitvah dokaj samostojne in predstavljajo nosilce obveznega zdravstvenega zavarovanja. Same določajo prispevne stopnje za obvezno zdravstveno zavarovanje, zbirajo prispevke, imajo lastni upravljalni sistem (upravljajo jih skupščina, sestavljena iz predstavnikov delodajalcev in zavarovancev ter imajo upravne odbore), kar pomeni, da imajo od države neodvisno administracijo. Bolniške blagajne so nosilci zdravstvenega zavarovanja in so vključeni v Osrednje združenje avstrijskih nosilcev za socialno zavarovanje (nem. *Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger*). Nadzor vrši Zvezno ministrstvo za zdravje (nem. *Bundesministerium für Gesundheit*) (Toth, 2003, str. 182–183).

Zdravstveno varstvo obsega preventivne preglede (posebni programi za mlade do 19. leta, letni pregledi za zgodnje odkrivanje raka, sladkorne bolezni, bolezni srca in ožilja). Zavarovane osebe so upravičene do storitev splošnih zdravnikov, specialistov in zobozdravnikov, ki so sklenili pogodbo z bolniško blagajno (nem. *Vertragsaerzte*), zdravil in medicinsko tehničnih pripomočkov, za oskrbo na domu, do bolnišničnega zdravljenja. Seznam pogodbenih zdravnikov objavlja bolniška blagajna. V kolikor oseba obišče nepogodbena zdravnika, se ji povrne največ 85 % zneska, ki bi ga krila bolniška blagajna pogodbenemu izvajalci za enako storitev. Uveljavljanje storitev pri specialistih in v bolnišnicah je na podlagi napotnice svojega zdravnika. Uveljavljanje zdravstvenih storitev nasploh je na osnovi nacionalne kartice zdravstvenega zavarovanja, s katero osebe dokazujejo pravice do zdravstvenega varstva v Avstriji. Pri ortodontskih zobozdravstvenih storitvah osebe plačajo od 25 do 50 % stroškov same. Tudi bolnišnično zdravljenje zahteva lasten prispevek, in sicer vzdrževani družinski člani plačajo prispevek v višini 10 % cene storitev bolnišničnega zdravljenja, medtem ko morajo zavarovanci plačati bolnišnici določen dnevni znesek (Evropska komisija, 2011a, str. 9–11).

Posebnost avstrijskega sistema je tudi v tem, da lahko bolniške blagajne ustanavljajo lastne zdravstvene zmogljivosti in s tem predstavljajo v nekem delu obenem izvajalce in plačnike zdravstvenih storitev (Toth, 2003, str. 188). To so lahko ambulate ali poliklinike, ki opravljajo preventivne in kurativne preglede, razne specialistične preiskave tudi za zasebne zdravnike, in sicer z namenom izboljšati dostopnost do zdravstvenih storitev ali pa vzpostaviti konkurenco zasebnim zdravnikom. Kajti v Avstriji so zdravniki, ki delajo v osnovni zdravstveni dejavnosti, vsi zasebniki. Zasebniki so tudi nekateri specialisti, oboji pa morajo biti člani območne zdravniške zbornice, ki zastopa njihove interese v pogajanjih z bolniškimi blagajnami (Toth, 2003, str. 184).

1.5.2 Italija

Zdravstveno varstvo v Italiji je namenjeno osebam, ki so prijavljene pri lokalnih zdravstvenih centrih (ital. *Azienda sanitaria locale, ASL*), ter osebam, ki so do zdravstvene oskrbe upravičene v skladu z nacionalnim ali evropskim pravnim redom. Zato imajo pravico do zdravstvenega varstva vsi italijanski državljani, ki prebivajo v Italiji ter kdorkoli, ki je vključen v sistem zdravstvenega zavarovanja v drugi državi članici in ki dela v Italiji. Prav tako velja za njihove vzdrževane člane. Splošno zdravstveno varstvo zagotavlja lokalni zdravstveni center v kraju stalnega prebivališča, lahko pa tudi druge ustanove, ki so del nacionalnega sistema zdravstvenega varstva (ital. *Servizio sanitario nazionale, SSN*). Za vključitev v nacionalni zdravstveni sistem in pridobitev kartice zdravstvenega zavarovanja (ital. *Tessera Sanitaria*) je potrebno obiskati lokalni zdravstveni center, medtem ko se lahko zaposleni in samozaposleni vključijo takoj, ob plačilu prispevkov italijanskemu nacionalnemu zavarovalnemu sistemu. Ob vključitvi si osebe lahko same izberejo med pogodbenimi svojega splošnega zdravnika, ki postane s tem izključno njihov zdravnik. V nujnih primerih, ko oseba ni v kraju stalnega bivališča, lahko obišče drugega zdravnika namesto svojega izbranega, vendar mora zdravstveno storitev sama plačati. Strošek bo povrnjen naknadno v skladu s seznamom zdravstvenih storitev (Evropska komisija, 2011b, str. 11–13).

Zdravila in zdravljenje lahko brezplačno zagotovijo lokalni zdravstveni center ali pogodbeni zdravniki ali farmacevti, ki so del nacionalnega sistema. Lahko pa stroške pokrije oseba in se ji naknadno povrnejo. Večina zdravil je uvrščena na farmacevtski seznam zdravil in razdeljena v dve kategoriji. Brezplačna so zdravila prve kategorije (zdravila za nujne primere, za bolezni z visokim tveganjem, kronične bolezni in bolezni, ki onesposablajo). Za zdravila druge kategorije je potrebno prevzeti del stroškov, ki se jih plača ob nakupu. Prav tako velja, da obstaja za vsak recept minimalno plačilo. V primeru, da zdravilo ni na farmacevtskem seznamu zdravil, je potrebno plačati polno ceno zdravila. Za diagnostične in laboratorijske preglede se plača določena pristojbina. Medtem pa je bolnišnično zdravljenje brezplačno. Zagotavljajo ga bolnišnice ali zasebne klinike, ki so del nacionalnega sistema. Za sprejem v bolnišnično zdravljenje (razen v nujnih primerih) je potrebno predložiti pisno napotnico svojega splošnega zdravnika, sprejem pa predhodno odobri lokalni zdravstveni center (Evropska komisija, 2011b, str. 12).

V Italiji zdravstvena oskrba vključuje pet ravni (Evropska komisija, 2011b):

- splošna zdravstvena oskrba izven bolnišnice;
- pediatrična, porodniška in ginekološka oskrba;
- specialistična zdravstvena oskrba (vključno z zobozdravstvom) v javnih in zasebnih dispanzerjih, ki imajo pogodbo z nacionalnim sistemom;

- bolnišnično zdravljenje (tudi ob porodu) v javnih bolnišnicah, klinikah, zasebnih ustanovah, ki imajo pogodbo z nacionalnim sistemom;
- zdravila in farmacevtske izdelke na recept.

Ministrstvo za zdravje (ital. *Ministero della Salute*) je pristojno za upravljanje sredstev, jih razdeljuje regijam in občinskim organom, odgovornim za zagotavljanje zdravstvenih storitev prek lokalnih zdravstvenih centrov (Evropska komisija, 2011b, str. 8). Italijanske regije imajo precejšnjo raven avtonomije, zato lahko pride na področju zdravstva do manjših razlik med regijami pri pogojih in načinih plačevanja medicinskih, farmacevtskih in drugih storitev. Sicer pa nacionalni sistem skrbi, da so zajamčene minimalne ravni zdravstvenih storitev povsod po Italiji enake.

1.5.3 Madžarska

Na Madžarskem obstaja samo obvezno zdravstveno zavarovanje, za katerega je vrhovno odgovorno Ministrstvo za državna sredstva. Madžarski sistem socialnega zavarovanja, ki vključuje poleg zdravstvenega še pokojninski sistem, je centralizirano organiziran. Izvajalci lahko sklenejo pogodbo z Nacionalnim skladom za zdravstveno zavarovanje, ki deluje v okviru 19 območnih skladov za zdravstveno zavarovanje po vsej državi. Oseba, ki začne delati, se vključi v sistem socialnega zavarovanja. Delodajalec mora zaposlene prijaviti pri pristojnem davčnem organu in plačati prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje. Tako delodajalec kot delavec morata plačati prispevke za zdravstveno zavarovanje in sicer 2 % plača delodajalec, 6 % od bruto plače pa delavec. Samozaposlena oseba se prijavi, ko začne delati. Osebe, ki niso zaposlene, lahko plačujejo pavšalni znesek in se s tem prostovoljno vključijo v sistem socialne varnosti zato, da so zavarovane za zdravstvena tveganja. (Evropska komisija, 2011c, str. 6–7).

Do zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so upravičene različne skupine zavarovancev in njihovi vzdrževani družinski člani, ki smo jih navedli že pri ostalih državah, zato jih ne bomo ponovno naštevali. Zdravstvena oskrba je na Madžarskem načeloma brezplačna, v kolikor jo oseba koristi pri pogodbenih izvajalcih. V nasprotnem primeru plača oseba račun in stroškov ne dobi povrnjenih. Treba je izbrati splošnega zdravnika, katerega izbira geografsko ni pogojena. Za specialistične ambulantne storitve in bolnišnične pa se praviloma lahko izbere izvajalca, ki je najbližji kraju stalnega prebivališča osebe. Oseba sama mora plačati tudi del stroškov za zdravila in za medicinsko tehnične pripomočke ter delno stroške zobozdravstvenih storitev (do starosti 18 let so zobozdravstvene storitve brezplačne). Preventivni pregledi za odkrivanje bolezni so brezplačni. Madžarska poudarja preventivne preglede tudi z ukrepom, da je za nekatero brezplačno zdravljenje pogoj prav opravljen preventivni pregled. V kolikor oseba prej ni izkoristila preventivnega pregleda, se ji morebitno zdravljenje zaračuna. Bolnišnična

dejavnost se lahko izvaja na treh ravneh, in sicer v specializiranih in lokalnih (splošnih) bolnišnicah ter lokalnih dispanzerjih (Evropska komisija, 2011c, str. 9–11).

2 ENOTNI EVROPSKI ZDRAVSTVENI PROSTOR

Problematico obravnavamo po časovnici razvoja in pregleda dogodkov EU in njenih inštitucij, predpisov evropskega pravnega reda in sodne prakse Evropskega sodišča. Opisano pojasnimo z vidika ideje enotnega evropskega prostora s poudarkom na prostem pretoku pacientov oziroma čezmejnem zdravljenju in sodelovanju, ki ga predpisuje direktiva o čezmejnem zdravljenju. Robida (2009, str. 8) pravi, da zdravstveni sistemi v EU pripomorejo k večji socialni pravičnosti, trajnostnemu razvoju in so tako središčni del evropske socialne zaščite. Nadaljuje, da pa so vrednote teh sistemov univerzalnost, dostopnost do kakovostne zdravstvene oskrbe, enakopravnost in solidarnost, s čimer skušajo doseči zelo kakovostno, z dokazi podprto, etično in varno zdravstveno oskrbo, z osredotočenostjo na pacienta. Kako se to v resnici odraža bomo lahko spoznali ob pregledu preteklih dogodkov razvoja EU ter s pogledom na sedanje dogajanje v njej.

2.1 Časovni pregled pogodb Evropske unije od leta 1951

O pomembnih zgodovinskih dogodkih, ki so tvorili in spreminjali podobo EU v preteklem času, najdemo veliko gradiva na številnih naslovih svetovnega spleta, zlasti pod skupnim imenovalcem EU. Poleg omenjenega dogodka povzemam še po zapisovanju sledečih avtorjev: Bubnov Škoberne in Strban (2010); Cvikl (2008); Setnikar-Cankar, Klun, Pevcin, Andoljšek in Aristovnik (2005). Evropa se je po drugi svetovni vojni soočila z globoko gospodarsko in politično krizo. Kot pripoveduje Cvikl (2008, str. 27–41) je ideja o oblikovanju skupnega, nadsacionalnega trga, ki se je začela uresničevati v evropskih skupnostih, ustanovljenih po drugi svetovni vojni, pomenila odgovor na krizo. Temeljna »injekcija« zahtevnega integracijskega procesa je bil Marshallov plan. Pomembna prelomnica na samih začetkih je bila deklaracija francoskega zunanjega ministra Roberta Shumana, ki ga danes imenujemo oče evropske integracije, o ustanovitvi leta 1951 meddržavne organizacije za premog in jeklo – Evropska skupnost za premog in jeklo (angl. *European Coal and Steel Community – ECSC*, v nadaljevanju ESPJ). Pri procesu evropskega združevanja je odigral pomembno vlogo tudi francoski politik Jean Monet, vodja državnega razvojnega plana francoske republike po drugi svetovni vojni. Njegove ideje o čezmejnem sodelovanju so zapisane v 1950 leta objavljenem Shumanovem planu. Že takrat si je zamišljal čezmejno sodelovanje, ki bo preraslo v močno mednarodno organizacijo, s čimer je bil korak pred tedanjim časom, a se je kot realnost izkazala nekaj desetletij kasneje, torej v sedanjem času (Cvikl, 2008, str. 27–28).

Pogodbo o ustanovitvi ESPJ so podpisale največje evropske države Francija, Nemčija, Italija ter države Beneluksa – Belgija, Nizozemska in Luksemburg. Cilj je bil organizirati skupni trg za materiala, kot sta premog in jeklo, ki sta poglavitna materiala za težko industrijo. To je bila prva asociacija, ki je obenem pomenila začetek neustavljivega procesa, ki je pripeljal do današnje podobe EU (Cvikl, 2008, str. 28–30).

Na podlagi uspešnega sodelovanja evropskih držav v okviru ESPJ so države sklenile razširiti sodelovanje na druga gospodarska področja, zato so leta 1957 podpisale še dve pogodbi, ki sta ustanovili Evropsko gospodarsko skupnost (angl. *European Economic Community*, v nadaljevanju EGS,) ter Evropsko skupnost za atomsko energijo (v nadaljevanju EURATOM). Obe pogodbi sta stopili v veljavo 01.01.1958 in sta znani pod imenom Rimska pogodba. Uradno ime je *Treaty establishing the European Economic Community*. EGS, ESPJ in EURATOM so tri skupnosti, ki se imenujejo Evropska skupnost (angl. *European Community*). EGS je postala najpomembnejša izmed izvirnih institucij evropskega povezovanja, katere glavni cilj je bil vzpostavitev skupnega gospodarskega trga, torej združiti skupno tržišče držav članic ter vzpostaviti tesnejše sodelovanje med državami. Lahko bi rekli, da ideja o gospodarski skupnosti, ki temelji na prostem pretoku ljudi, kapitala, blaga in storitev izhaja iz tistih časov. Že leta 1968 je šesterica ukinila carine in uvedla enotno carinsko tarifo za tretje države. V tem obdobju so začele nastajati tudi skupne politike, prvi sta bili trgovinska in kmetijska. Potrebno je bilo oblikovati institucionalno strukturo EGS, ki je morala zaživeti kot nov organizem: Svet ministrov, Skupščina in Evropska komisija ter Sodišče (Cvikl, 2008, str. 30–32). Ta institucionalna struktura ostaja še danes z večjimi in manjšimi spremembami.

Enotni evropski akt (angl. *Single European Act*), podpisan leta 1986, z veljavnostjo od 01.01.1987, predstavlja pomemben mejnik razvoja evropskega sodelovanja. Zapisano v Rimski pogodbi se ni uresničevalo v zadostni meri, zato so države članice sredi osemdesetih let želele učinkovitejšo vzpostavitev skupnega trga, z odpravo omejitev v nacionalnih okoljih. Cilji akta so bili ukinitvev omejitev za prosto trgovino med državami, s čimer bi naj postal enotni, skupni trg, prostor brez notranjih meja. Enotni evropski akt je predvidel poglobljeno meddržavno sodelovanje med državami članicami na gospodarskem področju, vključujoč monetarno politiko, nadalje na socialnem, znanstvenem in okoljevarstvenem področju. Uspešno delovanje EGS je spodbudilo Veliko Britanijo, Irsko in Dansko, da so se leta 1973 pridružile tedanjim Evropskim skupnostim. Grčija se je deveterici pridružila leta 1981 ter od leta 1986 še Španija in Portugalska. Ker je bila tedaj EGS skupnost dvanajstih držav na različnih stopnjah gospodarskega razvoja, in da bi zmanjšali razlike v razvoju med regijami držav članic, je bilo treba uvesti programe strukturnih pomoči (Cvikl, 2008, str. 32–33).

Maastrichtska pogodba (angl. *The Treaty on European Union – TEU*) oziroma Pogodba o Evropski uniji (v nadaljevanju PEU) je bila podpisana 1992 na Nizozemskem, medtem ko je stopila v veljavo 01.11.1993. EU je bila izjemno živa in ves čas spreminjajoča oblika

meddržavnega sodelovanja. Pravzaprav ima komaj devetnajst let, saj o EU govorimo šele od leta 1993, ko je začela veljati Maastrichtska pogodba. Maastrichtska pogodba je uvedla tri stebre, na katerih je temeljila takratna EU. Prvi steber predstavljajo prvotne evropske skupnosti za premog in jeklo, za gospodarsko in za jedrsko energijo. Za poglobljanje gospodarskega razvoja je prvi steber doprinesel tudi monetarno unijo z uvedbo evra kot skupne evropske valute (razen v Veliki Britaniji). Drugi steber pomenijo institucije za skupno zunanjo in varnostno politiko. Tretji steber pa predstavlja sodelovanje držav članic na področju pravosodja in notranjih zadev. PEU uvaja pomembno novost, kot je državljanstvo EU, ki dopolnjuje nacionalno državljanstvo. Poleg tega je ustanovila funkcijo varuha človekovih pravic (Cvikl, 2008, str. 33–35). Leta 1995 EU šteje petnajst držav članic, saj so se dvanajstim pridružile še Avstrija, Švedska in Finska.

Amsterdamska pogodba je bila podpisana leta 1997, v veljavo je stopila 01.05.1999. Amsterdamska pogodba je dopolnila in spremenila dve temeljni pogodbi, in sicer Pogodbo o Evropski uniji in Pogodbo o ustanovitvi Evropske skupnosti in še nekatere druge dokumente, s čimer je odprla možnosti še za tesnejše sodelovanje med posameznimi državami članicami ter daje temelje na razvoj integracije na spoštovanju in varovanju človekovih pravic in temeljnih svoboščin. Pogodba je bila pomembna za deset novih članic, ki so vstopile 01.05.2004 in za vse nadaljnje širitve EU, saj je reformirala institucije s ciljem priprave na širitev (Cvikl, 2008, str. 36–37).

Pogodba iz Nice je bila sprejeta v Nici 11.12.2000, podpisana pa 26.02.2001 in uveljavljena 01.02.2003. Denimo, da je Amsterdamska pogodba podala temelje, Pogodba iz Nice pa konkretizirala nadaljnji razvoj in širjenje EU. Sprejeta je bila na Evropskem svetu, da bi dopolnila dve temeljni pogodbi, in sicer Pogodbo o Evropski uniji ali Maastrichtsko pogodbo, ki je uvedla evro in tristebno strukturo EU, ter Rimsko pogodbo, pod katero nazivom spada pogodba o Evropski gospodarski skupnosti (EGS) in Pogodba o Evropski skupnosti za atomsko energijo (EURATOM). Prinesla je institucionalne spremembe v delovanju EU, s ciljem nadaljnjih širitvev EU (Cvikl, 2008, str. 38–41).

V letu 2004 je EU zabeležila največjo širitev doslej, s pridruženimi desetimi novimi članicami: Poljska, Češka, Madžarska, Slovaška, Estonija, Latvija, Litva, Ciper, Malta in Slovenija. Tako EU šteje takrat petindvajset držav članic. V istem letu je bila podpisana 29.10.2004 v Rimu Pogodba o ustavi za Evropo ali Ustavna pogodba, katere namen je bil določiti ustavo za EU, zato je še vedno pomemben dokument evropskega prava. Toda zaradi neuspešnih referendumov v Franciji in na Nizozemskem, s katerima je bila zavrnjena Pogodba o Ustavi za Evropo, je bila njena usoda nekako zapečatenjena. Po zavrnitvi je Evropski svet odločil, da si mora EU vzeti čas za premislek o nadaljnjem razvoju (Cvikl, 2008, str. 42–43).

Evropski svet je na svojem zasedanju junija 2007 sprejel mandat za mednarodno konferenco za pripravo Pogodbe o reformi (pozneje poimenovane Lizbonska pogodba).

Mednarodna konferenca se je začela v Bruslju 23.06.2007 in končala 19.10.2007 v Lizboni. Kasneje, 13.12.2007 so predstavniki vlad ali držav v Lizboni podpisali Lizbonsko pogodbo. Namen številnih aktivnosti je bil EU omogočiti učinkovitejše delovanje, večjo integracijo, spopadanje z izzivi globalizacije, nadaljnjo širitev in približevanje EU svojim državljanom. Lizbonska pogodba je uvedla nekatere poglobitve novosti (Bubnov Škoberne & Strban, 2010, str. 144–175; Cvikel, 2008, str. 59–70):

- EU ima enotno pravno osebnost; s tem je ukinjena Evropska skupnost. EU temelji na Pogodbi o Evropski uniji in Pogodbi o delovanju Evropske unije. Obe pogodbi imata enako pravno veljavo.
- Odpravljena je tristebna struktura, pri čemer je upoštevana posebna narava področja skupne zunanje in varnostne politike. Vzpostavljeno je mesto visokega predstavnika EU za zunanje zadeve in varnostno politiko.
- Pogodba o Evropski uniji ohrani svoje ime, Pogodba o ustanovitvi Evropske skupnosti pa se preimenuje v Pogodbo o delovanju Evropske unije.
- Listina o temeljnih pravicah, ki so jo v Strasbourgu dan pred podpisom Lizbonske pogodbe podpisali predsedniki Sveta EU, Evropske komisije ter Evropskega parlamenta, dobi pravno veljavo in enak status kot temeljne pogodbe. Pogodba o Evropski uniji ne vključuje Listine o temeljnih pravicah, ampak se v 6. členu nanjo sklicuje.
- Uvedeno je sklicevanje na energetska solidarnost in spodbujanje medsebojnega povezovanja energetskih omrežij in tudi boja proti podnebnim spremembam.
- Na področju pravosodnega sodelovanja v kazenskih zadevah in policijskem sodelovanju je predvidena možnost hitrejšega napredovanja držav članic.
- Uvedena je možnost izstopa države članice iz EU.

Evropski integracijski proces, ki traja že več kot šestdeset let, sklenimo s preglednico tako, da ga ponazorimo v petih fazah (Tabela 2). V letu 2007 je prišlo do nove širitve EU, ker sta se pridružili Bolgarija in Romunija, od tedaj EU šteje sedemindvajset držav članic. Proces širitve se bo nadaljeval, tako da izzivov v EU ne manjka niti v prihodnosti. EU, kot mednarodna organizacija, sprejema primarne in sekundarne pravne akte. Pogodbe, ki smo jih omenili, predstavljajo primarne pravne akte EU. V njih so opredeljeni temelji za vse dejavnosti EU, zapisana pooblastila in naloge institucij in organov EU ter določena pravila in postopki, ki jih morajo spoštovati institucije in države članice EU. O pogodbah se dogovorijo voditelji držav in/ali vlad vseh držav EU, nato pa jih ratificirajo nacionalni parlamenti. Med sekundarne akte EU spadajo uredbe in direktive ter sklepi. Uredba je splošna in zavezujoča v celoti, zato se neposredno uporablja v vseh državah članicah, medtem ko za direktivo velja, da jo je potrebno prelitati v določenem časovnem obdobju v notranje pravo posamezne države tako, da zasleduje cilj, ki ga je treba doseči (Bubnov Škoberne & Strban, 2010, str. 144–146). Sklep je tudi pravno zavezujoč akt; v kolikor določa naslovnike, potem je zavezujoč samo zanje, sicer pa splošno zavezujoč za vse.

Tabela 2: Potek evropskih integracijskih procesov v sedmih fazah

Pomembnejše faze razvoja EU	Celostni naziv pogodb
Pariška pogodba, leta 1951/1952	Pogodba o ustanovitvi Evropske skupnosti za premog in jeklo (ESPJ)
Rimska pogodba, leta 1957/1958	Pogodba o ustanovitvi Evropske gospodarske skupnosti (EGS) in Pogodba Evropske skupnosti za atomsko energijo (EURATOM)
Maastrichtska pogodba, leta 1992/1993	O ustanovitvi EU: Pogodba o Evropski uniji (PEU) in Pogodba o ustanovitvi Evropske skupnosti (PES)
Amsterdamska pogodba, leta 1997/1999	dopolnjevanje PEU in PES
Pogodba iz Nice, leta 2001/2003	dopolnjevanje PEU in PES
V Rimu podpisana pogodba, kasneje zavrnjena, leta 2004	Pogodba o Ustavi za Evropo (PUE), zavrnjena
Lizbonska pogodba, leta 2007/2009	EU temelji na Pogodbi o Evropski uniji (PEU) in Pogodbi o delovanju Evropske unije (PDEU)

2.2 Pomembnejše institucije in organi Evropske unije

Druge pomembnejše mednarodne organizacije, katerih sprejetje aktov zavezuje države pri zagotavljanju socialnih pravic v njihovem nacionalnem sistemu so: Organizacija združenih narodov – OZN (angl. *United nations organisation – UNO*), specializirani organizaciji Mednarodna organizacija dela – MOD (angl. *International Labour Organisation – ILO*) in Svetovna zdravstvena organizacija – SZO (angl. *World Health Organisation – WHO* (Bubnov Škoberne & Strban, 2010, str. 122).

Začetek združevanja evropskih držav pomenijo tri skupnosti: Evropska skupnost za premog in jeklo, Evropska gospodarska skupnost in Evropska skupnost za jedrsko energijo. Evropske skupnosti so se leta 1992 z Maastrichtsko pogodbo preimenoval v Evropsko unijo. Države članice, ki sestavljajo EU, se združujejo tudi zato, da pridobijo moč in svetovni vpliv, ki ju posamično ne bi mogle imeti. S tem del svojih pooblastil pri odločanju prenesejo na skupne evropske institucije in o posebnih zadevah skupnega interesa demokratično odločajo na evropski ravni. V postopek soodločanja so vključene tri najpomembnejše institucije: Evropski parlament (zastopa državljane EU, ki ga neposredno volijo), Svet Evrope (zastopa posamezne države članice) in Evropska komisija (zavzema se za interese EU kot celote). Načeloma predlaga nove pravne akte Evropska Komisija, medtem ko jih Evropski parlament in Svet Evrope sprejemata. Evropska Komisija in

države članice jih nato izvajajo, Evropska Komisija pa zagotavlja njihovo izvajanje tudi s funkcijo nadzora (EUROPA: uradni portal Evropske unije, 2011).

Organizacijska oblika EU se ne ujema z nobeno tradicionalno poznano kategorijo. EU ima edinstveno institucionalno strukturo, pri čemer se pristojnosti in sestava institucij ves čas spreminjajo. Zakonodajna in izvršilna funkcija v okviru EU nista tako strogo ločeni, kakor poznamo iz ureditve ustavnih sistemov večine držav. Precej nalog je takšne narave, da jih institucije opravljajo skupno, se dopolnjujejo in medsebojno nadzorujejo. Pri sprejemanju odločitev pa ima vsaka institucija pomembno vlogo (EUROPA: uradni portal Evropske unije, 2011).

Najpomembnejše institucije EU sestavljajo (Cvikl, 2008, str. 73):

- Evropski parlament,
- Svet Evropske unije (Svet Evrope ali Svet ministrov ali Svet),
- Evropska komisija,
- Evropski svet,
- Sodišče Evropske unije (Evropsko sodišče),
- Evropska centralna banka,
- Računsko sodišče,
- druge institucije in odbori (najpomembnejša Ekonomsko-socialni odbor in Odbor regij, ki opravljata svetovalno funkcijo).

Evropski parlament s sedežem v Strasbourgu v Franciji zastopa ljudi in je sestavljen iz predstavnikov državljanov EU, saj se člani Evropskega parlamenta volijo neposredno na splošnih volitvah, in sicer za dobo petih let. Vsaka država ima določeno število poslancev. Vloga in pooblastila Evropskega parlamenta so podobna tistim, ki jih imajo nacionalni parlamenti držav članic. Glavna naloga parlamenta je sprejemanje evropske zakonodaje. Skupaj s Svetom Evrope si deli zakonodajne in proračunske pristojnosti. Prav tako opravlja funkcijo političnega nadzora in posvetovanja skladno z Ustavo EU (EUROPA: uradni portal Evropske unije, 2011).

V Svetu Evrope (angl. *Council of Europe*) so zastopane države članice na ravni ministrov. Je najpomembnejša institucija v procesu sprejemanja odločitev EU. Praviloma se sestaja v Bruslju, občasno tudi v Luksemburgu. Država članica EU prevzame predsedovanje Svetu Evrope za šest mesecev. Posamezne seje se lahko udeleži po en minister iz posamezne države članice, glede na obravnavano problematiko in dnevni red (denimo Svet EU za promet, Svet EU za kmetijstvo itd.). Svet Evrope skupaj z Evropskim parlamentom sprejema evropsko zakonodajo in potrjuje proračun EU, odloča o skupni zunanji in varnostni politiki EU itd. Najpomembnejši akti s področja socialne varnosti, ki jih je sprejel Svet Evrope so (Bubnov Škoberne & Strban, 2010, str. 132):

- Evropska socialna listina (1961), spremenjena (1996),
- Evropski kodeks socialne varnosti (1964), spremenjen (1990),
- Evropska konvencija socialne varnosti (1977).

Evropska komisija je osrednja institucija EU s sedežem v Bruslju. Pomembno zastopa skupne interese EU kot celote, zato ne sme upoštevati navodil nobene od vlad članic EU (Bubnov Škoberne & Strban, 2010, str. 132). Evropsko komisijo sestavljajo po en komisar iz vsake države članice. Komisarje imenujejo za petletni mandat, v dogovoru države članice, s potrditvijo Evropskega parlamenta. Oblikuje predloge novih evropskih zakonov in skrbi za izvajanje zakonodaje v državah članicah: zagotavlja, da države članice izvajajo uredbe in direktive, ki jih sprejmeta Svet Evrope in Evropski parlament. V vlogi izvršilnega organa EU izvaja odločitve Sveta na področju skupne kmetijske politike. V veliki meri je odgovorna za upravljanje skupnih politik EU ter za upravljanje proračuna za te politike na področju raziskav in tehnologije, regionalnega razvoja, čezmorske pomoči (Cvikl, 2008, str. 73).

Evropski svet sestavljajo voditelji držav ali vlad. Na zasedanju Evropskega sveta se obravnavajo pomembne politične pobude in smernice EU, obravnavajo se pereča mednarodna vprašanja v okviru skupne zunanje in varnostne politike. Predsednik Evropskega sveta je predsednik države oziroma vlade države članice, ki trenutno predseduje Svetu Evrope. Sestankov Evropskega sveta se udeležuje tudi predsednik Evropske komisije. Z Lizbonsko pogodbo, ki je začela veljati 01.12.2009, je Evropski svet postal institucija (EUROPA: uradni portal Evropske unije, 2011).

Sodišče Evropske unije (v nadaljevanju Evropsko sodišče) ima sedež v Luxembourg. Varuje evropska načela pravne države in zagotavlja, da so pravila evropskega pravnega reda enotno in pravilno razložena ter uporabljena pri državah članicah. Evropsko sodišče sestavlja po en sodnik iz vsake države članice in generalni pravobranilci. Imenujejo jih vlade držav članic za mandatno dobo šestih let, z možnostjo ponovnega imenovanja.

Evropsko Računsko sodišče v Luxembourg preverja pravilnost in zakonitost prihodkov in odhodkov v EU, torej financiranje vseh dejavnosti EU. Sestavlja ga po en državljan vsake države članice, s šestletnim mandatom. Ekonomsko-socialni odbor predstavlja delodajalce, delavce in sindikate. Odbor regij predstavlja regionalne in lokalne oblasti. Evropska centralna banka je odgovorna za vodenje evropske denarne politike. Evropska investicijska banka financira investicijske projekte v EU. Evropski varuh človekovih pravic varuje državljane pred zlorabami in neustreznim delovanjem posameznih evropskih institucij in drugih evropskih organov (Cvikl, 2008, str. 78).

2.3 Evropske raziskave in študije za enotni zdravstveni prostor

Usklajen razvoj gospodarskih dejavnosti, uravnotežena širitev, vse večja stabilnost in tesnejši odnosi med državami članicami ter hitrejši dvig življenjske ravni prebivalcev so ključni cilji povezovanja evropskih držav v Unijo (Setnikar-Cankar et al., 2005, str. 146). To naj bi dosegli z odprtjem notranjih meja za prost pretok blaga, oseb, storitev in kapitala, kakor tudi z uveljavljanjem solidarnosti skozi skupne politike in skupne finančne instrumente. Vse to je bilo mogoče v EU razvijati od leta 1993, s sprejetjem in uveljavitvijo enotnega trga.

Oblikovanje enotnega evropskega prostora na prvi pogled pomeni predvsem opustitev meja med državami članicami EU. Prost pretok storitev je ena od štirih temeljnih svoboščin, na katerih temelji notranji trg EU. Za storitve znotraj EU ni meja, storitve niso podvržene carinskemu nadzoru kakor tudi ne drugim oblikam necarinskih zaščit. Storitvena menjava med članicami EU teče neovirano. Načelo enotnega (skupnega) evropskega trga se nanaša na primer na gostinske, prevozniške, intelektualne, pa tudi na zdravstvene storitve. V zadnjem času so se zgodili večji premiki prav na slednjem področju, to je na področju zdravstvenih storitev (Evropska komisija, 2010a, str. 4).

Tudi pravica do mobilnosti oziroma prostega gibanja ljudi na vseh ravneh v enotnem evropskem prostoru je eden pglavitnih dejavnikov integracije v EU in ena temeljnih svoboščin, opredeljenih v ustanovitvenih pogodbah EU (Evropska komisija, 2010b, str. 54–57). Za mobilnost bolnikov, pacientov je ključnega pomena zagotovitev jasnega in celovitega pravnega okvira, ki bo na ravni EU zagotavljal pregledne zakonodajne podlage za izbrana področja zdravstvenih storitev (Godina Jalen, Kramberger & Lemut Strle, 2007).

Že leta 1993 (Tabela 3) so evropski analitiki izvedli študije čezmejnega zdravstvenega varstva, ki je za tiste čase pomenilo v glavnem zdravstveno varstvo v tujini zaposlenih delavcev in njihovih družinskih članov (Hermesse, Lewalle & Palm, 1997, str. 4–10). Veljalo je za katerokoli zaposleno osebo, ki opravlja dejavnost v državi članici in stalno prebiva na ozemlju druge države članice, kamor se praviloma vrača vsaj enkrat na teden. Skladno z uredbo 1408/71 so evropska pravila veljala za tako imenovane delavce migrante in obmejne delavce. Pravice na podlagi predpisanih obrazcev do nujnega zdravljenja so v začetku veljale samo za obmejne regije, kasneje se je njihova uporaba razširila na celotno ozemlje držav. Mehanizem spremljanja stroškov zdravstvenih storitev, nastalih iz tega naslova, je bil v pristojnosti nacionalne zavarovalnice posamezne države. Vendar je treba reči, da so se ti vodili ločeno od ostale dejavnosti zdravstvenega varstva v posamezni državi in sicer na dva možna načina: po dejanskih stroških ali v pavšalnem znesku. Zato so na eni strani države beležile terjatve (nacionalna zavarovalnica terja drugo v državi članici za povrnitev stroškov, ki jih je imela z njenimi zavarovanimi osebami), in na drugi strani

obveznosti (ko terja druga nacionalna zavarovalnica za povračilo stroškov domačih zavarovanih oseb).

Tabela 3: Stroški financiranja koordinacije sistemov socialne varnosti v letu 1989 in 1993 (v ECU)

Država članica	Leto 1989 (ECU)	Leto 1993 (ECU)
Luksemburg	58,320	149,863
Belgija	3,638	8,941
Italija	2,948	9,359
Portugalska	0,828	3,775
Grčija	0,957	2,515
Francija	0,797	1,868
Nemčija	1,798	1,833
Velika Britanija	0,330	1,618
Španija	0,329	1,481
Irska	0,181	0,654
Nizozemska	1,959	0,264
Danska	-	0,161
EU 12 (prebivalstvo tehtano povprečje)	1,440	3,420

Vir: J. Hermesse, H. Lewalle in W. Palm, Patient mobility within the European Union, 1997, str. 7.

Spomnimo in na kratko pojasnimo kratico ECU, o kateri govori študija: Na zasedanju Evropskega sveta v Madridu decembra leta 1995 je bilo potrjeno, da bo nadomestilo za generični izraz ECU (skupna evropska denarna enota, angl. *European Currency Unit*) nova skupna valuta EVRO (angl. *EURO*, v nadaljevanju tudi €) in bo enako v vseh uradnih jezikih EU. Več informacij o uvedbi evra v Sloveniji lahko najdemo na spletnem naslovu Evro – za vse nas (2007). Hermesse et al. (1997) so med drugim opozorili, da vseh držav članic ni bilo možno vključiti v študijo zaradi specifičnosti postopkov v posameznih nacionalnih okoljih. Zato je njihova analiza terjatev in obveznosti temeljila na reprezentativnem vzorcu obrazca E125 in sicer za področje sedmih držav članic (Francija, Belgija, Nizozemska, Nemčija, Luksemburg, Portugalska in Danska), na osnovi finančnega poročila Evropske komisije.

Ne glede na omejitve, s katerimi so se soočali pri študiji, pa podatki govorijo, da v letu 1993 nobena država članica ni porabila več kot 10 ECU na prebivalca za zdravstveno varstvo v tujini, če izvajamo Luksemburg (Tabela 3). Nadalje lahko vidimo v tabeli, da povprečni letni stroški za celotno EU v letu 1993 niso dosegli niti 4 ECU na prebivalca. Z vidika celotnih izdatkov za zdravstveno varstvo v navedenih državah članicah so ti izdatki po ocenah predstavljali le 0,13 %. Podatki raziskav so nakazovali, da je nerešenih še veliko vprašanj glede evropske integracije in uporabe načela prostega pretoka pacientov in

njihovega koriščenja zdravstvenih storitev, katere je tudi v poznejših letih Evropska komisija skušala razreševati.

Evropski observatorij za zdravstvene sisteme in politike (angl. *The European Observatory on Health Systems and Policies*) pomeni partnerstvo in sodelovanje med Svetovno zdravstveno organizacijo, Regionalnim uradom za Evropo, vladami Belgije, Finske, Irske, Nizozemske, Norveške, Slovenije, Španije, Švedske, in dežele Veneto iz Italije, nadalje Evropske komisije, Evropske investicijske banke, Svetovne banke, UNCAM (francoska Nacionalna blagajna za zdravje) ter nekaterimi drugimi. Vrh Observatorija je v Bruslju, raziskovalni centri pa so tudi v Londonu in Berlinu. Izdeluje primerjalne študije o zdravstvenih sistemih in njihovih značilnostih ter pripravlja dokaze o ključnih političnih vprašanjih glede politike razvoja evropskih zdravstvenih sistemov. V letu 2004 so v sklopu projekta »Evropa za paciente« raziskovali mobilnost pacientov in primere čezmejnega zdravljenja v posameznih državah EU (Rosenmöller, Mckee & Baeten, 2006, str. 9–21). S poudarkom na iskanju povezave med bližino sosednjih držav in zato večjo možnostjo za čezmejno zdravljenje oziroma mobilnost pacientov. V prispevku, ki je podal raziskavo za tri sosednje države Slovenijo, Avstrijo in Italijo so avtorji prispevka Albrecht, Pribaković Brinovec in Štalcl ugotovili precej nizek odstotek mobilnosti pacientov iz Slovenije v sosednjo Avstrijo in Italijo, prav tako v obratni smeri. Vendar so v raziskavi dodali pričakovanja, da se bo z vključitvijo Slovenije v EU ta odstotek nekoliko zvišal. Zanimive so njihove ugotovitve o priložnostih slovenskega zdravstvenega sistema za prihod tujih pacientov: nizke cene nekaterih bolnišničnih storitev (zlasti na področju estetskih operacij) in določenih zobozdravstvenih storitev, ki bi jih tuji pacienti tudi sicer morali sami plačati v svoji državi zavarovanja. Nadalje so ugotavljali, da so v Sloveniji priložnosti v razvoju manjših privatnih zmogljivosti, ki bodo znale privabiti tuje paciente ter v razvoju zdraviliških storitev in zdraviliškega zdravljenja.

Naslednja raziskava, ki jo omenimo v tem delu, je iz članka avtorjev Suñol, Garel in Jacquerye (2009). Evropejci so že v preteklosti vse bolj svobodno potovali in prehajali meje, zato so bili vse večkrat deležni zdravljenja v tujini. Ob tem pa so seveda želeli imeti koristi tudi od svojega nacionalnega sistema zdravstvenega zavarovanja. EU je financirala številne raziskave, da bi zagotovile dokaze, ki jih potrebujejo načrtovalci politike EU za reševanje vprašanja o večji mobilnosti pacientov v EU (prostem pretoku pacientov). V članku avtorji pojasnjujejo o projektu »Metode ocenjevanja in izboljševanje kakovosti« (MARQUIS). Raziskave so bile osredotočena na čezmejno oskrbo, in sicer, kako države skrbijo za bolnike, ki prehajajo meje ter kako bolnišnice skrbijo za kvaliteto in varnost pri opravljanju storitev. Zbrali so samoocenitvene podatke 389 bolnišnic iz osmih evropskih držav in vključevali tudi zunanjo presojo teh bolnišnic. V članku je opisan takratni evropski način razmišljanja o sistemu zdravstvenega varstva ter njegove posledice za čezmejno zdravstveno varstvo znotraj meja EU.

Z dogovorjeno Lizbonsko pogodbo, od 01.12.2007, je EU pridobila osrednja primarna pravna akta, ki sta Pogodba o Evropski Uniji in Pogodba o delovanju Evropske Unije. V Lizbonski pogodbi so bili določeni novi cilji EU. Bubnov Škoberne & Strban (2010, str. 145) navajata: »Med njimi so krepitev *blaginje* njenih narodov, visoko konkurenčno *socialno tržno gospodarstvo*, usmerjeno v polno zaposlenost in socialni napredek. Boj *proti socialni izključenosti* in diskriminaciji ter spodbujanje *socialne pravičnosti* in varstva, *enakosti žensk in moških*, *solidarnosti med generacijami* in varstva pravic otrok. [...] EU naj bi tudi v odnosih s preostalim svetom prispevala k *solidarnosti* in spoštovanju med narodi, prosti in *pravični trgovini*, *odpravi revščine* in varstvu človekovih pravic«.

Pregled dogodkov bomo zaključili s povzetkom skupnih značilnosti obdobja pred letom 2011, ko je bila sprejeta direktiva o čezmejnem zdravljenju, upoštevajoč znano sodno prakso Evropskega sodišča. Državljeni EU imajo pravico do nabave medicinsko tehničnih pripomočkov v drugi državi članici. To pomeni, da si jih zavarovanci lahko prosto nabavijo v drugi državi članici in zahtevajo od nacionalnega nosilca zdravstvenega zavarovanja povračilo stroškov, skladno z nacionalnimi pravili (Pirih, 2010, str. 131–133). Ta pravica spada med določbe pogodbe o Evropski uniji o prostem pretoku blaga in storitev in države članice je ne smejo omejevati niti s sistemom predhodne odobritve. Butala (2008, str. 16) ob tem opozarja, da to določilo ne velja za pripomočke, »pri katerih je potrebna timska obravnava zavarovanca ter individualna aplikacija oziroma obravnava zavarovanca za pripomočke, ki so predmet izposoje, in za psa vodnika«.

Če je potrebno bolnišnično zdravljenje v drugi državi članici, je sistem predhodne odobritve dopusten ukrep iz razlogov javnega zdravja. Le ta pa mora, da upraviči poseganje v temeljno svoboščino opravljanja storitev, temeljiti na objektivnih, nediskriminatornih in v naprej znanih merilih. Nadalje mora biti proceduralni sistem enostavno dostopen in zagotavljati, da se zahtevek za povrnitev stroškov obravnava objektivno in nepristransko ter v razumnem roku, zoper zavrnitve pa mora biti zagotovljeno sodno varstvo. Sodišča morajo imeti možnost pridobiti mnenja objektivnih in nepristranskih izvedencev. V primeru bolnišničnega zdravljenja na podlagi predhodne odobritve, se za povračilo stroškov zdravljenja uporabi način, uveljavljen in določen z zakonodajo članice, v kateri je bilo zdravljenje opravljeno, in to tako, da pristojni nosilec zavarovanja naknadno povrne stroške zdravljenja nosilcu države, kjer so bile storitve opravljene. V primeru ambulantnega specialističnega zdravljenja, posega ali preiskave pa prost pretok pacientov v državah članicah, pred letom 2010, še ni bil povsem uveljavljen, kljub nekaterim sodnim primerom Evropskega sodišča. Obstajale pa so možnosti za zavarovance, da so si pred odhodom na zdravljenje v drugo državo članico pridobili predhodno odobritev, ki jim je zagotavljala enake pravice, kot v primeru bolnišničnega zdravljenja (Godina, 2008).

Ob spoznanjih tuje in domače strokovne literature lahko nadalje sklenemo, da je EU dajala prednost gospodarski politiki, medtem ko je bila (in še vedno je) socialna politika nekoliko

v ozadju. Zlasti v odprtju evropskega gospodarskega prostora in odpravi ovir v njem med državami gre zasluga, da so se v ospredju lahko razvijale štiri temeljne svoboščine. Seveda pa gre razumeti odprtje evropskega prostora kot proces, ki se v obdobju razvija in spreminja. Tako se je najprej povečala mednarodna menjava blaga in storitev ter neposredne tuje investicije. Temu je sledila večja mobilnost delavcev. Čezmejne zdravstvene storitve so ostajale na robu dogajanja skupnega evropskega trga. Eden izmed pomembnejših razlogov za nezmožnost ureditve zdravstvenih storitev na območju EU je v sami občutljivosti področja: zdravstvene storitve so storitve javnega značaja in zaradi neposredne povezave z ljudmi in zdravjem še posebej občutljive. Razlogi pa so še drugi, med katerimi omenimo, da so sistemi socialne in zdravstvene varnosti raznovrstni in pogojeni z zgodovinskim razvojem v posamezni državi, z njeno tradicijo in kulturo. Tudi zaradi slednjega ima na področju zdravstvene varnosti posebno vlogo načelo teritorialnosti, ki pomeni, da država določa in omejuje odgovornosti na področju zdravstvene varnosti samo za/na svojem ozemlju (Bubnov Škoberne & Strban, 2010, str. 147). Dogajanja in odkloni na tem področju pa kličejo po nujnih spremembah, saj je zdravstvena dejavnost zaradi svoje vloge v življenju vseh državljanov vendarle v središču javnega interesa.

2.4 Sodna praksa Evropskega sodišča in razvoj dogodkov čezmejnega zdravljenja

Državljeni držav članic lahko v določenih primerih zdravstveno oskrbo iščejo v drugih državah članicah, stroške pa pokrije njihov zdravstveni sistem, to je sistem, v katerem so zdravstveno zavarovani, kar je v svojih sodbah potrdilo Evropsko sodišče. V zvezi s to problematiko si izmed številnih pogledimo dva znana sodna primera.

2.4.1 Sodna primera Kohll in Decker leta 1998

Primer Kohll (Evropsko sodišče, 1998a): gre za zahtevo povračila stroškov ortodontskega zdravljenja v državi članici EU. Hčerka luksemburškega državljanca je bila na ortodontskem zdravljenju v Nemčiji, zato je oče zahteval povrnitev stroškov do višine, do katere bi bil upravičen, če bi se njegova hči zdravila v Luksemburgu. Njegova zahteva je bila v domači državi zavrnjena. Evropsko sodišče pa je odločilo drugače in sprejelo stališče, da države članice lahko omejijo svobodo opravljanja storitev le na podlagi nevarnosti resnega porušanja finančnega ravnovesja socialne varnosti v državi članici. V kolikor vlade držav članic v postopku to ne morejo dokazati, potem je potrebno izključiti nacionalne predpise, po katerih je za povračilo stroškov zdravljenja potrebna predhodna odobritev.

Primer Decker (Evropsko sodišče, 1998b): Oseba je kupila očala v tujini brez predhodne odobritve, kot to določa nacionalna zakonodaja v državi članici. Zavrnili so zahtevo za

povračilo stroškov očal, kupljenih pri optiku v Belgiji, po naročilu oftalmologa v Luksemburgu z obrazložitvijo, da prost pretok ni absolutno veljaven, in da so ta sporna pravila nujna za nadzor nad zdravstvenimi izdatki ter na tej osnovi upravičena. Evropsko sodišče ni sprejelo omenjenega pojasnila Luksemburške vlade. Zavzelo je stališče, da povračilo pavšalnega zneska za očala in korekcijske leče, kupljene v drugih državah članicah, ne more imeti vpliva na financiranje sistema socialne varnosti v posamezni državi članici. S tem je Evropsko sodišče potrdilo dejstvo, da si zavarovanci lahko nabavijo očala v drugi državi članici brez predhodne odobritve domačega nosilca zavarovanja.

2.4.2 Uredbe Sveta Evrope o koordinaciji sistemov socialne varnosti

Prvotno je ohranjanje in usklajevanje nacionalnih pravic socialne varnosti temeljilo na mednarodno sprejetih dvostranskih sporazumih med državami. V bilateralnih pogodbah je izražen namen zagotoviti varnost osebam, ki potujejo ali prebivajo v tujini. Z leti se je k mednarodnem sodelovanju priključilo vse več držav, s ciljem zagotoviti potrebna jamstva za delavce in njihove družinske člane. Tudi Slovenija je, preden je postala članica EU (pred 01.05.2004), sklenila številne bilateralne pogodbe o socialni varnosti s sedanjimi državami članicami EU. V evropski zakonodaji so nadomestili številne bilateralne pogodbe z Uredbo (EGS) 1408/71, ki predstavlja obsežen mehanizem, ki koordinira (povezuje) sisteme socialne varnosti med državami znotraj EU. Določila pomembno vzpodbujajo svobodno gibanje znotraj evropskega notranjega trga državljanov EU, kar predstavlja eno temeljnih svoboščin. Za namene presoje Evropskega sodišča je potrebno v vsakem primeru čezmejnega gibanja znotraj EU preveriti, ali so za konkretno osebo ugodnejše določbe Uredbe (EGS) 1408/71 ali bilateralna pogodba, če je bila sklenjena med konkretnima državama, ali direktiva o čezmejnem zdravljenju (direktiva 2011/24/EU) (Bubnov Škoberne & Strban, 2010, str. 136–137).

Med določenimi pravicami s področja čezmejnega zdravstvenega varstva se najpogosteje uveljavljajo pravice do nujnih oziroma potrebnih zdravstvenih storitev v drugi državi članici. V ta namen sta bili pomembni dve uredbi: Uredba Sveta Evrope (EGS) 1408/71 o koordinaciji sistemov socialne varnosti z namenom določitve, katera država članica ter na podlagi katerih načel, mora delavcu migrantu zagotoviti pravice iz naslova socialne varnosti. Gre za zaposlene osebe in njihove družinske člane, ki se gibljejo v Skupnosti (UL L 149, 05.07.1971); ter Uredba (EGS) 574/72 (UL L 74, 27.03.1972); ki še vedno velja za države EGP in Švico. Od 01.05.2010 dalje pa za države članice EU na področju socialne varnosti veljata novi uredbi: Uredba (ES) št. 883/2004 (UL L 166/2004) ter uredba (ES) št. 987/2009 (UL L 284/2009). Novi uredbi sta nadomestili Uredbo (EGS) št. 1408/71 in Uredbo (EGS) št. 574/72. Koordinacijska pravila so za vse države članice obvezujoča ter neposredno uporabljiva, zato se jih ne prenaša v notranjo zakonodajo držav članic. Le

kadar v posameznih državah ni možno neposredno izvajanje določb evropskega pravnega reda, potem je potrebno prilagoditi oziroma določiti postopke zanje (ZZZS, 2010c).

Člen 76 Uredbe št. 883/2004 zahteva od držav članic, da se med seboj sporazumevajo ter spodbujajo izmenjavo izkušenj in najboljših upravnih praks za lažjo enotno uporabo evropskega prava. To načelo temelji na načelu učinkovite izmenjave informacij med ustanovami ter obveznosti državljanov in delodajalcev, da pravočasno zagotovijo točne informacije. Bistvene spremembe, ki jih določa Uredba 883/2004 so (Godina-Jalen, 2007):

- Zavarovanci ene države članice bodo med začasnim bivanjem v drugi državi članici, kadar to zahteva njihovo zdravstveno stanje, upravičeni do zdravstvenih storitev, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč naravo storitve in pričakovano dolžino bivanja v drugi državi članici.
- Zavarovanci uveljavljajo zdravstvene storitve z evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja neposredno pri izvajalcih zdravstvenih storitev brez predhodne zamenjave za ustrezno listino pri nosilcu zdravstvenega zavarovanja v kraju začasnega bivanja.

Ozadje za nastanek v letu 2011 sprejete direktive o čezmejnem zdravljenju sega v leto 2003, ko so ministri za zdravje pozvali Evropsko komisijo, da prouči možnosti, kako izboljšati pravno varnost na področju čezmejnega zdravstvenega varstva (Godina, 2009; Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2006). Pri tem naj bi upoštevali sodno prakso Evropskega sodišča v zvezi s pravico pacientov do zdravljenja v drugi državi članici, pri čemer so opozarjali, da so sodbe sicer jasne, vendar se je pokazala potreba po njihovem učinkovitejšem izvajanju. Nekaterе države so upoštevale dotedanjo sodno prakso Evropskega sodišča, druge pa so, predvsem kar zadeva specialistične ambulantne storitve, do nje ostale zadržane. Menile so, da se navedene sodbe nanašajo izključno na države s specifično ureditvijo sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja (na primer sistemi na osnovi povračila stroškov). Zato je Evropska komisija v normativni okvir predloga Direktive o storitvah na notranjem trgu v letu 2004 skladno s cilji Lizbonske strategije in temeljnimi načeli Evropske skupnosti o prostem pretoku vnesla tudi zdravstvene storitve. Cilj te vsebinske novosti je bil predvsem, da bi države odpravile restriktivne ukrepe v zvezi z mobilnostjo bolnikov in da bi v celoti prevzele sodno prakso Evropskega sodišča. V ta namen je bil v 23. členu predloga Direktive o storitvah na notranjem trgu, upoštevajoč sodno prakso, opredeljen način in pogoji za povračilo stroškov specialistično ambulantnega zdravljenja zavarovancev v drugi državi članici. Vendar so bile zdravstvene storitve spomladi 2006 izključene iz kasneje sprejete Direktive Evropskega parlamenta in Sveta 2006/123/ES o storitvah na notranjem trgu (t. i. Bolkesteinova direktiva). Omenjeno direktivo lahko najdemo na portalu Evropa, dostop do zakonodaje EU, (UL L 376, 2006). Izključitev zdravstvenih storitev iz direktive se je zgodila zaradi zadržkov, ki so jih imele številne države članice. Menile so, da je na ravni EU potrebno zagotoviti takšne rešitve, ki bodo spoštovale temeljna načela, na katerih so utemeljeni zdravstveni sistemi, kot so univerzalnost, enakost, dostopnost in solidarnost.

Godina (2008b, str. 17) nadalje pojasnjuje, da je to prvi pogoj za razvijanje zdravstvenega varstva v EU, ki je hkrati eden izmed najpomembnejših temeljev socialne varnosti in pravičnosti. Prav tako so menili, da omenjena direktiva ni ustrezen pravni okvir za zdravstvene storitve, saj bi jih uvrstila med tržne storitve, kamor pa na noben način ni mogoče uvrstiti zdravstvenih storitev, ki so del javne zdravstvene mreže. Drčar Murko (2006), evropska poslanka od leta 2004–2009, v svojem prispevku govori o ideji, o pravici bolnikov do izbire, kje se bodo zdravili. Ob tem dodaja, da bi naj enotni evropski trg zdravstvenih storitev, in s tem konkurenca med izvajalci zdravstvenih storitev, spodbudil za cenejše zdravstvene storitve. Strokovnjaki so načenjali tri skupine vprašanj: način povračila stroškov, kako zagotoviti kakovost storitev in varnost bolnikov oziroma finančna jamstva v primeru, ko nastane škoda pri zdravljenju v drugi državi (Drčar Murko, 2006).

Tudi po letu 2006 se je letno nekaj evropskih državljanov odločilo za zdravljenje v drugi državi EU. Vendar pravila o pravicah in povračilu stroškov še zdaleč niso bila jasna. Zaradi tega je o teh zadevah včasih moralo odločati Evropsko sodišče. V številnih primerih je razsodilo, da imajo pacienti pravico do povračila stroškov za zdravstveno varstvo v drugi državi članici. Rzsodbe v teh posameznih primerih so bile sicer jasne, ni pa bilo jasno, kako se uporabljajo na splošno. Evropska komisija se je v sled dogodkom odločila za vzpostavitev novega okvira EU za zagotovitev čezmejnega dostopa do zdravstvenih storitev (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2006). Priporočila Odbora ministrov so bila predstavljena z namenom, omogočiti jasnost in pravno gotovost v zdravstveni problematiki posebnih skupin ljudi ter podpreti sodelovanje med nacionalnimi zdravstvenimi sistemi. Glede na razvoj dogodkov in aktivnosti, ki so se zgodile v zadnjem pet letnem obdobju, smo v letu 2011 le dočakali sprejem rešitev in ukrepov s področja čezmejnega zdravstvenega varstva v EU, kar bomo pojasnili v naslednjem poglavju. Pričujoča zakonodaja ne spreminja vloge držav članic na področju zdravja. Še vedno same odločajo o organizaciji svojih zdravstvenih sistemov in določajo, katera zdravljenja so vključena v njihove sisteme socialne varnosti.

2.5 Direktiva Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu

Evropski parlament in Svet sta 09.03.2011 v Strasbourgu sprejela Direktivo 2011/24/EU o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu UL L88, 04.04.2011 (direktiva o čezmejnem zdravljenju). Direktiva o čezmejnem zdravljenju pojasnjuje pravice državljanov EU do dostopa do varnega in kakovostnega zdravljenja znotraj meja EU ter do povračila stroškov (Evropska unija SL, Evropski parlament, Svet, 2011, str. 35–78). Vzpostavlja možnosti za tesnejše sodelovanje med državami članicami na področju zdravstvenega varstva. Direktiva o čezmejnem zdravljenju nalaga državam članicam, da so dolžne uskladiti svoje zakone in druge predpise skladno z direktivo najpozneje 30 mesecev po datumu začetka veljavnosti te direktive, to pa je najpozneje do 25.10.2013. V kolikor

država članica tega ne stori, je direktiva o čezmejnem zdravljenju dovolj določna, da lahko neposredno učinkuje v državah članicah (Bubnov Škoberne & Strban, 2010, str. 146).

Brečko Vrhovnik (2011) med drugim opozarja, da je še vedno treba pojasnjevati pravice državljanov EU, ki naj bi bili deležni zdravstvene oskrbe v drugi državi članici, čeprav so nekatera pravila, ki se osredotočajo na sporazume o socialni varnosti, v rabi že od leta 1971. Tudi zaradi tega je pomembna ta direktiva o čezmejnem zdravljenju, ki zagotavlja enovit in usklajen okvir za vse državljanke EU.

Po mnenju Godina (2011, str. 6) je sprejem direktive pomemben korak k preglednejši ureditvi povračil stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev v drugi državi članici ter k zagotavljanju kakovostnih zdravstvenih storitev in varnosti bolnikov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva. Določbe direktive pomenijo krepitev evropskega sodelovanja, ob upoštevanju nacionalnih pristojnosti pri organizaciji in izvajanju zdravstvenega varstva (Godina, 2011, str. 6):

- z razvojem evropskih referenčnih mrež, ki na prostovoljni ravni združujejo specializirana zdravstvena središča po vsej EU, da pacientom olajšajo dostop do visoko specializirane oskrbe;
- z vzpostavljanjem nacionalnih kontaktnih točk;
- s skupnim ocenjevanjem zdravstvene tehnologije za zmanjševanje podvajanj, s čimer spodbujajo učinkovito uporabo virov;
- z okrepljenimi dejavnostmi na področju informacijske in komunikacijske tehnologije (»e-zdravje«). S spodbujanjem uvajanja standardov kakovosti in varnosti v zdravstvu, spodbujanje zdravstvenih ustanov za pridobivanje mednarodnih akreditacij.

Z vidika pravic državljanov EU opozarja Godina (2011) na nekatere ugodnosti. Direktiva o čezmejnem zdravljenju ureja dodatne možnosti čezmejnega zdravstvenega varstva, poleg že doslej uveljavljenih. Nova pravila tudi pomembno določajo, da so državljani EU lahko upravičeni do povračila stroškov za načrtovane zdravstvene storitve v drugi državi članici. Pri uveljavljanju te pravice država zavarovanja upošteva zakonitosti svojega nacionalnega zdravstvenega sistema, to je, da je višina povračila odvisna od veljavnih cen zdravstvenih storitev in da so zdravstvene storitve pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Naslednja ugodnost je ta, da lahko državljani EU prosto uveljavljajo specialistične ambulantne storitve, to so storitve, ki ne zahtevajo prenočitve v bolnišnici, v kateri koli državi članici, zlasti še v obmejnih področjih. Za specialistične ambulantne storitve je v celoti zagotovljen prost pretok pacientov. To nadalje tudi pomeni, da za te storitve ni dopustna nobena zahteva po predhodni odobritvi. V nekaterih primerih pa države članice lahko uvedejo sistem predhodne odobritve za povračilo stroškov zdravljenja. Ob nekaterih pogojih to velja za tista zdravljenja, kot pravi Godina (2011), »ki zahtevajo prenočitev v bolnišnici ali uporabo visoko specializirane in drage medicinske opreme ter v primeru storitev, ki pomenijo tveganje za bolnika ali širšo javnost z vidika kakovosti in varnosti«.

Kot smo napovedali, bomo direktivo o čezmejnem zdravljenju natančneje opredelili, saj predstavlja pomemben temelj našemu proučevanju. Besedilo direktive je zapisano v 23 členih, ki tvorijo po sklopih pet poglavij (Evropska unija SL, Evropski parlament, Svet, 2011):

- Poglavje I.: Splošne določbe,
- Poglavje II.: Pristojnosti držav članic v zvezi s čezmejnimi zdravstvenimi varstvom,
- Poglavje III.: Povračilo stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo,
- Poglavje IV.: Sodelovanje na področju zdravstvenega varstva,
- Poglavje V.: Izvedbene in končne določbe.

2.5.1 Splošne določbe

Direktiva o čezmejnem zdravljenju se uporablja za izvajanje zdravstvenega varstva za paciente, ne glede na to, kako je zdravstveno varstvo v posamezni državi članici organizirano, zagotovljeno ter financirano. Določa pravila za lažji dostop do varnega in visokokakovostnega čezmejnega zdravstvenega varstva, upoštevajoč nacionalne pristojnosti držav pri organizaciji in izvajanju zdravstvenega varstva. Prav tako spodbuja sodelovanje med državami članicami na področju zdravstvenega varstva, s poudarkom na sodelovanju na obmejnih področjih, saj je v prostem pretoku pacientov posamezna država članica enkrat v vlogi države članice zdravljenja, drugič pa v vlogi države članice zavarovanja. Določa, da se čezmejno zdravstveno varstvo zagotavlja v skladu z zakonodajo države članice zdravljenja; v okviru standardov in smernic glede kakovosti in varnosti, ki jih prav tako določa država članica zdravljenja ter skladno z evropskim pravnim redom o varnostnih standardih. Ob tem se upoštevajo načela univerzalnosti, dostop do dobre kakovosti oskrbe, enakosti in solidarnosti. Na drugi strani pa, ko gre za povračilo teh stroškov, direktiva določa uporabo zakonodaje države zavarovanja (Evropska unija SL, Evropski parlament, Svet, 2011, str. 35–36).

2.5.2 Pristojnosti držav članic v zvezi s čezmejnimi zdravstvenimi varstvom

Nazorno so izoblikovane pristojnosti in naloge države članice zdravljenja. Ena izmed njih je zagotovo ta, da država članica zagotovi in določi eno ali več nacionalnih kontaktnih točk za čezmejno zdravstveno varstvo in kontaktne podatke javno objavi. Kontaktne podatke o nacionalnih kontaktnih točkah sporoči tudi Evropski komisiji, ki jih prav tako javno objavi. V direktivi o čezmejnem zdravljenju (Evropska unija SL, Evropski parlament, Svet, 2011, str. 43–46) so dogovorjene še druge naloge države članice zdravljenja (to je države članice, v kateri se tuji pacient zdravi):

- izvajalci zdravstvenih storitev zagotavljajo ustrezne informacije o njihovem delovanju;

- vzpostavljeni so pritožbeni postopki in mehanizmi za paciente, v kolikor utrpijo škodo, nastalo pri zdravljenju. Pacienti lahko uveljavljajo pravna sredstva v skladu z zakonodajo države članice zdravljenja;
- na njenem ozemlju so vzpostavljeni sistemi poklicne odgovornosti, ki so primerljivi glede na namen in ustrezajo naravi in obsegu tveganja;
- zaščiten je temeljna pravica do zasebnosti pri obdelavi osebnih podatkov pacientov;
- pacienti, ki se zdravijo, imajo pravico do zdravstvene dokumentacije v pisni ali elektronski obliki in dostop vsaj do kopije te dokumentacije;
- izvajalci zdravstvenih storitev na njihovem ozemlju pacientom iz drugih držav članic zaračunajo enake cene za opravljene zdravstvene storitve, kot jih zaračunajo domačim pacientom s primerljivim zdravstvenim stanjem. V kolikor ni primerljive cene za domače paciente, lahko zaračunajo ceno v skladu z objektivnimi in nediskriminatornimi merili. To tudi nadalje pomeni, da v kolikor nacionalna zakonodaja omogoča izvajalcem zdravstvenih storitev, da določajo svoje cene, jih lahko, vendar pri tem ne smejo diskriminirati pacientov iz drugih držav članic.

Naloge države članice zdravstvenega zavarovanja (to je države, v kateri je zavarovanec zdravstveno zavarovan) so (Evropska unija SL, Evropski parlament, Svet, 2011, str. 47):

- zagotavlja mehanizme (tudi nacionalne kontaktne točke), ki zavarovancem na njihovo zahtevo posredujejo informacije o njihovih pravicah v tej državi članici, povezanih s koriščenjem čezmejnega zdravstvenega varstva (zlasti o pogojih za povračilo stroškov čezmejnega zdravljenja, postopkih o oceni in določitvi pravic ter sistemi za pritožbe in pravna sredstva, v kolikor menijo, da njihove pravice niso bile upoštevane);
- praviloma stroške čezmejnega zdravstvenega varstva povrne ali neposredno plača do višine stroškov, ki bi jih prevzela država članica zdravstvenega zavarovanja, če bi zavarovani osebi bilo zdravstveno varstvo zagotovljeno na njenem (domačem) ozemlju. Lahko pa kljub temu odloči, da prevzame stroške v celoti, ki so višji, ali pa odloči povrniti druge s čezmejnim zdravljenjem povezane stroške (kot so potni stroški, nastanitve ali dodatni stroški invalidnih oseb itd);
- države članice lahko sprejmejo določbe, katerih namen je zagotoviti, da imajo pacienti pri prejemanju čezmejnega zdravljenja enake pravice, kot bi jih imeli ob prejemanju zdravstvenih storitev v primerljivi situaciji v državi članici zdravstvenega zavarovanja;
- zagotavljajo povrnitev stroškov v skladu z odobritvijo za čezmejno zdravstveno varstvo, za katero je bila izdana predhodna odobritev;
- država članica zdravstvenega zavarovanja lahko omeji (izjemoma) povračila stroškov na podlagi prevladujočih razlogov v splošnem interesu, ali pa z namenom obvladovanja stroškov ter preprečevanja odvečne porabe finančnih, tehničnih in človeških virov. O vsaki odločitvi za omejitev pa država članica uradno obvesti Evropsko komisijo;
- država članica zdravstvenega zavarovanja lahko uvede sistem predhodne odobritve za povračilo stroškov za določeno čezmejno zdravstveno varstvo, ne sme pa ta sistem

predstavljati sredstva za samovoljno diskriminacijo ali neutemeljene ovire za prost pretok pacientov.

Nacionalne kontaktne točke opravljajo pomembne aktivnosti, med katerimi naj omenimo (Evropska unija SL, Evropski parlament, Svet, 2011, str. 48–49):

- posvetovanje z drugimi organizacijami znotraj države članice, kot na primer organizacijami pacientov, izvajalci zdravstvenega varstva in nosilci zdravstvenega zavarovanja;
- nacionalne kontaktne točke torej olajšajo izmenjavo raznih informacij in tesno sodelujejo med seboj in z Evropsko komisijo;
- nacionalne kontaktne točke pacientom na zahtevo zagotovijo kontaktne podatke o nacionalnih kontaktnih točkah v drugih državah članicah;
- omogočajo pacientom uveljavljanje njihovih pravic v zvezi s čezmejnimi zdravstvenimi varstvom s tem, da jim zagotovijo informacije o izvajalcih zdravstvenega varstva v skladu z zakonodajo države članice. In sicer, katere vrste zdravstvenih storitev opravlja posamezni izvajalec in morebitne omejitve opravljanja zdravstvenih storitev. Posredujejo tudi informacije o standardih in smernicah glede kakovosti in varnosti zdravljenja, vključno z oceno izvajalcev zdravstvenega varstva;
- posredujejo informacije o dostopnosti bolnišnic za invalidne osebe;
- zagotavljajo informacije o pravicah pacientov, pritožbenih postopkih in mehanizmih za uveljavljanje pravnih sredstev za reševanje sporov, ko je v okviru čezmejnega zdravstvenega varstva povzročena škoda.

Prav tako imajo pomembno vlogo pri informiranju zavarovancev (domačih in tujih) izvajalci zdravstvenih storitev. Direktiva o čezmejnem zdravljenju določa, da posamezni izvajalci zagotavljajo ustrezne informacije tako, da zavarovancem pomagajo pri sprejemanju odločitev glede (Evropska unija SL, Evropski parlament, Svet, 2011, str. 44): možnosti zdravljenja, ki jih izvajalci nudijo; njihove razpoložljivosti, kakovosti in varnosti zdravljenja. Nudijo ustrezne cenike oziroma jasne informacije o cenah posameznega zdravljenja. Informirajo o zavarovanju ali drugih oblikah osebne ali kolektivne zaščite v zvezi s poklicno odgovornostjo izvajalcev, ter posredujejo splošne podatke na primer status izvajalca itd.

2.5.3 Povračilo stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo

Stroški, ki jih ima zavarovanec, ki prejme čezmejne zdravstvene storitve, se mu povrnejo, v kolikor zadevne zdravstvene storitve sodijo med storitve, do katerih je zavarovanec upravičen v državi članici zdravstvenega zavarovanja (v domači državi). Države članice določijo pregleden mehanizem za izračun stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva, ki

jih mora država članica zdravstvenega zavarovanja povrniti zavarovani osebi (Evropska unija SL, Evropski parlament, Svet, 2011, str. 49–50).

Direktiva o čezmejnem zdravljenju v 8. členu določa, katere storitve so lahko predmet predhodne odobritve. Z ukrepom predhodne odobritve se omejujejo določene čezmejne zdravstvene storitve, zato morajo države članice tudi o sistemu predhodne odobritve uradno poročati Evropski komisiji in informacije javno objaviti. Zdravstveno varstvo, ki je lahko omejeno z ukrepom predhodne odobritve je tisti del zdravstvenega varstva, 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, preprečevanja odvečne porabe finančnih, tehničnih in človeških virov« (Evropska unija SL, Evropski parlament, Svet, 2011, str. 54–55) ob še štirih zahtevah:

- če zdravljenje vključuje tudi prenočitev pacienta v bolnišnici vsaj za eno noč;
- če zdravljenje zahteva uporabo visoko specializirano in drago medicinsko opremo;
- če zdravljenje vključuje posebno tveganje za pacienta ali prebivalce;
- če zdravljenje opravlja izvajalec zdravstvenih storitev, ki ne zagotavlja kakovosti oskrbe in varnosti pacienta.

Zlasti je treba poudariti, v katerih primerih država članica ne sme zavrniti predhodne odobritve: v kolikor je pacient upravičen do zdravstvenega varstva in tega ni mogoče v roku zagotoviti na domačem ozemlju. Ocena temelji na objektivni medicinski oceni pacientovega zdravstvenega stanja, verjetnostnega razvoja bolezni itd. Upravni postopki temeljijo na objektivnih, nediskriminatornih merilih. Postopki so na enostaven način javno dostopni, pri čemer naj postopki zagotavljajo, da so zahtevki obravnavani objektivno in nepristransko ter v razumnih rokih (Evropska unija SL, Evropski parlament, Svet, 2011, str. 56).

2.5.4 Sodelovanje na področju zdravstvenega varstva

Direktiva o čezmejnem zdravljenju poudarja vzajemno pomoč in sodelovanje med državami članicami EU, zlasti še ne obmejnih območjih (Evropska unija SL, Evropski parlament, Svet, 2011, str. 60–61):

- sodelovanje pri standardih in smernicah glede kakovosti in varnosti oskrbe;
- izmenjava informacij, zlasti med nacionalnimi kontaktnimi točkami;
- izmenjava informacij glede nadzorov;
- vzajemna pomoč za pojasnitev podatkov na računih;

- vodenje registrov o dovoljenjih za opravljanje dejavnosti zdravstvenih delavcev na njihovem ozemlju, ki pa so na zahtevo na voljo organom drugih držav članic zaradi čezmejnega zdravstvenega varstva.

Ena izmed precejšnjih sprememb se obeta tudi na področju izdaje zdravil. Medtem ko se področje zdravil šele pripravlja na prost pretok pacientov, pa velja priznavanje oskrbe z medicinsko tehničnimi pripomočki v drugi državi članici že nekaj let ali točneje že iz sodb Evropskega sodišča leta 1998 dalje. Direktiva o čezmejnem zdravljenju določa, da se recepti za določeno zdravilo, izdani v drugi državi članici za imenovanega pacienta, lahko uporabljajo na domačem ozemlju v skladu z njihovo nacionalno zakonodajo. Brečko Vrhovnik (2011, str. 25–26) ob tem dodatno pojasnjuje, da ima pacient pravico dobiti predpisano zdravilo v primeru, če ima to zdravilo dovoljenje za prodajo ter če je dostopno v državi, kjer si ga želi priskrbeti. Direktiva o čezmejnem zdravljenju določa, da so morebitne omejitve priznavanja posameznih receptov prepovedane. Da bo možno vzpostaviti in izvajati sistem izdaj zdravil, bo Evropska komisija sprejela dodatne ukrepe in smernice. Ti se bodo nanašali na štiri sklope aktivnosti (Evropska unija SL, Evropski parlament, Svet, 2011, str. 61–64):

- Zdravstvenim delavcem bo potrebno omogočiti, da lahko preverijo verodostojnost recepta, ob tem, da recept vsebuje celo vrsto podatkov, ki morajo biti razpoznavni v vseh oblikah receptov.
- Razviti bo treba elektronski recept (e-recept).
- Urediti bo potrebno pravilno identifikacijo zdravil in medicinskih pripomočkov, tudi v primerih nadomestitve enega zdravila z drugim. V zvezi s tem Evropska komisija prouči uporabo mednarodnega nelastniškega imena in odmerjanje zdravil.
- Pacientom bo treba omogočiti dostop do informacij v zvezi z receptom in predpisanim zdravilom. To pomeni, da bodo pacienti lažje razumeli navodila za uporabo zdravila, zdravilne učinkovine in doziranje.

Sodelovanje poteka tudi na nivoju Evropskih referenčnih mrež. V Evropskih referenčnih mrežah in njihovih dejavnostih sodelujejo in so prostovoljno vključeni izvajalci zdravstvenih storitev in strokovni centri držav članic. Pridruženi izvajalci morajo izpolnjevati posebna merila in pogoje, s čimer potrjujejo, da imajo znanje in strokovne izkušnje, imajo zmogljivosti za oblikovanje smernic za dobro prakso ter imajo vzpostavljen sistem merjenja izidov in nadzоровanja kakovosti, organizirajo raziskave in usposabljanja itd. Navedeno velja še zlasti na področju diagnosticiranja in zdravljenja redkih bolezni (Evropska unija SL, Evropski parlament, Svet, 2011, str. 65–68).

Direktiva o čezmejnem zdravljenju opredeljuje cilje mreže e-zdravje, ki lahko omogoča sodelovanje in izmenjavo pomembnih informacij med državami članicami. Pomembno se bo dogovoriti za obseg podatkov o pacientih, ki se lahko izmenjujejo med zdravstvenimi delavci, da bi tako zagotovili neprekinjenost oskrbe in varnost pacientov prek meja; doseči

trajnostne gospodarske in družbene koristi s pomočjo e-zdravja in aplikacij. Hkrati pa EU podpira tudi sodelovanje in izmenjavo informacij med državami članicami v okviru prostovoljne mreže za ocenjevanje zdravstvene tehnologije. Ta povezuje nacionalne organe, pristojne za ocenjevanje zdravstvene tehnologije, ki jih imenujejo posamezne države članice, njihove kontaktne podatke pa posredujejo Evropski komisiji. Cilj te mreže je tudi zagotavljanje objektivnih, strokovno neodvisnih podatkov o učinkovitosti posamezne zdravstvene tehnologije (Evropska unija SL, Evropski parlament, Svet, 2011, str. 69–73).

2.5.5 Izvedbene in končne določbe

Evropska komisija spremlja izvajanje te direktive in pripravlja poročila ter jih predloži Evropskemu parlamentu in Svetu na podlagi razpoložljivih informacij, ki jih zagotavljajo države članice. Poročilo vsebuje zlasti informacije o mobilnosti pacientov in posledično o finančni pregledih. Nadalje seznanja o omejitvah uporabe pravil o povračilu stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva (9 točka 7. člena direktive) ter o sistemih predhodne odobritve za povračilo stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo (8. člen direktive). Pojasnjuje tudi delovanje evropskih referenčnih mrež in nacionalnih kontaktnih točk (Evropska unija SL, Evropski parlament, Svet, 2011, str. 77–78).

3 UREDITEV ČEZMEJNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SLOVENIJI

V tem poglavju skušamo na čim bolj celovit način pojasniti in predstaviti urejenost čezmejnega zdravstvenega varstva v Sloveniji, ki ga strokovne službe ZZZS imenujejo »področje mednarodnega zdravstvenega zavarovanja«. V prvi vrsti se bomo osredotočili na obravnavo možnosti oziroma pravic do zdravljenja v drugi državi članici zaradi začasnega ali stalnega bivanja v njej. Mednarodno okolje se je v zadnjih desetletjih precej spremenilo. Vključitev Republike Slovenije v EU predstavlja tudi za slovenske zavarovance, ki so vključeni v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja, novo priložnost za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev v drugih državah članicah. Strban (2009) v prispevku opisuje pravice glede uveljavljanja zdravljenja v drugih državah članicah in opozarja na nedoslednosti v izvajanju nacionalne zakonodaje. Strban (2009) trdi, da so pravice iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki so urejene s slovensko zakonodajo, »dopolnjene« s pravicami, ki izhajajo iz evropskega pravnega reda. Nedvoumno je, da bomo za podrobnejšo razlago uporabili predpise slovenske zakonodaje ter predpise evropskega pravnega reda ter določila meddržavnih sporazumov. Posamezne pravice oziroma vrste zdravljenja v tujini podrobno urejajo interni akti ZZZS (okrožnice, navodila), ki jih lahko najdemo na ZZZS spletni strani pod skupnim imenovalcem (www.zzzs.si, elektronska gradiva, Pravni akti, Navodila za mednarodno zdravstveno

zavarovanje itd.). Za tovrstno zdravljenje velja, da so zavarovanci upravičeno do storitev, ki jih nudi nosilec zavarovanja v kraju začasnega ali stalnega prebivališča, skladno s svojimi predpisi (kot če bi bil njihov zavarovanec). Trajanje zdravljenja v drugi državi pa ureja zakonodaja države zavarovanja (ZZZS, 2010b).

Prvo področje, ki ga obravnavamo, se uveljavlja prav v zadnjem obdobju in temelji na evropski sodni praksi ter na letos sprejeti direktivi o čezmejnem zdravljenju. Je čezmejno specialistično ambulantno zdravljenje. Skušamo opozoriti na posebnosti in značilnosti, ki naj jih upoštevajo zavarovanci pri uveljavljanju tovrstnih storitev, zlasti na obmejnih področjih sosednjih držav članic EU.

Nadalje predstavljamo pravico do napotitve na zdravljenje v drugo državo. Slovenski zavarovanci so lahko upravičeni do zdravljenja v drugi državi oziroma do povračila stroškov za načrtovane zdravstvene storitve v drugi državi članici, ki jih odobri ZZZS. Velja tudi za zavarovance drugih držav, da jim nosilec zavarovanja lahko odobri zdravljenje v Sloveniji.

V obravnavo bomo vključili tudi značilnosti zdravljenja za zavarovance, in sicer:

- za slovenske zavarovance, ki stalno ali začasno prebivajo:
 - v drugi državi članici EU, EGP in Švici,
 - v državi pogodbenici Hrvaški, Makedoniji, Srbiji, Bosni in Hercegovini in Črni gori,
 - v drugih državah sveta;
- za tuje zavarovance, ki stalno ali začasno prebivajo v Republiki Sloveniji:
 - iz držav članic EU, EGP in Švice,
 - iz držav Hrvaške, Makedonije, Srbije, Bosne in Hercegovine in Črne gore,
 - iz drugih držav sveta.

3.1 Zakonodaja in veljavni predpisi v Sloveniji

3.1.1 Nacionalna zakonodaja Republike Slovenije

Način dela in kompleksni postopki na področju čezmejnega zdravstvenega varstva temeljijo zlasti na naslednjih zakonih, predpisih in nekaterih aktih ZZZS:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08 in 62/10 – UPJS),
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Ur. l. RS, št. 30/03 – prečiščeno besedilo, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09 in 88/09),

- Zakon o pacientovih pravicah (Ur. l. RS, št. 15/2008),
- Zakon o varstvu osebnih podatkov ZVOP-1 (Ur. l. RS, št. 86/04, 67/07),
- Organizacijsko navodilo o načinu dela na področju povračil (objavljeno v E-gradivih ZZZS, številka: 0072-6/2008-DI/1 z dne 20.02.2008),
- Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (Ur. l. RS, št. 63/2010),
- Pravilnik o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (Ur. l. RS, št. 129/04, 132/04, 21/05, 34/05, 98/06, 138/06, 30/08, 126/08 in 94/10).

3.1.2 Predpisi evropskega pravnega reda in meddržavni sporazumi

Poleg slovenskih veljajo nekateri predpisi evropskega pravnega reda:

- Uredba (EGS) št. 1408/71 o uporabi sistemov socialne varnosti za zaposlene osebe, samozaposlene osebe in njihove družinske člane, ki se gibljejo v Skupnosti (UL L 149/71 s spremembami in dopolnitvami),
- Uredba (EGS) št. 574/72 o določitvi postopka za izvajanje Uredbe (EGS) št. 1408/71 (UL L 74/72 s spremembami in dopolnitvami),
- Uredba (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta o koordinaciji sistemov socialne varnosti (UL L 166/04),
- Uredba (ES) št. 988/2009 Evropskega parlamenta in Sveta o spremembi Uredbe (ES) št. 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti in določitvi vsebine njenih prilog (UL L 284/09),
- Uredba (ES) št. 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (UL L 284/09).

Mednarodni sporazumi: Sporazumi o socialnem zavarovanju med Republiko Slovenijo in državami pogodbenicami (mednarodne pogodbe) ter Administrativni sporazumi o izvajanju Sporazuma o socialnem zavarovanju med Republiko Slovenijo in državami pogodbenicami, objavljeni v Uradnem listu. Poleg naštetih, posamezne pravice urejajo še navodila in številne okrožnice, izdane s strani ZZZS.

3.1.3 Sodna praksa v Sloveniji leta 2009

Višje delovno in socialno sodišče v Ljubljani je izdalo sodbo opr. št. Psp 425/2009 z dne 17.12.2009 v primeru slovenske zavarovanke, ki je v Avstriji uveljavljala operacijo stopala na ambulantni način. Zavarovanka je za operacijo v Avstriji plačala 400 €, enaka storitev v Sloveniji pa bi stala 1.521 €. Sodišče v Sloveniji je ugodilo zavarovankini zahtevi za povračilo stroškov čezmejnega specialističnega ambulantnega zdravljenja v drugi državi

EU. Odločilo je, da ji je potrebno povrniti vse nastale stroške v višini 400 €, ker so bili stroški zdravljenja nižji v primerjavi z enakimi storitvami v Sloveniji (ZZZS, 2010b).

3.2 Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja in certifikat

Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju EU KZZ) in certifikat sta javni listini, s katerima zavarovanec uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč naravo storitev in pričakovano dolžino bivanja v drugih državah, in sicer neposredno pri zdravnikih in zdravstvenih ustanovah, ki so del javne zdravstvene mreže. Z EU KZZ zavarovanec izkazuje, da je zavarovan v državi članici, ki je kartico izdala, za obdobje veljavnosti, ki je na njej navedeno. Uveljavlja lahko pravice do zdravstvenih storitev v drugi državi v skladu s predpisi države, v kateri zavarovanec poišče zdravstveno pomoč (ZZZS, b.l., str. 1–4).

V Sloveniji lahko EU KZZ naročimo na tri načine: prek interneta, prek mobilnega telefona ali neposredno pri katerikoli območni enoti ali izpostavi. ZZZS jo izda brezplačno, z veljavnostjo najmanj 30 dni in največ enega leta odvisno od veljavnosti obveznega zdravstvenega zavarovanja zavarovanca. Prednja stran EU KZZ je predpisana in vsebuje naslednje podatke: ime »Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja«, oznako države; ime in priimek zavarovanca; datum rojstva zavarovanca; identifikacijska številka zavarovanca; identifikacijska številka nosilca zavarovanja; identifikacijska številka kartice; veljavnost kartice. Zadnja stran EU KZZ je namenjena uporabi za nacionalne potrebe države izdajateljice (ZZZS, 2007c; ZZZS, b.l., str. 2).

Certifikat se zavarovancu izda na območni enoti ali izpostavi ZZZS neposredno ob naročilu. Veljavnost je lahko od enega do največ 90 dni, pri čemer začne veljati z dnem naročila. Izjemoma ga je mogoče izdati za nazaj, in sicer v primeru zaprosila tujega nosilca zavarovanja. Certifikat vsebuje enake podatke kot EU KZZ, je nadomestno potrdilo v papirni obliki in se izdaja le v nujnih primerih (ZZZS, 2007c):

- v primeru kraje, izgube EU KZZ ali ko zavarovanec ostane brez EU KZZ iz kakšnega drugega razloga (certifikat se izda do konca obdobja veljavnosti EU KZZ);
- v primeru nepričakovanih takojšnjih odhodov v tujino (certifikat se izda za obdobje bivanja v drugi državi);
- v primerih, ko je iz evidence ZZZS razvidno, da so zagotovljeni pogoji zavarovanja za obdobje, krajše od 30 dni (certifikat velja do izteka veljavnosti zavarovanja).

3.3 Nacionalna kontaktna točka

Že leta 2009 je Godina (2009, str. 303) opozarjala na potrebno uvedbo mehanizma, ki bo zavarovancem zagotavljal potrebne informacije o možnostih čezmejnega zdravljenja v drugi državi članici, o pravicah v zvezi s čezmejnim zdravljenjem, o jamstvu kakovosti in varnosti, varstvu osebnih podatkov, o pravnem varstvu v primeru sporov. Zato ne preseneča, da je to področje predpisala direktiva o čezmejnem zdravljenju (Evropska unija SL. Evropski parlament in Svet, 2011). Sistem nacionalne kontaktne točke bo v Sloveniji po pričakovanjih opredeljen, ko se bo direktiva o čezmejnem zdravljenju implementirala v slovenski nacionalni sistem. Določene aktivnosti so se medtem že začele izvajati. Meglič (2011) pojasnjuje, da je v Sloveniji vzpostavitev nacionalne kontaktne točke v domeni Inštituta za varovanje zdravja. Prvotno pripravljajo v okviru projekta informacijsko rešitev, ki bo omogočala posredovanje zdravstvenih podatkov, pomembnih pri urgentnih obravnavah bolnikov, ki potrebujejo zdravljenje v tujini, ali tujcev, ki bodo potrebovali zdravljenje v Sloveniji. Izmenjava podatkov in informacij bo potekala elektronsko, z uporabo spletnih tehnologij tako, da bo sistem zagotavljal varen dostop do medicinskih podatkov pacientov samo certificiranim zdravnikom. Glede informacijske rešitve povzema, da bosta na začetku v uporabi dva dokumenta:

- povzetek zdravstvenega zapisa podatkov o pacientu,
- elektronsko predpisovanje in izdaja zdravil (e-recept).

V projekt bodo vključeni le tisti pacienti, ki bodo privolili v sodelovanje. Projekt, kot trdi Meglič (2011), bo predvidoma nared konec leta 2013. V prihodnosti bodo lahko zavarovanci, ki se bodo zanimali za zdravstvene storitve v drugi državi članici, bolje obveščeni o kvaliteti in varnosti opravljanja zdravstvenih storitev pri posameznem izvajalcu, tudi z vidika informacij o morebitnih sporih ali zapletih pri uveljavljanju čezmejnih zdravstvenih storitev. Vse te in še številne druge informacije z evropskega zdravstvenega prostora bodo nudene na eni točki, to je nacionalni kontaktni točki (Evropska unija SL. Evropski parlament in Svet, 2011).

3.4 Pravica do čezmejnega specialističnega ambulantnega zdravljenja

Republika Slovenija izvaja evropsko sodno prakso na področju čezmejnih zdravstvenih storitev v omejenem obsegu. Kar pomeni, da v celoti velja prosti pretok v primeru medicinsko tehničnih pripomočkov, ki jih lahko slovenski zavarovanci nabavijo doma ali pa v tujini. Če jih nabavijo v tujini, dobijo povrnjene stroške v skladu s cenovnimi standardi, določenimi za posamezne pripomočke v Sloveniji (Godina Jalen et al., 2007). Za bolnišnične storitve je potrebna predhodna odobritev s strani pristojne institucije, to je nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja, ZZZS. Navedeno je v skladu z določili

Uredbe (EGS) 1408/71 in Uredbe (ES) št. 883/2004 kot tudi v skladu s sodno prakso na tem področju. Le v delu, ki zadeva specialistične ambulantne storitve, pa v Sloveniji evropska sodna praksa ni bila upoštevana vse do konca leta 2010. Osnovni razlog za to je bila prevladujoča ocena, da bi to lahko resno ogrozilo ne le finančno vzdržnost slovenskega sistema zdravstvenega varstva, temveč tudi sistem javne zdravstvene službe in organizacijo sistema v celoti. Poleg tega razloga so zapisana tudi številna druga stališča in pomisleki ZZZS v Občasniku (Godina Jalen et al., 2007). Godina (2008a) je pojasnjevala, če bi lahko določeni zavarovanci v skladu z evropsko sodno prakso uveljavljali povračilo stroškov specialistično ambulantnega zdravljenja v tujini v skladu s slovenskimi cenami (prejeli bi povračilo stroškov v višini, kot bi takšna storitev stala v Sloveniji), bi to pomenilo enostranski poseg v sistem financiranja planiranega obsega pravic za slovenske zavarovance na letni ravni. Hkrati pa bi bil tak ukrep diskriminatoren, ker zavarovanci ne bi mogli uveljavljati povračila stroškov, v kolikor bi enake storitve uveljavljali pri domačih izvajalcih, ki z ZZZS nimajo sklenjene pogodbe. Po dolgih letih usklajevanja je letos sprejeta direktiva o čezmejnem zdravljenju tudi v slovenski sistem vnesla novosti, ko zavarovanci lahko koristijo čezmejne specialistične ambulantne zdravstvene storitve v sosednji državi oziroma drugi državi članici in na ZZZS uveljavljajo povračilo stroškov. Podrobnejša analiza podatkov sledi v zadnjem poglavju.

Izbrani osebni zdravnik predpiše na napotnico vrsto specialistične ambulantne dejavnosti, na katero napotuje zavarovanca, zato jih bomo našteteli. V skladu s šifrantom ZZZS (spletna stran ZZZS, Elektronska gradiva, Javni šifranti, Šifrant 2) so sledeče specialistične ambulantne dejavnosti: internistika, pulmologija, infektologija, nevrologija, pediatrija, ginekologija in porodništvo, kirurgija, travmatologija, urologija, ortopedija, otorinolaringologija, okulistika, dermatologija, onkologija, psihiatrija, rehabilitacija, dializna dejavnost, maksilofacialna kirurgija, fizioterapija, invalidna mladina, diabetologija, endokrinologija, pedopsihiatrija, alergologija, bolezni dojk, mamografija, gastroenterologija, kardiologija, tireologija, računalniška tomografija-CT, internistika – urgentna ambulanta, kirurgija – urgentna ambulanta, ultrazvok – UZ, rentgen – RTG, radioterapija, nevrologija – urgentna ambulanta, infektologija – urgentna ambulanta, PET CT, Fabryjeva bolezen. K naštetim spadajo še zobozdravstvene, in sicer ortodontija.

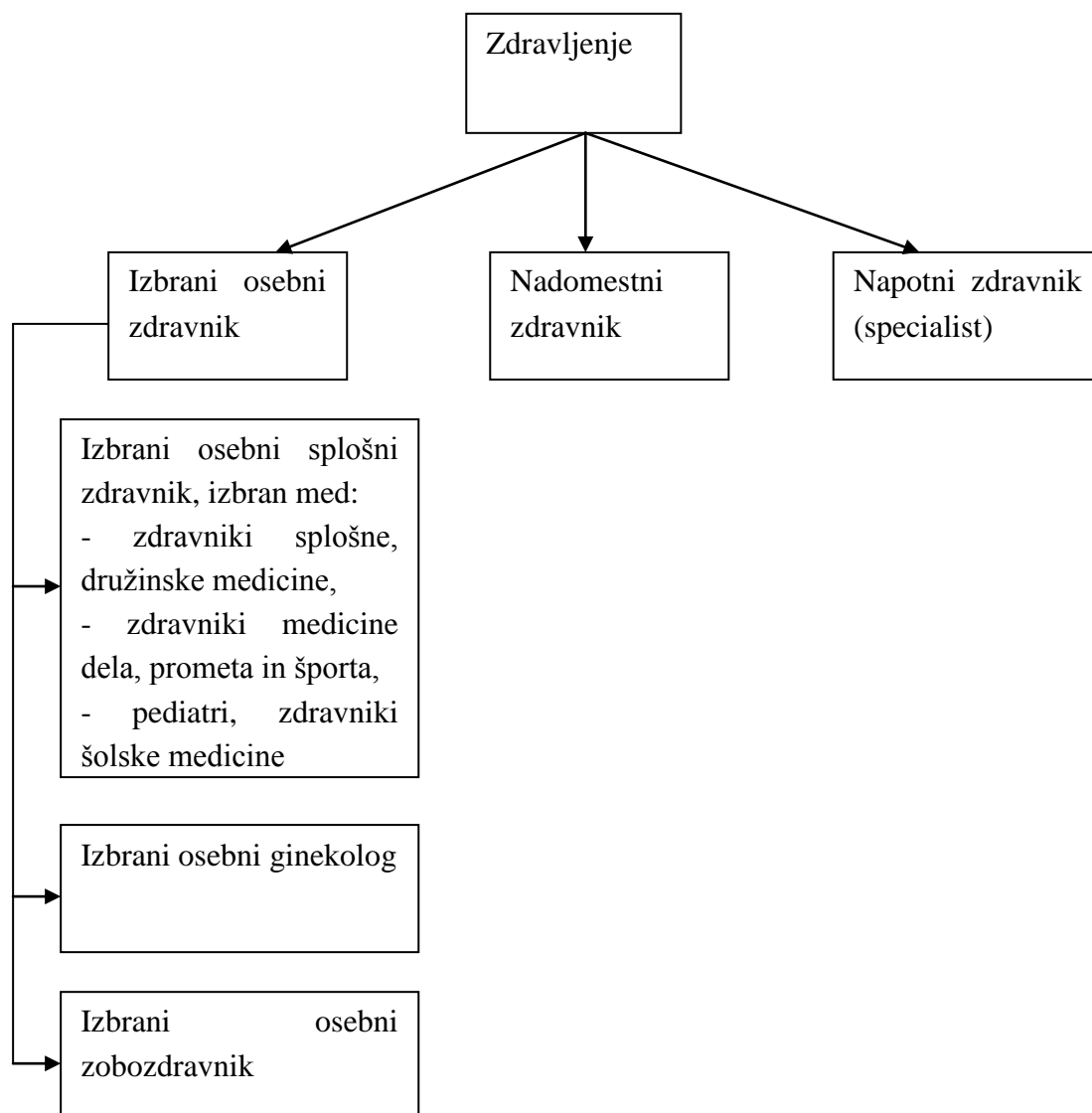
3.4.1 Koriščenje čezmejnih specialističnih ambulantnih zdravstvenih storitev

Direktiva o čezmejnem zdravljenju pomeni najpomembnejšo pravno podlago za koriščenje specialističnih ambulantnih zdravstvenih storitev v drugi državi članici. Za specialistične ambulantne zdravstvene storitve (zdravljenje, pregled, preiskave) veljajo storitve, kjer prenočitev v bolnišnici ni potrebna, zato se izvajajo v ambulantah v okviru specialistične ambulantne dejavnosti. Nasprotno pa bolnišnične zdravstvene storitve zahtevajo prenočitev v bolnišnici. Ker je napotnica podlaga za uveljavljanje specialističnih ambulantnih zdravstvenih storitev in si izvajalca skladno z direktivo lahko zavarovanci izberejo v

Sloveniji ali v sosednji državi oziroma drugi državi članici, si bomo napotnico podrobneje ogledali. Zlasti bomo opozorili na nekatere posebnosti ali zahteve, saj bo lahko le dobro informiran zavarovanec brez težav uveljavljal povračilo teh stroškov v Sloveniji (ZZZS, 2010d).

Medicinska stroka v Sloveniji razlikuje med tremi vrstami zdravnikov, ki so sovpleteni v zdravljenju: izbrani osebni zdravnik, nadomestni zdravnik in napotni zdravnik (Slika 6).

Slika 6: Vrste zdravnikov, ki si jih zavarovanci lahko izberejo



Izbrani osebni zdravnik je lahko izbrani osebni splošni zdravnik, izbrani osebni ginekolog in izbrani osebni zobozdravnik. Izbrani osebni splošni zdravnik je zdravnik, ki si ga zavarovanec v skladu s Pravili OZZ izbere za osebnega zdravnika med zdravniki splošne oziroma družinske medicine, zdravniki medicine dela, prometa in športa ali pediatri oziroma zdravniki šolske medicine. Nadomestni zdravnik je zdravnik, ki nadomešča

odsotnega izbranega osebnega zdravnika. Napotni zdravnik (v nadaljevanju specialist) je zdravnik, pri katerem zavarovanec uveljavlja pravice do storitev na podlagi napotnice. Samo napotnega zdravnika si slovenski zavarovanec lahko izbere v drugi državi članici, medtem ko si ostale lahko izbere le v Sloveniji.

Zavarovanec uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev v specialistično ambulantni zdravstveni dejavnosti v breme obveznega zavarovanja, če potrebo po njih ugotovi izbrani osebni zdravnik ali od njega pooblaščen napotni zdravnik, s predpisom napotnice (ZZZS, 2010d, str. 1–2). Pomembno je torej, da lahko zavarovanec uveljavlja zdravstvene storitve v specialistično ambulantni zdravstveni dejavnosti le na podlagi napotnice, s katero je izbrani osebni zdravnik prenesel pooblastilo oziroma napotitev zavarovanca na zdravljenje k drugemu specialistu. V Sloveniji lahko uveljavlja zavarovanec te zdravstvene storitve v breme obveznega zavarovanja samo pri izvajalcih, s katerimi ima ZZZS sklenjeno pogodbo. Skladno z evropsko sodno prakso in direktivo o čezmejnem zdravljenju pa velja, da lahko te storitve koristi tudi v državah članicah, zlasti na njihovih obmejnih področjih pri vseh izvajalcih, tudi če niso del javne zdravstvene mreže (Godina, 2011).

Na Sliki 6 vidimo vrste zdravnikov, ki jih zavarovanci lahko izberejo. Ker v okviru enega izvajalca lahko opravlja zdravstvene storitve več zdravnikov raznih strok, si lahko torej izberejo izvajalca in znotraj njega še specialista. V našem primeru, ko zavarovanec potrebuje zdravljenje v okviru specialističnih zdravstvenih storitev, si prosto izbere izvajalca specialistično ambulantne zdravstvene dejavnosti, v okviru izvajalca pa si prosto izbere tudi specialista, ki izvaja zdravstvene storitve, zaradi katerih je napoten. Ne nazadnje, upoštevajoč direktivo o čezmejnem zdravljenju, si zavarovanec lahko izbere še državo zdravljenja. Torej, zavarovanci, ki potrebujejo specialistične ambulantne zdravstvene storitve, imajo na voljo sledeči izbor: med državo zavarovanja ali sosednjo državo ali drugo državo članico, nadalje med izvajalci zdravstvenih storitev ter med specialisti (Godina, 2011).

Pri izbiri lahko izbrani osebni zdravnik zavarovani osebi svetuje in pomaga z informacijami, vendar konkretnega imena specialista na napotnico ne sme vpisati. Na napotnico mora vpisati le vrsto specialistične ambulantne dejavnosti. Lahko pa izbrani osebni zdravnik, v soglasju z zavarovancem, stopi neposredno v stik s specialistom in se v njegovem imenu dogovori za sprejem (ZZZS, 2010d, str. 3).

V Sloveniji se zavarovanec pri specialistu lahko naroči osebno ali prek telefona, elektronske pošte ali drugih telekomunikacijskih sredstev in si s tem rezervira termin v čakalnem seznamu. Toda šele po predložitvi izvirnika napotnice se uradno uvrsti v čakalni seznam. Pri uvrščanju v čakalni seznam se kot glavni prednostni kriterij upošteva ugotovljena stopnja nujnosti (nujno, hitro, redno), znotraj posamezne stopnje nujnosti pa prednostni kriteriji, ki so navedeni v navodilu (ZZZS, 2010d, str. 3–4). V kolikor se

zavarovanec ne strinja s čakalno dobo za posamezno storitev v Sloveniji, lahko storitev uveljavlja v okviru čezmejnega zdravljenja in se v čakalni seznam sploh ne vpiše.

Izbrani osebni zdravnik lahko izda napotnico, ko je opravil vse utemeljene laboratorijske, rentgenske in druge diagnostične preiskave, ki so opredeljene za primarno raven zdravstvene dejavnosti. Ob napotitvi zavarovanca na specialistično ambulantno zdravljenje je dolžan seznaniti specialista z zdravstvenim stanjem, z izvidi že opravljenih pregledov in z vsemi zdravili, ki jih zavarovanec prejema (ZZZS, 2010d, str. 5).

Specialist je pooblaščen in dolžan zavarovancu zagotoviti vse utemeljene in potrebne laboratorijske, rentgenske in druge preiskave ter vse terapevtske storitve, za katere ga je v zvezi z zdravstvenim stanjem, ki je bilo razlog za napotitev, pooblastil izbrani osebni zdravnik. Prav tako je ob pregledu v skladu s pooblastilom na napotnici dolžan predpisati na recept vsa novo uvedena, zamenjana oziroma predlagana zdravila. Če je zavarovancu izdanih več napotnic na preiskave, se zagotovijo vse ob enem obisku, razen če to ni mogoče na podlagi utemeljenih organizacijskih omejitev. Po izteku dobe, na katero se je nanašalo pooblastilo, se posreduje zbrana medicinska dokumentacija ter mnenje o nadaljnjem zdravljenju nazaj izbranemu osebnemu zdravniku (ZZZS, 2010d, str. 6).

Zavarovanec, ki je napoten na specialistično ambulantno zdravljenje, bi naj poznal vsaj bistveno vsebino in značilnosti napotnice in njenih podatkov, zato da bo lažje uveljavljal zdravstvene storitve, tako v Sloveniji, kot v drugi državi članici. Zato bomo pojasnili izpolnjevanje nekaterih rubrik oziroma njihov pomen, ki so bistveni za zavarovance. Napotnica je listina, s katero izvajalci (izbrani osebni zdravniki, nadomestni ali napotni zdravniki z ustreznim pooblastilom) napotijo zavarovanca na zdravstvene storitve specialistično ambulantne dejavnosti. Za storitve, ki jih zavarovanec uveljavlja brez napotnice pri specialistu, je obravnavan kot samoplačnik in nima pravice do povračila stroškov iz obveznega zavarovanja. V Sloveniji lahko izvajalci napotnico uporabljajo samo v okviru opravljanja specialističnih ambulantnih zdravstvenih storitev v breme obveznega zavarovanja. To pomeni, da je ne smejo uporabljati, če nudijo zavarovancu zdravstvene storitve v okviru samoplačniške ambulante. Prav tako je ne smejo uporabljati izvajalci, ki niso v javni zdravstveni mreži, ki torej z ZZZS-jem nimajo sklenjene pogodbe za izvajanje zdravstvenih storitev v breme obveznega zavarovanja. Napotnica pa se uporablja v primeru, ko zavarovanec koristi čezmejne specialistično ambulantne zdravstvene storitve v drugi državi članici, in sicer lahko tudi pri specialistu, ki ni del javne (državne) zdravstvene mreže (Godina, 2011).

Zelo važen podatek na napotnici je vsebina oziroma »obseg pooblastila«. Izbrani osebni zdravnik lahko na specialista prenese eno ali več navedenih pooblastil, kar je odvisno od zdravstvenega stanja zavarovanca, zaradi katerega se ga napotuje. Rubrika 6 – obseg pooblastila na napotnici pomeni, da izbrani osebni zdravnik (ZZZS, 2010d, str. 9):

- 1. naroči, naj opravi klinični pregled zavarovanca in poda mnenje o njegovem stanju, pri čemer izvede preiskave, ki so potrebne za oblikovanje mnenja in za predlog zdravljenja;
- 2. dovoli, da prevzame zavarovanca v zdravljenje, pri čemer mu zagotovi vse potrebne diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske storitve ter predpisuje zdravila na recept. Za predpisovanje medicinsko tehničnih pripomočkov velja pooblastilo le, če je specialist tudi pristojen za njihovo predpisovanje v breme obveznega zavarovanja. Pooblastilo se nanaša le na storitve v zvezi z opredeljeno boleznijo oziroma poškodbo;
- 3. dovoli, da poleg pooblastil iz prejšnje točke tudi po svoji presoji napoti zavarovanca na nadaljnje specialistične preglede oziroma preiskave ali na zdravljenje k drugim specialistom ali v bolnišnico. Takšna vrsta napotitve se lahko nanaša le na zdravljenje tiste bolezni ali poškodbe oziroma njenih posledic, zaradi katerih je izbrani osebni zdravnik izdal napotnico in v njej tudi podelil to pooblastilo.

Časovna veljavnost napotnice (obdobje, za katero se prenašajo pooblastila) je praviloma omejena na dobo treh mesecev, lahko pa tudi drugače. Začne teči z dnem, ko specialist sprejme zavarovanca na prvo obravnavo, to je na prvo zdravstveno storitev. V primerih, ko je zaradi zdravstvenega stanja ali kronične bolezni zavarovanca potrebno stalno sodelovanje določenega specialista ali ko je v naprej znano, da zdravljenje ne bo končano v tem času, se lahko pooblastilo prenese tudi za daljše časovno obdobje, vendar najdlje za eno leto. Po izteku veljavnosti, mora izbrani osebni zdravnik, če je potrebno, izdati novo napotnico. Nanjo ne vpiše imena specialista in tudi ne naziva izvajalca, temveč samo vrsto specialnosti (ZZZS, 2010d, str. 9). Izjema od največ enoletne veljavnosti napotnice velja le za napotitve zavarovanca na ortodontsko zdravljenje. Pri tej napotitvi v skladu z navodili, je lahko pooblastilo in s tem veljavnost časovno neomejena. Če potrebuje zavarovanec več preiskav, je potrebno za vsako preiskavo izdati svojo napotnico. Glede na vsebino napotitve se določi časovna veljavnost napotnice (ZZZS, 2010d, str. 12):

- številka 1 se označi oziroma vpiše, če se prenaša pooblastilo za enkratno zdravstveno storitev;
- številka 2 se označi oziroma vpiše, če se prenaša pooblastilo za daljše obdobje. Pri tem se na črto vpiše za koliko mesecev (na primer 3, 6, 12).

Na hrbtni strani napotnice se vpiše kratka opredelitev problema in klinično vprašanje glede diagnoze, zdravljenja in vodenja zavarovanca (kontrolne, dodatna diagnostika, predstavitev invalidski komisiji zaradi ugotavljanja invalidnosti, navodila za zavarovanca ob poslabšanju ipd.). Naštejejo se aktivni zdravstveni problemi. Vpišejo se numerični podatki za klinično pomembne izvide (pulz, dihanje, temperatura itd.). Praviloma se vpišejo numerične vrednosti z obveznim dodatkom enot, pri čemer se normalne izvide načeloma ne vpisuje numerično, ampak so le komentirani (normalna krvna slika ipd.). Vpiše se čim krajši povzetek zaključka preiskav. Za normalne izvide je načeloma dovolj, da se zapiše, da ne odstopajo od normale (na primer: gastroskopija normalna, EKG normalen itd.). Na

kratko se navede, kako je bil zavarovanec do sedaj zdravljjen, kakšen je pomen izvidov in natančno se napišejo imena uporabljenih zdravil (lahko tudi z imenom učinkovine). Nujno je potrebno navesti vse poznane alergije. Vse laboratorijske izvide izbrani osebni zdravnik priloži napotnici (ZZZS, 2010d, str. 12–14).

3.4.2 Sistem uveljavljanja povračila stroškov v primeru čezmejnega specialističnega ambulantnega zdravljenja

Direktiva o čezmejnem zdravljenju določa, da imajo zavarovanci, ki uveljavljajo pravice do čezmejnega zdravstvenega varstva, ker so koristili specialistične ambulantne zdravstvene storitve v drugi državi članici, pravico do povračila stroškov tega zdravljenja v višini, kot bi enaka storitev stala v državi, v kateri so zdravstveno zavarovani. K temu je treba dodati, da je povračilo stroškov omejeno na dejanske stroške opravljene zdravstvene storitve v tujini in ne sme priti, kot pravi Godina (2011, str. 7) »do morebitnega finančnega okoriščenja pacientov«. ZZZS je dolžan zavarovancem povrniti stroške čezmejnega specialističnega ambulantnega zdravljenja, ne glede na čakalne dobe. Poudarjamo, zaenkrat to velja za specialistične ambulantne zdravstvene storitve in ne za bolnišnične (ZZZS; 2010a). Bolnišnične zdravstvene storitve uvaja šele letos sprejeta direktiva o čezmejnem zdravljenju in bo tudi v Sloveniji potrebno še počakati na dokončno odločitev, v kolikšni meri bodo v prost pretok pacientov vključene tudi bolnišnične zdravstvene storitve.

Postopek povračila stroškov je sledeč: Zavarovanec poda zahtevek (vlogo) za povračilo stroškov čezmejnega specialistično ambulantnega zdravljenja na pristojno območno enoto ZZZS. Vloga sestoji iz predpisanega obrazca, ki mu predloži najmanj naslednje dokumente: original račun in dokazilo o plačilu, original napotnico, original recept ter v primerih, ko gre za storitve iz 196. člena Pravil OZZ, zavarovana oseba predloži tudi drugo dokumentacijo (ZZZS; 2010a).

Pristojna območna enota ZZZS preverja in ugotavlja, ali je zavarovanec uveljavljal specialistično ambulantno storitev v drugi državi članici. Če ugotovi, da je šlo za takšno storitev, povrne stroške. Ob tem pa ni pomembno, da se takšna storitev v Sloveniji morda opravlja kot bolnišnična storitev in je zato potrebno večdnevno bivanje v bolnišnici. Za povračilo stroškov se šteje znesek v višini, kot bi stala enaka storitev v Sloveniji. Toda, če pa gre za cenejšo zdravstveno storitev v drugi državi članici, potem se povrne znesek, kot je storitev dejansko stala v tisti državi. Ob tem kaže opozoriti še na to, da v primeru čezmejnega specialističnega ambulantnega zdravljenja zavarovanec ni upravičen do nobenih potnih stroškov (ZZZS, 2010a).

3.4.3 Čakalne dobe, kot dejavnik čezmejnega zdravljenja

Čakalne dobe se med izvajalci zdravstvenih storitev izjemno razlikujejo. Zavarovanci lahko, še pred izbiro ustreznega izvajalca, preverijo čakalne dobe za iskane zdravstvene storitve. Šele potem se odločijo, kje jim bodo nudili zdravstveno storitev, ki jo potrebujejo (Ilar, 2008, str. 20–21). Kot smo že povedali, imajo zavarovanci poleg zakonske pravice do proste izbire izvajalca zdravstvenih storitev v domači državi, torej v državi zavarovanja, tudi možnost izbire izvajalca v drugi državi članici, tako da uveljavljajo čezmejne zdravstvene storitve. Vzroki, da zavarovanci izberejo čezmejne zdravstvene storitve so lahko različni, ko ugotovijo (pre)dolgo čakalno dobo za iskano zdravstveno storitev v Sloveniji, ali če pričakujejo kvalitetnejše zdravstvene storitve v drugi državi članici, bližina tujega izvajalca na obmejnih področjih itd. Na spletni strani ZZZS je mogoče dostopati do štirih evidenc o čakalnih dobah (ZZZS, Čakalne dobe in ordinacijski časi, 2011):

- vpogled v čakalne dobe po izbranih zdravstvenih storitvah;
- vpogled v čakalne dobe in ordinacijske čase, ki veljajo za posameznega izvajalca zdravstvenih storitev;
- vpogled v pričakovane (dejanske) čakalne dobe po izbranih zdravstvenih storitvah;
- podrobnejša pojasnila o javno objavljenih čakalnih dobah in ordinacijskih časih z vidika spoštovanja pravic zavarovancev.

Aplikacijo o čakalnih dobah ter napotke o uporabi spletne aplikacije o dolžinah čakalnih dob v Sloveniji najdemo na spletnem naslovu http://www.ivz.si/cakalne_dobe. Mineva leto dni, odkar so izvajalci zdravstvenih storitev v Sloveniji začeli udeleževati pravilnik, ki določa najdaljše dopustne čakalne dobe za preiskave, funkcionalno diagnostiko in nenujne operacije ter način vodenja čakalnih seznamov (Ur. l. RS, št. 63/2010, Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah). Glede podatkov o čakalnih dobah in čakalnih seznamih, strokovna služba ZZZS ugotavlja, da so podatki še vedno slabi in čakalne dobe predolge, zato se bodo izvajale redne kontrole in druge aktivnosti (ZZZS, 2011b). ZZZS bo v ta namen vzpostavil redno spremljanje čakalnih dob in števila čakajočih, spremljal objave izvajalcev na njihovih spletnih straneh, do katerih imajo dostop tudi zavarovanci. V sled podatkom bo skušal prilagoditi pogodbeni program s prerazporeditvijo med programi in potrebami, ki bodo izhajali iz seznama čakajočih za posamezno storitev. Pri tem bo upošteval, da čakajočih in čakalnih dob za prve preglede nad dopustno čakalno dobo ne bo. S tovrstnimi aktivnostmi želi ZZZS v prvi vrsti zavarovancem izboljšati dostop do zdravstvenih storitev (ZZZS, 2011b).

3.4.4 Sistem mednarodne presoje izvajalcev, kot dejavnik čezmejnega zdravljenja

Tako kot lahko domači zavarovanci koristijo specialistične ambulantne zdravstvene storitve v drugi državi članici, lahko tudi tuji zavarovanci koristijo enake storitve v

Sloveniji. Gre torej za tako imenovani prost pretok pacientov. V mesecu marcu 2011 uveljavljena direktiva o čezmejnem zdravljenju, je (bo) pripomogla k temu, da se uredijo in dopolnijo pravila o pravicah zavarovancev pri koriščenju zdravstvenega varstva izven države članice zavarovanja. Ena izmed pomembnejših je zagotovo skrb za kakovost in varnost zdravstvenih storitev in pacientov. Države članice se niso odločile za enoten pristop pri uveljavljanju minimalnih oziroma usmeritvenih standardov kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev in pacientov, kar pomeni, da področje ureja vsaka zase. V Sloveniji se v ta namen uveljavlja tudi sistem mednarodne presoje – akreditacija (Simčič, 2011).

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije se je zavzelo za vzpostavitev sistema akreditacije, zlasti za bolnišnice (Simčič, 2011). Svoje usmeritve je leta 2010 zapisalo v Nacionalno strategijo kakovosti in varnosti, hkrati pa sistem mednarodne presoje vzpodbuja s finančnim vložkom v obliki začetnega kapitala, saj le ta zahteva od bolnišnice veliko dodatnih finančnih sredstev. V Nacionalni strategiji kakovosti in varnosti so opredeljeni štirje strateški cilji (Simčič, 2011):

- razvoj sistematičnega vodenja kakovosti in varnosti,
- razvoj kulture varnosti in kakovosti,
- vzpostavitev sistema izobraževanja in usposabljanja s področja kakovosti ter varnosti,
- razvoj sistemov za izboljšanje uspešnosti in učinkovitost zdravstvene oskrbe.

Zaradi odsotnosti mehanizma trga (kar smo pojasnili v prvem poglavju) je izboljšanje kakovosti opravljanja zdravstvenih storitev velik izziv, še bolj pa potreba. Model presoje poslovne uspešnosti in izkoriščenosti zmogljivosti v bolnišnicah sta pojasnila domača avtorja Došenovič Bonča in Tajnikar (2009, str. 103–126). Trdita, da se predstavljen procesni model lahko uporablja za presojo poslovne uspešnosti v bolnišnicah, ker sledi toku bolnikov, ko ti vstopajo v bolnišnico, prehajajo iz ene dejavnosti ali bolnišnice znotraj bolnišnice v drugo in izstopajo iz nje. Avtorja poudarjata, da so za kakovost zdravstvenih obravnav in varnost pacientov odgovorni vsi zaposleni v zdravstvenih ustanovah, tako medicinsko osebje kot vodstvo ustanove.

Prednosti direktive o čezmejnem zdravljenju je mogoče videti tudi v možnostih ponudbe nekaterih storitev na enotnem evropskem zdravstvenem prostoru in s tem spodbujanju konkurenčnosti med izvajalci. Izvajalce zdravstvenih storitev zanima, na kakšen način se lahko konkurenčno uveljavljajo na enotnem evropskem zdravstvenem prostoru in na kakšen način lahko privabljajo tuje zavarovance k njim na zdravljenje. Uveljavljanje ponudbe tovrstnih zdravstvenih storitev bo v precejšnji meri odvisno od samih izvajalcev zdravstvenih storitev. Slovenski izvajalci se namreč različno prilagajajo novim razmeram v luči visoko kakovostne zdravstvene oskrbe in varnosti pacientov. Zato je lahko evropski zdravstveni prostor izziv in hkrati priložnost za slovenski zdravstveni sistem, za izvajalce zdravstvenih storitev ter za slovenske zavarovance (Godina, 2011).

Vzpostavitev sistema akreditacije zdravstvenih ustanov pomeni, kot pravi Simčič (2011): »aktiven pristop k ohranjanju prepoznanih izboljšav v posameznih ustanovah ali celotnem sistemu zdravstvenega varstva ter prenos prepoznanih dobrih praks«. Postopek akreditacije, kot zunanje presoje kakovosti in varnosti zdravstvenih obravnav na podlagi mednarodnih standardov kakovosti, je uspešno opravilo že nekaj slovenskih bolnišnic. Konkurenčnost tistih slovenskih bolnišnic, ki imajo mednarodno prepoznano akreditacijo, bo s tem bistveno višja, ko bodo nastopale na enotnem evropskem zdravstvenem prostoru. S tem instrumentom bomo na eni strani zmanjšali odhod domačih pacientov v tuje zdravstvene ustanove in na drugi strani privabili več tujih pacientov. Strokovna javnost v Sloveniji meni, da se tveganje in nevarnost, da bo z uveljavitvijo čezmejnega specialističnega ambulantnega zdravljenja prišlo do prelivanja finančnih sredstev med nacionalnimi zdravstvenimi zavarovalnicami, ki lahko ogrozi finančno vzdržnost slovenskega zdravstvenega sistema, s takšnimi instrumenti zmanjšuje (Godina, 2011).

3.5 Pravica do napotitve na zdravljenje v drugo državo

3.5.1 Sistem napotitev na zdravljenje v drugo državo

Zavarovanci lahko uveljavljajo pravico do zdravljenja, pregleda ali preiskave v drugi državi tudi tako, da so tja napoteni. Pomeni, da jim nosilec zavarovanja v državi predhodno odobri zdravljenje v drugi državi. V teh primerih ZZZS v obrazložitvi odločb, s katerimi se prizna napotitev na zdravljenje, navede pravne podlage, ki temeljijo na ZZVZZ in Pravilih OZZ (135. člen).

V skladu z notranjo, nacionalno zakonodajo poznamo situacije, ko je za zavarovanca možna napotitev na zdravljenje v drugo državo. Z drugimi besedami, kot pojasnjuje Godina-Jalen (2007, str. 1–2), to pomeni, da ima zavarovanec pravico do zdravljenja v drugi državi članici oziroma do povračila stroškov teh storitev če:

- so v Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja, z zdravljenjem oziroma pregledom v drugi državi pa je utemeljeno pričakovati ozdravitev ali izboljšanje zdravstvenega stanja oziroma preprečiti nadaljnje poslabšanje;
- teh storitev v Sloveniji ni mogoče zagotoviti v zadostnem obsegu (nezadostne zmogljivosti);
- je v Sloveniji predolga čakalna doba za določeno zdravstveno storitev.

Vloga (zahteva) zavarovanca: Vlogo za odobritev zdravljenja v drugi državi (v nadaljevanju vloga) zavarovanec vloži na ZZZS, oddelek MZZ, Območne enote Ljubljana, lahko pa jo vloži tudi na ostalih območnih enotah. V skladu z določili 84. člena ZZVZZ, ki govori o pristojnosti območnih enot in Direkcije ZZZS v zvezi s postopki uveljavljanja pravice do zdravljenja v drugi državi, so na I. stopnji pristojne območne enote in Direkcija

na II. stopnji (ZZZS, 2010a). Vloga je lahko podana na obrazcu, ki je objavljen na spletni strani ZZZS, mora vsebovati vse potrebne podatke in biti razumljiva. Vlogi se priloži vsa potrebna medicinska in druga dokumentacija, ki se nanaša na zdravstveno stanje zavarovanca, zaradi katerega zahteva odobritev zdravljenja v drugi državi ter podatke o izvajalcih v Sloveniji, pri katerih se je zdravil. Vloga je potrebna tudi v primeru, ko zdravljenje predlaga klinika ali inštitut, kjer se zavarovanec zdravi (ZZZS, 2010a).

Mnenje pristojne klinike oziroma inštituta: Strokovna služba ZZZS zaprosi za pisno mnenje ustrezno kliniko ali inštitut. Pisno mnenje obsega zahtevane podatke v skladu z Organizacijskim navodilom o načinu dela na področju uveljavljanja pravice do zdravljenja v tujini (ZZZS, 2010b). Številni podatki iz pisnega mnenja so sestavni del odločbe, ki jo prejme v odgovor zavarovanec. Tukaj kaže opozoriti še na prvi kontrolni pregled. V kolikor izvajalec v drugi državi predlaga in meni, da je potrebno prvi kontrolni pregled opraviti pri njem, mora biti to razvidno iz dokumentacije (na primer iz odpustnega pisma), biti pa mora nedvoumno zapisano tudi v odločbi. V kolikor predhodno ni dogovora o kontrolnem pregledu, strošek prvega kontrolnega pregleda ne krije ZZZS, temveč zavarovanec sam. Za vse morebitne nadaljnje preglede v drugi državi po opravljenem zdravljenju je potrebno izpeljati v celoti ponoven postopek za odobritev zdravljenja v drugi državi (ZZZS, 2010b).

Odločba za napotitev na zdravljenje v drugo državo: Izbrani zdravnik ZZZS na podlagi zdravstvene in druge dokumentacije, mnenja klinike oziroma inštituta ter morebitnega pregleda zavarovanca odloči o utemeljenosti predlaganega zdravljenja v drugi državi. V primeru odločitve, da je zavarovanec upravičen, v odločbi opredeli vsaj sledeče (ZZZS, 2010a):

- naziv in naslov izvajalca v tujini in državo, v kateri bo potekalo zdravljenje;
- datum oziroma obdobje zdravljenja, če pa datum zdravljenja ni znan, pa opredeli rok, v katerem se odobreno zdravljenje lahko opravi;
- obseg zdravstvenih storitev (na primer pravica do večkratnega zdravljenja);
- ali ima zavarovanec pravico do spremstva in če ima, kdaj (v času potovanja in nazaj, le za čas potovanja na zdravljenje, med zdravljenjem ...);
- vrsto prevoza na zdravljenje in nazaj;
- ali ima zavarovanec in morebitni spremljevalec pravico do povračila potnih stroškov v skladu s Pravili OZZ;
- način plačila stroškov opravljenega zdravljenja (listina, potrdilo ...);
- način kritja stroškov zdravljenja (v celoti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ali iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja).

Način plačila stroškov zdravljenja v tujini: Tuji izvajalci zaračunajo stroške zdravstvenih storitev po cenah, določenih s pogodbo z njihovo zavarovalnico. Načini in pogoji plačila

stroškov pri izvajalcu v tujini so predhodno dogovorjeni med ZZZS in izvajalcem. Za prevzem stroškov odobrenega zdravljenja v drugi državi, pristojna območna enota ZZZS izda zavarovancu ustrezno listino (ZZZS, 2010b, 14, 19. člen):

- obrazec E 112 SI oziroma S2 (če gre za izvajalca na območju EU, EGP ter Švice),
- obrazec SLO/HR 4, SI/RM 4, SI/BIH 4 (če gre za izvajalca na območju R Hrvaške, R Makedonije in Bosne in Hercegovine itd.).

Godina (2011, str. 7) navaja situacijo, ko zavarovanec meni, da gre v državi zavarovanja za predolgo čakalno dobo, glede na njegovo zdravstveno stanje in prihodnji razvoj bolezni, zato zaprosi za odobritev načrtovanega zdravljenja v drugi državi članici. Nacionalna zdravstvena zavarovalnica odloča na podlagi Uredbe (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29.04.2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (UL L 166, 30.04.2004). Če je to zdravljenje zavrnjeno, ker je ugotovljeno, da bi zavarovanec v ustreznem času lahko prejel potrebno zdravljenje v državi zavarovanja, pa lahko zavarovanec izkoristi še eno možnost, to je uveljavlja pravico do čezmejnega zdravljenja v skladu z direktivo 2011/24/EU. Direktiva o čezmejnem zdravljenju daje možnost, da se posamezni zavarovanci lahko odločijo, kje bodo uveljavljali zdravstvene storitve, ali v državi zavarovanja ali v drugi državi članici. Ob tem pa morajo upoštevati posebnosti nacionalnega sistema države, v kateri so zavarovani. Kajti država članica, v kateri so ti zavarovanci vključeni v zavarovanje, lahko povrne stroške v višini, kot bi takšna storitev stala v tej državi, vendar ne več kot je storitev dejansko stala v tujini. Kot drugo, kar morajo zavarovanci upoštevati iz nacionalne zakonodaje, je predpisana obvezna predhodna odobritev. To pomeni, da v kolikor gre za predpisano zdravstveno storitev, ki se lahko uveljavlja v tujini le na podlagi predhodne odobritve, povračilo stroškov takšne storitve v tujini ne bo možno uveljavljati. V kolikor ni nobenega od omenjenih zadržkov, lahko zavarovanci uveljavljajo povračilo stroškov zdravljenja v skladu s cenami storitev, ki veljajo v državi zavarovanja. Godina (2011, str. 8) navaja tri primere, ko nacionalni sistem lahko uvede predhodno odobritev za zdravljenje v drugi državi članici:

- za zdravljenje, ki poteka v bolnišnici vsaj za eno noč;
- za visoko specializirano in drago medicinsko infrastrukturo ali opremo (tudi če gre za ambulantne storitve);
- v primerih, ki so v povezavi z ogroženo kakovostjo in varnostjo zdravljenja v tujini.

3.5.2 Tuji zavarovanci, napoteni na zdravljenje v Slovenijo

Tuji zavarovanci lahko uveljavljajo v Sloveniji ne le nujne in potrebne zdravstvene storitve, temveč tudi načrtovane zdravstvene storitve. Tuji zavarovanci načrtovano zdravljenje uveljavljajo s predpisanimi obrazci oziroma listinami. Mednje sodi potrdilo »Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev za tujega zavarovanca in njegove družinske

člane«, ki ga izda območna enota ZZZS, pristojna po kraju začasnega prebivališča bivanja tuje osebe. Lahko pa že uveljavljajo zdravljenje na podlagi dokazila o zavarovanju, ki jim ga izda država, v kateri je tuja oseba zavarovana. To so dvojezični obrazci HR/SLO 4, RM/SI 4, BIH/SI 4, SRB/SI 4, MNE/SI 4, ter obrazec E112. Slovenski izvajalci so dolžni zagotoviti zdravstvene storitve na način in v skladu s postopki, ki veljajo za slovenske zavarovance, vključno s čakalnimi dobami in storitve obračunati v skladu s pogodbenimi cenami ter doplačilom razlike do polne vrednosti za tiste zdravstvene storitve, ki niso v celoti zagotovljene z obveznim zdravstvenim zavarovanjem. Izvajalci nikakor ne smejo zaračunati stroškov zdravstvenih storitev po drugačnem (na primer samoplačniškem) ceniku (ZZZZ, 2008).

Za Makedonijo velja posebnost. V zakonodaji Republike Makedonije velja pravilo, da morajo zavarovanci sami stopiti v stik z posameznimi izvajalci v državi, v kateri želijo uveljaviti načrtovane zdravstvene storitve ter si sami priskrbeti predračun za zdravstvene storitve. Tako pridobljen predračun je podlaga za morebitno odobritev zdravljenja s strani države Makedonije (ZZZZ, 2008).

3.6 Uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev med začasnim ali stalnim bivanjem na območju druge države

Postopek uveljavljanja pravice do zdravstvenih storitev v drugi državi je odvisen od tega, v kateri državi zavarovanec potrebuje zdravstvene storitve. Upoštevajoč slednje lahko države delimo na tri velike skupine držav (Tabela 4):

- na države članice EU in EGP ter Švice, kjer velja evropski pravni red;
- na države, s katerimi ima Slovenija sklenjene meddržavne sporazume o socialni varnosti;
- ter na ostale države sveta, s katerimi Slovenija ni sklenila meddržavnih sporazumov, in je treba zdravstvene storitve plačati.

V Tabeli 4 je opis značilnosti posamezne države glede sistema zdravstvenega varstva in možnosti uveljavljanja zdravstvenih storitev v primeru, če jih med potovanjem zavarovanec potrebuje. Tabela prikazuje, da lahko na podlagi EU KZZ ali certifikata zavarovanci uveljavljajo zdravstvene storitve v državah EU, EGP in Švice. Prav tako vidimo, da lahko zavarovanci z EU KZZ ali certifikatom in spremnim dopisom uveljavljajo zdravstvene storitve na Hrvaškem, v Makedoniji, Srbiji in Črni Gori. Le za Bosno in Hercegovino velja, da zavarovanci potrebujejo konvencijsko potrdilo. Posebnost predstavlja sporazum z Avstralijo, ki ureja področje zdravstva le v primeru začasnega bivanja v drugi državi.

Tabela 4: Pregled držav in njihovih posebnosti za slovenske zavarovance

Vrsta	Države, v katere zavarovanci potujejo	Osnova za zdravstveno zavarovanje	Kaj je treba urediti pred odhodom v drugo državo?	Uresničevanje zdravstvenega zavarovanja v tujini
1	Države Evropske unije: Avstrija, Belgija, Bolgarija, Ciper, Češka, Danska, Estonija, Finska, Francija, Grčija, Irska, Italija, Latvija, Litva, Luksemburg, Madžarska, Malta, Nemčija, Nizozemska, Poljska, Portugalska, Romunija, Slovaška, Španija, Švedska, Velika Britanija in Severna Irska	Evropski pravni red, Uredba (ES) št. 883/04, Uredba (ES) št. 987/09.	Pred odhodom si je potrebno priskrbeti EVROPSKO KARTICO ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA (EU KZZ) . Začasno velja tudi certifikat.	Z EU KZZ se lahko uveljavljajo nujne oziroma potrebne zdravstvene storitve, in sicer neposredno pri zdravnikih in zdravstvenih ustanovah, ki so del javne (državne) zdravstvene mreže.
	Države Evropskega gospodarskega prostora: Islandija, Lichtenstein, Norveška	Evropski pravni red, Uredba (EGS)št.1408/71, Uredba (EGS)št.574/72.		
	Švica			
2	Hrvaška, Makedonija, Srbija, Črna gora (od 01. 01. 2012 dalje)	Meddžavni sporazum o socialnem zavarovanju (konvencija).	Pred odhodom si je potrebno priskrbeti EU KZZ in spremni dopis k EU KZZ. Začasno velja tudi certifikat.	Z EU KZZ in spremnim dopisom se lahko uveljavljajo pravice do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči, in sicer neposredno pri zdravnikih in zdravstvenih ustanovah, ki so del javne (državne) zdravstvene mreže.
	Bosna in Hercegovina	Meddžavni sporazum o socialnem zavarovanju (konvencija).	Pred odhodom si je potrebno priskrbeti KONVENCIJSKO POTRDILO .	S konvencijskim potrdilom se uveljavljajo pravice do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči, in sicer praviloma brez plačila pri zdravnikih in zdravstvenih ustanovah, ki so del javne (državne) zdravstvene mreže.
	Avstralija	Meddžavni sporazum o socialnem zavarovanju (konvencija). Velja samo za začasno bivanje.	EU KZZ in potni list kot identifikacijski dokument	Stroške za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč med začasnim bivanjem v Avstraliji slovenski zavarovanci praviloma plačajo sami. Zavarovanci morajo v takšnem primeru pred povratkom zahtevati povračilo stroškov v Avstraliji, pri najbližji poslovalnici Medicare.
3	Ostale države: ZDA, Kanada ...	Stroške za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč osebe plačajo same. Nato pa jim ZZS ob vrnitvi domov na osnovi predložene dokumentacije v upravičenih primerih le te povrne. Povrnitev stroškov je v višini povprečne cene teh storitev v Sloveniji.		

Vir: Prirejeno po ZZS, Kaj je dobro vedeti o zdravstvenem zavarovanju pred odhodom v tujino, 2010c.

Praviloma izvajalci v Avstraliji zaračunajo zdravstvene storitve, ki jih slovenski zavarovanci morajo plačati. Stroške jim pa lahko povrne le poslovalnica Medicare v Avstraliji. Pomeni, da slovenski zavarovanci lahko uveljavljajo povračilo zgolj pred povratkom v domovino. Za tuje zavarovance iz Avstralije je nekoliko lažje, saj slovenski izvajalci praviloma zaračunajo nujne zdravstvene storitve v breme ZZZS, v kolikor tuja zavarovana oseba predloži dokazilo o zavarovanju, to je kartica Medicare.

Zdravstvene storitve velja koristiti v javni zdravstveni mreži namesto pri zasebnih izvajalcih, kjer so (praviloma) cene pri slednjih nekoliko višje. V kolikor se slovenski zavarovanec kljub vsemu odloči za zasebnega izvajalca (v prvih dveh skupinah držav), ne bo upravičen do višine stroškov računa, temveč do cene, ki jo prizna tuja zdravstvena zavarovalnica v kraju, kjer so bile storitve opravljene. Avstralija je izjema, ker slovenski zavarovanec lahko zahteva povrnitev stroškov le v Avstraliji. V kolikor zavarovanec koristi zdravljenje v tretji skupini držav, pa bo upravičen do povračila stroškov v višini povprečne cene teh storitev v Sloveniji (ZZZS, 2010c).

Tabela 4 razločuje tudi vrsto zdravstvenih storitev. Za prvo skupino držav velja, da lahko pri njih zavarovanci koristijo nujne oziroma »zdravstvene storitve, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč naravo storitev in pričakovano dolžino bivanja v drugi državi članici« (ZZZS, 2010c). Za drugo in tretjo skupino držav velja, da lahko pri njih zavarovanci koristijo nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč, ki »pomeni vse tiste vrste zdravstvenih storitev, ki jih ni mogoče odložiti, ne da bi bilo ogroženo življenje ali zdravje zavarovane osebe« (ZZZS, 2010c). V praksi se zaradi omenjenega razločevanja pogosto pojavljajo problemi razumevanja pojmov »nujne zdravstvene storitve« in »potrebne zdravstvene storitve«. Zato ZZZS obravnava vloge za povračilo stroškov zdravstvenih storitev upoštevajoč zlasti mnenja strokovnjakov medicinske stroke.

3.6.1 Uveljavljanje zdravljenja v državah, za katere velja evropski pravni red

Med določenimi pravicami iz področja čezmejnega zdravljenja se najpogosteje uveljavljajo pravice do nujnih oziroma potrebnih zdravstvenih storitev v drugi državi članici. V ta namen sta pomembni dve uredbi: Uredba Sveta Evrope (EGS) 1408/71 o koordinaciji sistemov socialne varnosti za zaposlene osebe in njihove družinske člane, ki se gibljejo v Skupnosti (UL L 149, 05.07.1971); ter Uredba (EGS) 574/72 (UL L 74, 27.03.1972); ki še vedno velja za države EGP in Švico. Od 01.05.2010 dalje pa za države članice EU na področju socialne varnosti veljata novi uredbi: Uredba (ES) št. 883/2004 (UL L 166/2004) ter uredba (ES) št. 987/2009 (UL L 284/2009). Novi uredbi sta nadomestili Uredbo (EGS) št. 1408/71 in Uredbo (EGS) št. 574/72.

Na podlagi EU KZZ ali certifikata lahko zavarovanec med začasnim bivanjem v drugih državah članicah uveljavlja nujne oziroma potrebne zdravstvene storitve, in sicer pri

zdravnikov ali zdravstvenih ustanovah, ki so del javne, državne zdravstvene mreže. Obseg in vrsto zdravstvenih storitev opredeli izvajalec, ki sprejme zavarovanca na zdravljenje, pri čemer je ključnega pomena opredelitev pričakovane dolžine bivanja v tujini, saj je zavarovanec, ki dalj časa biva v določeni državi (na primer študentje na študiju v tujini, delavci na delu v tujini, iskalci zaposlitve), upravičen do večjega obsega pravic kot oseba, ki biva v določeni državi krajši čas (na primer zavarovance na službenem ali zasebnem potovanju. Ob tem velja, da se zdravstvene storitve nudijo skladno s predpisi države, kjer se storitev opravlja, kar pomeni tudi, da bo potrebno doplačilo, če velja doplačilo za njihove domače zavarovance (ZZZS, 2007b, str. 1). Ker je način uveljavljanja zdravstvenih storitev v vsaki posamezni državi nekoliko drugačen, se je o tem koristno pred samim odhodom pozanimati.

Nadalje pojasnjuje ZZZS (2007b), da so zavarovancem, ki stalno prebivajo v drugi državi članici EU, EGP in Švici, zagotovljene pravice do koriščenja zdravstvenih storitev v obsegu obveznega zdravstvenega zavarovanja, in sicer po predpisih, ki veljajo v teh državah. Pravice do zdravstvenih storitev uveljavljajo na podlagi dokazil o zavarovanju (EU KZZ ali certifikata).

Z EU KZZ ali certifikatom uveljavljajo tuje zavarovane osebe, kadar zahteva zdravstveno stanje, potrebne zdravstvene storitve. Temeljni kriteriji za presojo potrebnih zdravstvenih storitev so (ZZZS, b.l.):

- Da je do poslabšanja zdravstvenega stanja prišlo v Sloveniji in je potrebno nujno zdravljenje oziroma nujna medicinska pomoč.
- Upoštevati je potrebno trajanje začasnega bivanja v Sloveniji in pri tem zdravnik oceni, katere storitve so potrebne pred nameravano vrnitvijo tuje osebe v svojo državo. Če gre za osebe, ki dalj časa ostanejo v Sloveniji, jim bo potrebno zagotoviti tudi dolgotrajnejše preiskave.

Izvajalec zdravstvenih storitev, pri katerem se tuja oseba zdravi, na podlagi podatkov iz EU KZZ ali certifikata izpolni posebni obrazec in ga pošlje na pristojno območno enoto ZZZS skupaj z obračunanimi storitvami. V kolikor tuj zavarovanec v skladu z evropskim pravnim redom nima dokazila o zavarovanju, mora sam plačati stroške zdravstvenih storitev. Izjemoma, ko gre za bolnišnično zdravljenje, lahko pristojna območna enota ZZZS zaprosi tujega nosilca zavarovanja za naknadno izdajo dokazila o zavarovanju. Za pridobitev dokazila o zavarovanju je pomembno, da bolnišnica takoj ob sprejemu tujega zavarovanca na bolnišnično zdravljenje obvesti območno enoto ZZZS, z navedbo vseh zahtevanih podatkov (ime in priimek osebe, datum rojstva, naslov v tujini, po možnosti podatke o nosilcu zavarovanja, pri katerem je oseba zavarovana). Le vsi zahtevani in predloženi podatki zagotavljajo možnost pridobitve dokazila o zavarovanju in s tem plačila stroškov v breme ZZZS. V nasprotnem primeru je, kot smo že dejali, tuj zavarovanec sam plačnik zdravstvenih storitev (ZZZS, b.l.).

3.6.2 Uveljavljanje zdravljenja v državah, kjer veljajo meddržavni sporazumi

Področje urejajo meddržavne pogodbe o socialnem zavarovanju oziroma sporazumi in administrativni dogovori o izvajanju sporazuma, ki se objavijo v Uradnem listu Republike Slovenije. Posamezni sporazum med drugim ureja uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev za zavarovance ene države pogodbenice med začasnim ali stalnim bivanjem na območju druge države pogodbenice, to je obseg pravic do zdravstvenih storitev ter postopke in načine uveljavljanja teh pravic. Novost na področju meddržavnih sporazumov je, da je od 01.01.2012 podpisan Meddržavni sporazum med Republiko Slovenijo in Črno goro, ki ureja tudi področje zdravstvenega zavarovanja (glej Tabela 4). V kolikor koristijo slovenski zavarovanci med začasnim bivanjem zdravstvene storitve na Hrvaškem, v Makedoniji, Bosni in Hercegovini, Srbiji, Črni gori ter Avstraliji, so le ti upravičeni do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči po predpisih posamezne države zdravljenja. V kolikor pa zavarovanci stalno prebivajo v drugi državi pogodbenici (razen v Avstraliji), so jim tam zagotovljene pravice do zdravljenja v obsegu obveznega zdravstvenega zavarovanja, vendar v skladu s predpisi države pogodbenice. ZZZS jim za uveljavljanje pravic izda poseben obrazec (ZZZS, 2007b, str. 2).

Tuji zavarovanci lahko v Sloveniji uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev praviloma na podlagi potrdila »Potrdila o pravici do zdravstvenih storitev za tujega zavarovanca in njegove družinske članke«, ki ga izda območna enota ZZZS, ko tuji zavarovanec predloži dokazilo o zavarovanju. Na potrdilu je določen obseg pravic oziroma v večini primerov imajo te osebe in njihovi družinski člani pravico do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči. Dokazila o zavarovanju so dvojezični obrazci. Kadar je tuj zavarovanec brez dokazila o zavarovanju, je dana možnost naknadne izdaje potrdila, vendar le v primeru bolnišničnega zdravljenja, pa še to izjemoma. Dokazilo o zavarovanju mora območna enota dobiti do konca bolnišničnega zdravljenja, sicer je tuj zavarovanec sam plačnik stroškov zdravljenja (ZZZS, b.l., str. 5). Za razliko od ostalih sporazumov o socialnem zavarovanju, ki jih je sklenila Republika Slovenija, se Sporazum o zagotavljanju zdravstvenega varstva med Vlado Republike Slovenije in Vlado Avstralije uporablja le za zavarovance ene države pogodbenice, ki so začasno na ozemlju druge države pogodbenice. Sporazum torej ne zagotavlja zdravstvenega zavarovanja oziroma uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev med stalnim bivanjem v drugi državi pogodbenici. V Avstraliji bo praviloma pri izvajalcih zdravstvenih storitev, kljub predložitvi evropske kartice zdravstvenega zavarovanja in potnega lista, potrebno storitev nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči plačati. V takem primeru je potrebno pred povratkom v Slovenijo zahtevati povračilo stroškov v Avstraliji pri najbližji poslovalnici MEDICARE, ob predložitvi dokumentacije, kot je EU KZZ, potni list ter originalni račun. Medicare poslovalnice se nahajajo v vseh večjih mestih in nakupovalnih središčih. Povračila stroškov za zdravstvene storitve, plačane v Avstraliji, ni mogoče uveljavljati v Sloveniji (ZZZS, b.l.).

3.6.3 Uveljavljanje zdravljenja v drugih državah sveta

V državah, kot sta ZDA, Kanada itd. je potrebno zdravstvene storitve plačati, nato pa se lahko zaprosi za povračilo stroškov pri območni enoti ali izpostavi ZZZS, pri čemer je zavarovanec upravičen do povračila le za nujne zdravstvene storitve, v višini dejanskih stroškov, vendar ne več, kot je določena povprečna cena teh storitve v Sloveniji. V primeru plačila računa zavarovanec predloži na ZZZS vlogo za povračilo stroškov, kateri predloži originalni račun in dokazilo o plačilu računa, medicinsko dokumentacijo (izvid zdravnika, odpustno pismo bolnice), originalni recept za zdravila itd. Na podlagi tega ZZZS ugotavlja upravičenost do povračila stroškov ter lahko povrne stroške v celoti ali delno v okviru povprečne cene teh storitev v Sloveniji. Za čas bivanja v teh državah lahko zavarovanci sklenejo komercialno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini, s čimer se lahko izognejo nepotrebni stroškom ali morebitnim postopkovnim zapletom (ZZZS, 2010c).

4 ANALIZA PRIMEROV POVRAČIL STROŠKOV ČEZMEJNEGA SPECIALISTIČNEGA AMBULANTNEGA ZDRAVLJENJA

Podrobnejši podatki, ki smo jih lahko pridobili in analizirali, so iz leta 2011, ko je bila sprejeta direktiva o čezmejnem zdravljenju. Raziskovali smo, ali so bili zavarovancem povrnjeni vsi stroški, ki so jih imeli pri koriščenju čezmejnih specialističnih ambulantnih zdravstvenih storitev, in tudi, katere storitve so bile cenejše od enakih storitev v Sloveniji. Prav tako nas je zanimalo, v katerih sosednjih državah oziroma v državah članicah EU so slovenski zavarovanci uveljavljali čezmejne specialistične ambulantne zdravstvene storitve in koliko vlog za povračilo stroškov je ZZZS zavrnil.

4.1 Omejitve pri zbiranju podatkov

Pri zbiranju podatkov smo naleteli na naslednje ovire in omejitve: ZZZS svojo dejavnost izvaja na sedežu v Ljubljani ter po območnih enotah in izpostavah, kjer povsod lahko zavarovanci vlagajo svoje vloge za povračilo stroškov. Obdelava in odločanje v postopkih povračil stroškov je v pristojnosti dveh različnih oddelkov, odvisno od velikosti območne enote (oddelek za mednarodno zdravstveno zavarovanje ali oddelek za obvezno zdravstveno zavarovanje). Takšna razpršenost se kaže v neenotni obdelavi vlog in njihovem odločanju. Vloge so kompleksne, od primera do primera različne, zato jih je oteženo obdelovati. Pri obdelovanju vlog je težavno iskanje vzporednice v cenah za enake storitve v Sloveniji, kjer je pogosto potrebno še obsežno medicinsko znanje in poznavanje načinov zdravljenja. S podrobnimi podatki o posamezni vlogi zato razpolaga zgolj določeni odgovorni delavec na oddelku posamezne območne enote. Prav tako je prisotno neenotno zbiranje in evidentiranje povračil stroškov čezmejnega zdravljenja znotraj dveh

različnih oddelkov. ZZZS tudi nima vzpostavljene ločene in enolične ter z računalniško aplikacijo podprte evidence povrnitve stroškov tovrstnih zdravstvenih storitev. Zato podatkov ni možno pridobiti iz računalniških aplikacij ZZZS, temveč z ročno evidenco in ročnim iskanjem podatkov in primerov. Zbrani podatki, kot sem jih pridobila za raziskovalno obdobje v letu 2011 kažejo na to, da je njihovo evidentiranje in zbiranje ne samo zamudno, temveč še bolj vprašljive kvalitete in otežuje primerjavo. Ne glede na omenjeno, pa jim velja posvetiti pozornost, zato da lahko problem stroškov povračil čezmejnega specialističnega ambulantnega zdravljenja še nadalje presojamo.

Naslednja omejitev je tudi obdobje, ki ga raziskujemo. Prvi okvirni podatki so šele iz leta 2010. Za leto 2011 velja opozoriti, da so na voljo podatki za obdobje spremljanja od 01.01. – 31.05.2011. ZZZS bo ponovno zbiral podatke (za drugo polletje leta 2011) šele po zaključku leta 2011.

4.2 Povračila stroškov od leta 2006 do 2009

V gradivu za novinarje (ZZZS, 2007a) je zapisano, da je ZZZS v letu 2006 zaradi domnevno predolgih čakalnih dob prejel 18 vlog za odobritev zdravljenja v tujini oziroma za povračilo stroškov opravljenih storitev v tujini. V vseh 18 primerih je ZZZS vloge zavrnil, kot navaja » V nobenem od teh primerov pa zdravljenje oziroma povračilo stroškov ni bilo utemeljeno in odobreno«. Za leto 2007, 2008 in 2009 nimamo podatka o povračilih za čezmejno specialistično ambulantno zdravljenje.

4.3 Povračila stroškov v letu 2010

V evidencah ZZZS lahko najdemo podatke o številu primerov povračil stroškov čezmejnega specialističnega ambulantnega zdravljenja šele v letu 2010 (Tabela 5).

Tabela 5: Število primerov povračil stroškov za čezmejno specialistično ambulantno zdravljenje v letu 2010

Čezmejno zdravljenje: vrste zdravstvenih storitev (leto 2010)	Število primerov z nižjo ceno kot v Sloveniji	Število primerov z višjo ceno kot v Sloveniji	Skupaj primeri
Operacije kosti na nogi	4		4
MR (magnetna resonanca)	10	2	12
Okulistika		1	1
Scintigrafija		1	1
Skupaj	14	4	18

Podatki so interni. Zbrala jih je Eva Godina in sem jih pridobila 08.06.2011. Podatki ne vključujejo stroškovne vrednosti storitev, niti države, v katerih so bile storitve opravljene. Kot kaže Tabela 5, so najštevilnejše storitve magnetne resonance (12 primerov) in operacije kosti na nogi (4 primeri). Pri slednji storitvi oziroma posegu je zanimivo dejstvo, da je v Sloveniji tak poseg bolnišnični, pri katerem pacientka ostane v bolnišnici, medtem ko v Avstriji (kot imamo podatek), traja manj kot en dan, zaradi česar spada med specialistične ambulantne zdravstvene storitve.

4.4 Analiza primerov povračil stroškov v letu 2011

ZZZS razpolaga s podatki o koriščenju čezmejnega specialističnega ambulantnega zdravljenja za obdobje od 01.01. – 31.05.2011, ki jih je zbrala Eva Godina, dne 22.06.2011. Podatke so ji posredovali posamezni referenti, odgovorni po območnih enotah za povračila stroškov. Zbiranje podatkov je bilo prepuščeno iznajdljivosti in znanju referentov, necelovito, zaradi česar so podatki nepopolni, težko primerljivi in včasih tudi nepregledni. Za analizo sem jih skušala zbrati v tabelaričnih prikazih, s pomočjo katerih lahko vidimo, katere zdravstvene storitve so koristili zavarovanci, po kakšni ceni in v kateri državi so določene zdravstvene storitve cenejše od enakih storitev v Sloveniji.

Po podatkih (Tabela 6) v prvih petih mesecih leta 2011 je 35 zavarovancev koristilo čezmejne specialistične ambulantne zdravstvene storitve, od tega pa je le 30 zavarovancev uspelo uveljaviti povračilo stroškov (v celoti ali delno do višine cene v Sloveniji). 2 vloge za povračilo stroškov je ZZZS zavrnil, 3 vloge pa so bile še v postopku reševanja. Najpogostejši razlog za zavrnitev je bila manjkajoča napotnica. Storitve magnetne resonance (MR) so bile najbolj iskane (24 primerov). Cenovna primerjava in s tem stroškovno ugodna ali manj ugodna povrnitev stroškov teh storitev za zavarovance bo prikazana v naslednjih tabelah. Če si pogledamo še krajevno razdelitev, vidimo, da se je 10 zavarovancev (največ) iz OE Koper odločilo za čezmejno specialistično ambulantno zdravljenje v Italiji, kar kaže razumeti upoštevajoč, da številni ljudje govorijo oba jezika (slovensko in italijansko) in jim tuj jezik ni ovira za uspešno sporazumevanje. OE Ljubljana, ki ni obmejna regija, je po številu primerov na drugem mestu, kar me je nekoliko presenetilo. Verjetno so izbrali čezmejno zdravljenje tisti zavarovanci, ki so osveščeni in jim tuj jezik ne pomeni ovire. Glede na obmejno področje, ki ga pokrivata območni enoti Maribor in Murska Sobota, bi pričakovala, da bo več zavarovancev koristilo čezmejne specialistične ambulantne zdravstvene storitve.

Skupna vrednost 30 primerov vlog povračil stroškov čezmejnega specialističnega ambulantnega zdravljenja v raziskovalnem obdobju, povrnjena s strani ZZZS znaša 9.515,23 €. Razložili bomo še nekaj dodatnih pojavnosti k tabelam, ki sledijo in ki kažejo cenovno primerjavo med opravljenimi zdravstvenimi storitvami v drugih državah v primerjavi s cenami za enake storitve v Sloveniji v valuti €. Za vsak primer ali vlogo od

zavarovanca, ki je koristil zdravstvene storitve v tujini, je prikazana cenovna primerjava zdravstvene storitve. V posameznih tabelah so razvrščeni zavarovanci glede na to, na katere območne enote so poslali vloge za povračilo stroškov. V Sloveniji se zdravstvene storitve krijejo iz deleža obveznega in deleža prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, skladno z ZZZVZZ in Pravili OZZ. Zato v nadaljnjih tabelah upoštevamo delež obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki je pri vseh zdravstvenih storitvah v raziskavi 85 %.

Tabela 6: Prikaz števila primerov povračil v obdobju 01.01. – 31.05.2011

Obdobje: 01.01. – 31.05.2011	Območne enote ZZZS (število primerov povračil stroškov)										
	Novo mesto	Maribor	Kranj	Ljubljana	Ravne na Koroškem	Krško	Nova Gorica	Koper	Murska Sobota	Celje	Skupaj
Vrsta specialističnega ambulantnega zdravljenja											
Operacija žil		1								1	2
Zdravljenje ulkusa (razjeda) na nogi										1	1
Ortoped				1							1
Nevrološke preiskave		1									1
MR hrbtenice, zapestja, kolena, skeleta kolka artrografija, ramena, gležnja, trebušnih organov			2	5	4		3	10			24
CT, pregled pri onkologu									1		1
Število primerov povrnitve stroškov	0	2	2	6	4	0	3	10	1	2	30
Število vlog v reševanju							3				3
Število zavrnjenih vlog		1	1								2
Skupaj število primerov	0	3	3	6	4	0	6	10	1	2	35

Stolpec »Cena zdrav. storitve € v Sloveniji« pomeni celotno vrednost zdravstvene storitve v Sloveniji v skladu s cenikom ZZZS. Stolpec »Razlika« pomeni, kolikšna je tista vrednost zdravstvene storitve, ki je razlika med cenikom ZZZS in original računom iz tujine. Če je pozitivna razlika pomeni, da je cena zdravstvene storitve v Sloveniji višja, zato je ZZZS v povračilu upošteval dejanske stroške računa, kot jih je imel zavarovanec in povrnil stroške v celoti. Negativne razlike so v primerih, ko so cene v drugih državah članicah višje od enakih zdravstvenih storitev v Sloveniji in so zato zavarovanci imeli stroške, ki jih ZZZS ni povrnil. Naslednji stolpec »Povračilo zavarovancu (85 % OZZ)« pa prikazuje zgolj tisto vrednost, ki jo povrne ZZZS, ki gre torej v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Za ostali del, ki znaša 15 %, mora zavarovanec poslati vlogo za povračilo stroškov čezmejnega specialističnega ambulantnega zdravljenja prostovoljni zdravstveni

zavarovalnici, pri kateri ima sklenjeno prostovoljno zdravstveno zavarovanje. V kolikor je v tabelah oznaka »v celoti«, to pomeni, da se zavarovancu lahko povrnejo dejanski stroški v višini računa tujega izvajalca in sicer v deležu iz obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Oznaka »delno« pa pomeni, da se zavarovancu ne povrnejo stroški v celoti, ampak samo do višine cene storitev v Sloveniji, upoštevajoč deleža iz obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

Tabela 7: Primeri zdravljenja v Avstriji, območna enota Maribor (v €)

Območna enota Maribor	Avstrija (cena zdrav. storitve €)	Slovenija (cena zdrav. storitve €)	Razlika	Povračilo zavarovancu (85 % OZZ)	Povrnitev stroškov
1	2	3	4 = (3-2)	5 = (2*0,85)	6
Operacija žil	850,00	1.534,13	684,13	722,50	v celoti
Nevrološke preiskave	1.108,82	1.515,87	407,05	942,50	v celoti

Dva zavarovanca iz območne enote Maribor (Tabela 7) sta uveljavljala povračilo stroškov zdravljenja v sosednji Avstriji. Cena v obeh primerih je nižja od cene v Sloveniji, zato zavarovanca nista imela dodatnih stroškov. Povračilo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja znaša 85 % vrednosti (dejanskih) stroškov, plačanih v Avstriji. Drugi del stroškov bo povrnila prostovoljna zdravstvena zavarovalnica. Če si ogledamo še primerjavo cen zdravstvenih storitev lahko vidimo, da so cene za navedene zdravstvene storitve v Sloveniji znatno višje od enakih storitev v Avstriji.

Tabela 8: Primeri zdravljenja v Avstriji, območna enota Ravne na Koroškem (v €)

Območna enota Ravne na Koroškem	Avstrija (cena zdrav. storitve €)	Slovenija (cena zdrav. storitve €)	Razlika	Povračilo zavarovancu (85 % OZZ)	Povrnitev stroškov
1	2	3	4 = (3-2)	5 = (2*0,85)	6
MR kolena	200,00	216,72	16,72	170,00	v celoti
MR	181,50	216,72	35,22	154,28	v celoti
MR	200,00	276,07	76,07	170,00	v celoti
MR	200,00	208,40	8,40	170,00	v celoti

Tudi na območni enoti Ravne na Koroškem so prejeli vloge zavarovancev, ki so v Avstriji koristili čezmejne specialistične ambulantne zdravstvene storitve. Štirje primeri čezmejnega specialističnega ambulantnega zdravljenja v sosednji Avstriji (Tabela 8) so imeli nižjo ceno kot enaka storitev v Sloveniji. Zavarovancem so bili tako povrnjeni stroški v celoti. Od zneskov računov, ki so jih plačali izvajalcem v Avstriji, je kril ZZSZ 85 %,

preostali del pa prostovoljna zdravstvena zavarovalnica. Vsi štirje primeri storitev sodijo k storitvam magnetne resonance. Cenovna primerjava med cenami v Sloveniji in v Avstriji za enake zdravstvene storitve tokrat ne pokaže večjih razlik.

Tabela 9: Primeri zdravljenja v Avstriji, območna enota Celje (v €)

Območna enota Celje	Avstrija (cena zdrav. storitve €)	Slovenija (cena zdrav. storitve €)	Razlika	Povračilo zavarovancu (85 % OZZ)	Povrnitev stroškov
1	2	3	4 = (3-2)	5 = (2*0,85)	6
Operacija ožilja obeh nog	2.400,00	3.087,20	687,20	2.040,00	v celoti
Zdravljenje ulkusa (razjeda) na nogi	2.500,00	1.763,18	-736,82	1.498,70	delno

Tabela 9 prikazuje dva različna primera zdravljenja v Avstriji, podatke je posredovala območna enota Celje. Zavarovanec, ki je koristil zdravljenje ulkusa na nogi, ni prejel povrnjenih dejanskih stroškov zdravljenja, ker je cena storitve v Avstriji višja od cene v Sloveniji. Skupna višina povračila je znašala, kot znaša enaka storitev v Sloveniji. Zavarovanec ne bo prejel povrnjenih dobrih 736,82 €. Tako znaša povračilo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja 85 % vrednosti stroškov slovenske cene. Drugi del stroškov mu povrne prostovoljna zdravstvena zavarovalnica, v kolikor ima zavarovanec sklenjeno prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Zavarovancu, ki je koristil operacijo ožilja, so se stroški povrnili v celoti, ker je cena storitve v Avstriji nižja od cene v Sloveniji.

Tabela 10: Primeri zdravljenja v Italiji, območna enota Nova Gorica (v €)

Območna enota Nova Gorica	Italija (cena zdrav. storitve €)	Slovenija (cena zdrav. storitve €)	Razlika	Povračilo zavarovancu (85 % OZZ)	Povrnitev stroškov
1	2	3	4 = (3-2)	5 = (2*0,85)	6
MR kolena	150,00	216,72	66,72	127,50	v celoti
MR kolena	175,00	216,72	41,72	148,75	v celoti
MR kolena	128,19	216,72	88,53	108,96	v celoti

Območna enota Nova Gorica beleži tri primere. Vsi trije primeri storitev magnetne resonance (Tabela 10) so imeli v Italiji nižjo ceno od cene v Sloveniji. Zato so zavarovanci prejeli povračilo dejanskih stroškov. Tako povračilo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja znaša 85 % vrednosti stroškov dejanske cene (cene v Italiji). Drugi del stroškov jim povrne prostovoljna zdravstvena zavarovalnica. Cene v Italiji so bile nižje od cen v Sloveniji in sicer od 41,72 € do 88,53 € za posamezno zdravstveno storitev.

Tabela 11: Primeri zdravljenja v Italiji, območna enota Koper (v €)

Območna enota Koper	Italija (cena zdrav. storitve €)	Slovenija (cena zdrav. storitve €)	Razlika	Povračilo zavarovancu (85 % OZZ)	Povrnitev stroškov
1	2	3	4 = (3-2)	5 = (2*0,85)	6
MR kolena	198,19	216,72	18,53	168,46	v celoti
MR kolena	178,19	216,72	38,53	151,46	v celoti
MR kolena	223,00	216,72	-6,28	184,21	delno
MR kolena	173,29	216,72	43,43	147,30	v celoti
MR kolena	173,29	216,72	43,43	147,30	v celoti
MR hrbtenice	258,23	208,40	-49,83	177,14	delno
MR ramena	223,00	216,72	-6,28	184,21	delno
MR ramena	198,19	216,72	18,53	168,46	v celoti
MR ramena	198,19	216,72	18,53	168,46	v celoti
MR gležnja	173,19	208,40	35,21	147,21	v celoti

Območna enota Koper beleži deset vlog za povračilo stroškov čezmejnega specialističnega ambulantnega zdravljenja od zavarovancev, ki so koristili storitve v sosednji Italiji. Kot lahko vidimo v Tabeli 11, od desetih primerov storitev magnetne resonance v okviru čezmejnega specialističnega ambulantnega zdravljenja v Italiji je v sedmih primerih cena nižja od cene v Sloveniji. V teh sedmih primerih so zavarovanci prejeli povračilo v višini dejanskih stroškov zdravljenja (v celoti). Povračilo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja znaša 85 % vrednosti stroškov dejanske cene (cene v Italiji). Drugi del bo povrnila prostovoljna zdravstvena zavarovalnica. Medtem ko so trije zavarovanci dobili manj povrnjenih stroškov (delno), kot so za opravljene zdravstvene storitve plačali v Italiji. V njihovo škodo gre od 6,28 € do 49,83 €, za kolikor je cena v Sloveniji nižja od cene v Italiji.

Tabela 12: Primeri zdravljenja v Avstriji in Italiji, območna enota Kranj (v €)

Območna enota Kranj	Avstrija (cena zdrav. storitve €)	Italija (cena zdrav. storitve €)	Slovenija (cena zdrav. storitve €)	Razlika (Slovenija – tuja država)	Povračilo zavarovancu (85 % OZZ)	Povrnitev stroškov
1	2	3	4	5	6	7
MR hrbtenice		200,00	204,40	4,40	170,00	v celoti
MR zapestja	319,76		208,40	-111,36	177,14	delno

Iz območne enote Kranj so zavarovanci koristili zdravstvene storitve v Avstriji in Italiji. V Tabeli 12 sta prikazana dva primera, in sicer po en v Avstriji in Italiji. Cena za magnetno

rezonanco v Avstriji je višja (za 111,36 €), zato je povračilo stroškov samo do višine cene v Sloveniji (delno). Cena za magnetno rezonanco v Italiji pa je nekoliko nižja, zato je zavarovanec prejel povračilo v višini dejanskih stroškov (v celoti).

Tabela 13: Primeri zdravljenja v Avstriji, Italiji in Švici, območna enota Ljubljana (v €)

Območna enota Ljubljana	Avstrija (cena zdrav. storitve €)	Italija (cena zdrav. storitve €)	Švica (cena zdrav. storitve €)	Slovenija (cena zdrav. storitve €)	Razlika (Slovenija – tuja država)	Povračilo zavarovancu (85 % OZZ)	Povrnitev stroškov
1	2	3	4	5	6	7	8
MR levo koleno		175,00		216,72	41,72	148,75	v celoti
MR artrografija desnega kolena	400,00			208,40	-191,60	177,14	delno
MR desno koleno	275,00			216,72	-58,28	184,21	delno
MR artrografija levega kolka	275,00			208,40	-66,60	177,14	delno
MR hrbtenice		250,00		208,40	-41,60	177,14	delno
Ortoped, infiltracijska radiologija			1.250,00	22,73	-1.227,27	19,32	delno

Na območno enoto Ljubljana so sprejeli vloge za povračilo stroškov zdravljenja v Avstriji, Italiji in Švici (Tabela 13). Če si najprej pogledamo Italijo lahko vidimo, da gre za povračila stroškov magnetne resonance, pri čemer nam cenovna primerjava da zanimiv zaključek: cena enega primera magnetne resonance v Italiji je višja (MR hrbtenice) in drugega nižja (MR levo koleno) od cene v Sloveniji. V prvem primeru je zavarovanec prejel povračilo zgolj v višini cene v Sloveniji (delno), zato je imel dodatne stroške v višini 41,60 €. Drugi zavarovanec je prejel povrnjene dejanske stroške storitev. Iz Tabele 13 lahko vidimo, da so bile cene zdravljenja v Avstriji višje v primerjavi s cenami za enake storitve v Sloveniji. Vsi trije primeri magnetne resonance v Avstriji so imeli višjo ceno od cene v Sloveniji (od 58,28 – 191,60 €), zato je bilo povračilo stroškov le v višini cene v Sloveniji (delno). Tudi cena storitev v Švici je višja od cene v Sloveniji, zato zavarovanec ni dobil povrnjenih 1.250 €, ampak samo 19,32 €. Cenovno gledano je bilo za zavarovanca zelo neugodno, ker je imel dodatnih stroškov 1.227,27 €. Nedvoumno je zanimivo, da je s področja območne enote Ljubljana zavarovanec koristil zdravstvene storitve v Švici, ki ni sosednja država.

Tabela 14: Primeri zdravljenja v Nemčiji, območna enota Murska Sobota (v €)

Območna enota Murska Sobota	Nemčija (cena zdrav. storitve €)	Slovenija (cena zdrav. storitve €)	Razlika	Povračilo zavarovancu (85 % OZZ)	Povrnitev stroškov
1	2	3	4 = (3-2)	5 = (2*0,85)	6
CT, pregled pri onkologu	682,53	455,28	-227,25	386,99	delno

Območna enota Murska Sobota je sprejela le eno vlogo za povračilo stroškov. Tabela 14 prikazuje zgolj en primer, ko je zavarovanec uveljavljal čezmejne specialistične ambulantne storitve v Nemčiji. Storitve v Nemčiji je zaračunana po višji ceni od cene v Sloveniji, zato je znašalo povračilo v višini cene v Sloveniji (delno). Zavarovanec je imel 227,25 € dodatnih stroškov.

4.5 Razlogi za zavrnitev plačila stroškov

Vlogi za povračilo stroškov čezmejnega specialističnega ambulantnega zdravljenja je potrebno priložiti vso medicinsko dokumentacijo (o čemer smo govorili v poglavju 3.3.1). V kolikor zavarovanci niso imeli napotnice, so se njihove vloge za povračilo stroškov v tujini zavrnilo. Napotnica je listina, ki jo izbrani osebni zdravnik izda za napotitev zavarovanca na specialistično zdravljenje, je tisti in edini dokument, na podlagi katerega je zavarovanec poslan k specialistu. V kolikor zavarovanec nima napotnice, ne more uveljavljati povračila stroškov čezmejnega specialističnega ambulantnega zdravljenja. Upoštevati je potrebno tudi to, da se napotnica ne more izdati za nazaj. Zelo pomembno dokazilo o koriščenju čezmejnih storitev je tudi original račun in dokazilo o plačilu. Zato je bil eden izmed razlogov za zavrnitev tudi ta, da zavarovanci niso predložili originalnih dokumentov.

V tujini opravljena zdravstvena storitev na način bolnišničnega zdravljenja je tudi razlog za zavrnitev plačila stroškov. Slovenski zdravstveni sistem ščiti bolnišnično dejavnost z ukrepom predhodne odobritve. Zavarovanci lahko koristijo čezmejne bolnišnične storitve le v primeru napotitve na zdravljenje v drugo državo. Takšno omejitev na področju bolnišnične dejavnosti dovoljuje tudi letos sprejeta direktiva o čezmejnem zdravljenju. Zanimivo bo videti, kako se bo odločila strokovna javnost v Sloveniji: ali bo omogočen prost pretok pacientov na področju celotne bolnišnične dejavnosti ali le delno za posamezno vrsto bolnišničnega zdravljenja ali bo ostalo, kot je to urejeno doslej.

SKLEP

V mesecu marcu 2011 sprejeta direktiva o čezmejnem zdravljenju izboljšuje položaj tistih zavarovancev, ki želijo iz kakršnihkoli razlogov uveljaviti čezmejne zdravstvene storitve. S tem se poleg že obstoječih koordinacijskih pravil o socialni varnosti zagotavljajo še dodatne možnosti za mobilnost in prost pretok pacientov. Prost pretok pacientov velja za specialistične ambulantne storitve in vključuje tudi nabavo zdravil ter medicinsko tehničnih pripomočkov. K temu lahko dodamo, da pravzaprav nabava medicinsko tehničnih pripomočkov spada med že uveljavljene pravice. Direktiva o čezmejnem zdravljenju dopušča sistem predhodne odobritve le še za bolnišnično dejavnost. Po mojem mnenju lahko v Sloveniji pričakujemo, da bo sistem predhodne odobritve Slovenija čim bolj omejila in s tem omogočila prost pretok pacientov tudi na področju bolnišničnih storitev. Glede na cilj iz uvoda smo lahko spoznali, da je prednost direktive o čezmejnem zdravljenju tudi v možnosti ponudbe nekaterih zdravstvenih storitev na enotnem evropskem zdravstvenem prostoru in s tem spodbujanju konkurenčnosti med domačimi kot tujimi izvajalci zdravstvenih storitev. To pa je lahko resen izziv in hkrati priložnost za zdravstveni sistem v Sloveniji, da uspešno promovira svoje znanje in kakovost zdravstvenih storitev z namenom, da zadrži domače paciente in da privabi tuje paciente. V delu smo pojasnili, da bolnišnice v Sloveniji temu posvečajo veliko pozornosti in se pripravljajo na prost pretok pacientov tudi z mednarodno priznано zunanjo presojo (akreditacijo) o kakovosti in varnosti procesov zdravljenja pri njih. Doslej so nekatere bolnišnice akreditacijo že uspešno prestale in s tem dobile priložnost za mednarodno prepoznavnost.

Glede na namen iz uvoda smo lahko ugotovili, da so v Sloveniji postopki in zakonodaja, ki ureja področje čezmejnega zdravstvenega varstva obsežni, zahtevni in hitro spreminjajoči. V določenem času bo potrebno, da bo zakonodajalec določbe direktive o čezmejnem zdravljenju prenesel v notranjo zakonodajo Slovenije. Ali bo zato potreben nov zakon ali pa le dopolnitev veljavne zakonodaje, bomo kmalu videli. Menim, da je informiranje zavarovancev s strani Ministrstva za zdravje in s strani ZZZS precej omejeno in skopo. Zavarovanci morajo sami iskati informacije po terenu, pri čemer so dobljene informacije lahko različne, nepopolne in nerazumljive. V slovenskem zdravstvenem sistemu se v preteklem obdobju niso v celoti upoštevale sodbe Evropskega sodišča. Zato so le izjemoma in le redki posamezniki, ki so poznali evropski pravni red, zahtevali enako ravnanje glede uveljavljanja čezmejnih specialističnih ambulantnih zdravstvenih storitev in bili pri tem uspešni. Pričakujem, da bo Slovenija čim prej vzpostavila sistem informiranja preko nacionalnih kontaktnih točk, kjer bodo lahko zavarovanci pridobili celovite informacije o zdravstvenih sistemih v sosednjih državah, o izvajalcih, ki so vključeni v javno zdravstveno mrežo, o kakovosti njihovega dela itd.

Eden izmed ciljev iz uvoda je analiza primerov povračil stroškov čezmejnega specialističnega ambulantnega zdravljenja. Te smo uspeli analizirati za obdobje od

01.01.2011 – 31.05.2011, ko je bila sprejeta direktiva o čezmejnem zdravljenju. Ugotovimo lahko, da v prvih mesecih leta 2011 še ne moremo govoriti o množičnem koriščenju oziroma uveljavljanju čezmejnega specialistično ambulantnega zdravljenja, saj 35 primerov ni veliko. Ob primerjavi z letom poprej pa lahko vidimo, da je bilo v prvih petih mesecih leta 2011 že dvakrat več primerov, kot v celotnem letu 2010. Torej se je v obdobju prvih petih mesecev skupno število primerov povečalo že za okoli 100 %. Od 30 primerov povračil stroškov čezmejnega specialističnega ambulantnega zdravljenja, ki jih v Sloveniji beleži ZZZS, je bilo uveljavljenih v Avstriji 12 primerov, v Italiji 16, v Nemčiji in v Švici pa po en primer. Za nobeno državo ne moremo z gotovostjo trditi, da generalno nudi zdravstvene storitve po nižji ceni, kot so cene za enake zdravstvene storitve v domači državi, Sloveniji. V tem obdobju je največ zavarovancev (več kot 50 %) koristilo čezmejnne specialistične ambulantne zdravstvene storitve v sosednji državi Italiji. Ti zavarovanci so uveljavljali v Italiji storitve magnetne resonance, pri čemer so bile v 75 % cene magnetne resonance nižje kot v Sloveniji, v ostalih primerih (25 %) so zavarovanci plačali iz lastnih sredstev manj kot 50 €. Italija zato utegne biti cenovno ugodna za slovenske zavarovance, zlasti za tiste, ki bivajo v njeni bližini.

Od skupno vseh primerov je 40 % zavarovancev koristilo čezmejnne zdravstvene storitve v Avstriji, od tega so v 58 % cene nižje in v 42 % cene višje od cen v Sloveniji. Ker je visok odstotek primerov, ko so bile v Avstriji višje cene od enakih storitev v Sloveniji, velja opozorilo zavarovancem, da se pred koriščenjem zdravstvenih storitev v Avstriji dobro pozanimajo in pazljivo izberejo izvajalca oziroma specialista. Ceni v Nemčiji in Švici sta bili višji od cene v Sloveniji, zato sta zavarovanca pretežni del stroškov čezmejnih specialističnih ambulantnih zdravstvenih storitev morala kriti sama.

V raziskovalnem obdobju je veljalo pravilo, da zavarovanci vložijo vlogo za povračilo stroškov na območni enoti ZZZS, pristojni po kraju bivanja zavarovanca. Zato smo v analizo vključili tudi krajevno pristojnost, da ugotovimo, ali je v obmejnih regijah več primerov čezmejnega zdravljenja. Od julija 2011 tega več ne bo možno ugotavljati na enak način, saj je bila krajevna pristojnost odpravljena in lahko zavarovanci vlagajo vloge za povračilo na katerikoli območni enoti ZZZS. V analizo pa nismo uspeli vključiti lastnost izvajalcev v drugih državah članicah: ali so vključeni v javno zdravstveno mrežo ali ne. Iz podatkov ne moremo razbrati, ali so, kjer se je izkazalo, da so zaračunali več, kot stanejo enake storitve v Sloveniji, opravili zdravstvene storitve tisti izvajalci, ki v javno mrežo niso vključeni. Cene zdravstvenih storitev vsaka država določa in regulira na nacionalnem nivoju, zato jih morajo uporabljati vsi izvajalci, ki so vključeni v javno zdravstveno mrežo. Medtem ko jih ostali izvajalci ponavadi ne upoštevajo in uporabljajo svoj cenik. Direktiva o čezmejnem zdravljenju omogoča prav to, da lahko zdravstvene storitve zavarovanci uveljavljajo v drugi državi članici tudi pri izvajalcih, ki niso del javne zdravstvene mreže. Cenovne primerjave (med cenami v drugi državi v primerjavi z enakimi storitvami v Sloveniji) v tabelah nakazujejo, da so pogost pojav pri koriščenju čezmejnih specialističnih ambulantnih zdravstvenih storitev stroški, ki jih morajo pokriti zavarovanci sami.

Zaskrbljujoče je tudi dejstvo o dodatnih stroških prevajanja medicinske dokumentacije. Pri uveljavljanju čezmejnih specialističnih ambulantnih zdravstvenih storitev imajo zavarovanci težave in dodatne stroške tudi za prevajanje izvidov in druge medicinske dokumentacije iz tujega jezika v domač jezik in obratno. Ti stroški gredo v celoti v breme zavarovanca. In ne samo to. Posebno oviro predstavljajo posamezni slovenski izvajalci, ki odklanjajo izvide in medicinsko dokumentacijo, če je od tujega izvajalca in raje pošiljajo zavarovanca na nove preiskave v Sloveniji ali pa zavarovanca nočejo več zdraviti. Vsakršno podobno samovoljno ravnanje bi bilo potrebno javno objaviti in nadzirati izvajalce. V primeru večkratnih kršitev bi sledile sankcije in prekinitev pogodbe.

Glede na opredeljeni cilj iz uvoda, ki izhaja iz analize kvantitativnih podatkov smo spoznali, da je pri odločitvah o čezmejnem specialističnem ambulantnem zdravljenju pomemben ekonomski status zavarovancev, saj je potrebno storitve najprej plačati in šele nato se lahko uveljavlja povračilo. Višina povračila je lahko tudi nižja ali celo bistveno nižja od plačanega zneska v tujini. Pri povračilu stroškov se upoštevajo cene, ki veljajo v državi, v kateri so zavarovanci vključeni v obvezno zdravstveno zavarovanje. Ekonomski status zavarovancev onemogoča enakopraven dostop do čezmejnih specialističnih ambulantnih zdravstvenih storitev: marsikdo jih ne bo mogel koristiti, saj zanje nima denarja. Morda se bo zato nekdo postavil v čakalno vrsto pri enem od domačih izvajalcev, četudi bo moral na specialistično ambulantno storitev dolgo čakati.

Po drugi strani pa lahko sklepamo, da so zavarovanci včasih pripravljani plačati več, če ob tem lahko uveljavljajo zdravstvene storitve takoj oziroma takrat, ko jih potrebujejo. Po mojem mnenju bodo dolge čakalne dobe pomemben dejavnik pri odločitvah zavarovancev za čezmejno specialistično ambulantno zdravljenje. Za zdravje smo ljudje pripravljani porabiti veliko denarja, zato menim, da se bodo pri odločitvi med čakanjem v vrsti ali hitrejšo obravnavo in takojšnjim plačilom, zavarovanci odločili prav za slednjo možnost. Še zlasti to lahko velja za obmejne regije, kjer so s prijateljskimi vezmi povezani z drugo stranjo meje in je odločitev o čezmejnem specialističnem ambulantnem zdravljenju zato lažja in tudi dovolj prijazna do zavarovanca. Obmejne regije tako predstavljajo širše možnosti za prost pretok pacientov. Če bodo v Sloveniji čakalne dobe za posamezne specialistične ambulantne zdravstvene storitve tudi v prihodnje predolge, se z direktivo o čezmejnem zdravljenju odpirajo večje možnosti za koriščenje teh storitev v (sosednjih) državah članicah.

In obratno velja, da bo zmanjšanje potreb po večji mobilnosti pacientov, v največji meri odvisno od samega razvoja zdravstvenega sistema v Sloveniji, če bo zagotavljal zavarovancem uveljavljanje potrebnih zdravstvenih storitev v ustreznem času ter hkrati omogočal tudi visokokakovostne in varne zdravstvene storitve.

LITERATURA IN VIRI

1. Bohinc, F. (2005). Taktično planiranje v zdravstveni organizaciji. *Neprofitni management*, 3, 85-95.
2. Brečko Vrhovnik, M. (2011). Evropski parlament potrdil direktivo EU o pravicah pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva. *ISIS*, XX(2), 23–26.
3. Bubnov Škoberne, A., & Strban, G. (2010). *Pravo socialne varnosti*. Ljubljana: GV Založba.
4. Butala, B. (2008). Spreminjanje pravic zdravstvenega zavarovanja, Viharno dogajanje od 2002 do danes. *Poslovna asistenca*, 15(4), 14–19.
5. Cvikl, M. M. (2008). *Prenovljeno pravo Evropske unije*. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije.
6. Diamond, P. (2011, 25. avgust). Kriza stroškov v zahodnih zdravstvenih sistemih. *Finance*, str. 8.
7. Donaldson, C., & Gerard, K. (2005). *Economics of Health Care Financing: the Visible Hand*. New York: St. Martin's Press.
8. Došenovič Bonča, P., & Tajnikar, M. (2009). Model presoje poslovne uspešnosti in izkoriščenosti zmogljivosti v bolnišnicah. *Uprava*, 7(3), 103–127.
9. Drčar Murko, M. (2006). Evropski zdravstveni sistem? *IUSINFO*. Najdeno 13. aprila 2011 na spletnem naslovu <http://www.iusinfo.si/DnevneVsebine/Kolumna.aspx?id=10195>
10. *Evro – za vse nas*. (2007). Najdeno na spletnem naslovu 24. septembra 2011 <http://www.evro.si/o-evru/razvoj-emu/kronoloski-pregled/>
11. *EUROPA: uradni portal Evropske unije*. (2011.) Najdeno 13. aprila 2011 na spletnem naslovu http://europa.eu/abc/12lessons/lesson_5/index_sl.htm
12. Evropska komisija. (2010a). *Vaš enotni trg? Akt za enotni trg za visoko konkurenčno socialno tržno gospodarstvo*. Najdeno 13. aprila 2011 na spletnem naslovu http://ec.europa.eu/internal_market/smact/docs/brochure-web_sl.pdf
13. Evropska komisija. (2010b). *Določbe EU o socialni varnosti*. Luxembourg: Urad za publikacije Evropske unije.
14. Evropska komisija. (2011a). *Vaše pravice iz socialne varnosti v Avstriji*. Luxembourg: Urad za zaposlovanje, socialne zadeve in vključevanje.
15. Evropska komisija. (2011b). *Vaše pravice iz socialne varnosti v Italiji*. Luxembourg: Urad za zaposlovanje, socialne zadeve in vključevanje.
16. Evropska komisija. (2011c). *Vaše pravice iz socialne varnosti na Madžarskem*. Luxembourg: Urad za zaposlovanje, socialne zadeve in vključevanje.
17. Evropsko sodišče. (1998a). Sodba *Sodišča EU z dne 28. 4. 1998 v zadevi C-158/96 Kohll*. Najdeno 23. oktobra 2011 na spletnem naslovu <http://curia.europa.eu/jurisp/cgi-bin/form.pl?lang=sl>

18. Evropsko sodišče. (1998b). *Sodba Sodišča EU z dne 28. 4. 1998 v zadevi C-120/95 Decker*. Najdeno 23. oktobra 2011 na spletnem naslovu <http://curia.europa.eu/juris/cgi-bin/form.pl?lang=sl>
19. Evropska unija SL. Evropski parlament in Svet. (2011, 9. marec). *Direktiva evropskega parlamenta in sveta o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu*. Strasbourg: Evropski parlament, Svet, 2011. (UL, L, 88, 2011). Najdeno 31. marca 2011 na spletnem naslovu http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/zakonodaja/direktiva_prehod_pacientov/Direktiva_prehod_pac_09032011_slo.pdf
20. Folland, S., Goodman, A. C., & Stano, M. (2007). *The Economics of Health and Health Care*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
21. Godina-Jalen, E. (2007). Še o odobritvi zdravljenja v drugi državi članici EU. *Pravna praksa*, (38), 13–15.
22. Godina Jalen, E., Kramberger, B., & Lemut Strle, R. (2007). Stališče ZZSZ do Sporočila Evropske komisije v zvezi s posvetovanjem glede ukrepov Skupnosti na področju zdravstvenih storitev. *Občasnik*, 15(2), 108–110.
23. Godina, E. (2008a). Direktiva EU o zdravstvenih storitvah. *Pravna praksa*, 27/841(19), 17.
24. Godina, E. (2008b). Predlog Direktive o uveljavljanju pravic pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva. *Pravna praksa*, 27/851-852(29–30), 19–21.
25. Godina, E. (2009). Direktiva evropskega parlamenta in sveta o uveljavljanju pravic pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva. *Delavci in delodajalci*, IX(2–3), 293–307.
26. Godina, E. (2011). Pravice pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva. *Pravna praksa*, 30/993(21), 6–8.
27. Hermesse, J., Lewalle, H., & Palm, W. (1997). Patient mobility within the European Union. *European journal of public health* 1997, 7(3), 4–10.
28. Ilar, P. (2008). Dolge čakalne vrste – šepa organizacija zdravstva. *Poslovna asitenca* 15(4), 20–21.
29. Meglič, M. (2011, 22. avgust). Nacionalna kontaktna točka. *Delo*, str. 2.
30. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2006). *Priporočila Odbora ministrov državam članicam Sveta Evrope*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 9–19.
31. Pirih, P. (2010). *Pravici zavarovanih oseb v obveznem zdravstvenem zavarovanju do zdravstvenih storitev med potovanjem in bivanjem v tujini in do zdravljenja v tujini* (magistrsko delo). Maribor: Pravna fakulteta.
32. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja – Pravila OZZ. *Uradni list RS* št. 30/03 – prečiščeno besedilo, 35/03, 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr. in 64/07.
33. Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah. *Uradni list RS* št. 63/2010.
34. Pučko, D. (1995). O strateškem menedžmentu v zdravstvenem zavodu. *Organizacija*, 28(3), 161–170.

35. Pučko, D. (2005). Vloga in pomen planiranja v neprofitnih organizacijah javnega sektorja. *Neprofitni management*, 3, 71–78.
36. Ramovš, J. (2003). *Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
37. Repar, M. (1996). Prispevki za zdravstveno zavarovanje kot del javnih financ v Sloveniji. *Bilten: ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu – Supplement*, 3–12, 71–76.
38. Robida, A. (2009). *Pot do odlične zdravstvene prakse*. Ljubljana: Planet GV.
39. Rosenmøller, M., Mckee M., & Baeten R. (2006). Patient Mobility in the European Union. Copenhagen, Denmark: WHO. Najdeno 2. aprila 2011 na spletnem naslovu http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98420/Patient_Mobility.pdf
40. Setnikar-Cankar, S., Klun, M., Pevcin, P., Andoljšek, Ž., & Aristovnik, A. (2005). *Ekonomika javnega sektorja in proračunsko financiranje*. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
41. Simčič, B. (2011). Akreditacija zdravstvene ustanove – pogoj za izboljšanje kakovosti in varnosti v sistemu zdravstvenega varstva. *Zbornik z 8. konference Management in vodenje v zdravstvu 2011* (str. 1–4). Portorož: Planet GV.
42. Sivka, D. (1996). Zdravstveno zavarovanje kot element uvajanja tržnih odnosov v sistem zdravstvenega varstva. *Bilten: ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu – Supplement*, 3–12, 125–130.
43. Stepan, A., Ulrich, V., Wille, E., Vandermeulen, L., & Zweifel, P. (1999). Dodatek k slovenski izdaji Toth, M., Petrič, D., & Kramberger, B. *Sistemi financiranja v zdravstvu. Mednarodna primerjava*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (143-166).
44. Strban, G. (2009). Pravica do zdravljenja v drugi državi članici EU. *Pravna praksa*, 2009 (11), 54.
45. Suñol, R., Garel, P., & Jacquerye, A. (2009). Cross-border care and healthcare quality improvement in Europe: the MARQuIS research project. Najdeno 3. aprila 2011 na spletnem naslovu http://qualitysafety.bmj.com/content/18/Suppl_1/i3.full
46. Svenšek, R. (1995). *Model za opredeljevanje ekonomskih okvirov razvoja zdravstvenega varstva* (magistrsko delo). Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta Maribor.
47. Tajnikar, M. (2003). *Mikroekonomija s poglavji iz teorije cen*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
48. Tajnikar, M., & Došenovič Bonča, P. (2010). Kritična analiza organiziranosti zdravstva v Sloveniji. *16. strokovno posvetovanje o sodobnih vidikih analize poslovanja in organizacije* (str. 112–119). Ljubljana: Zveza ekonomistov Slovenije.
49. Toth, M. (2003). *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
50. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. *Uradni list RS* št. 72/2006-UPB3, 91/2007, 71/2008 *Sklep US*: U-I-163/08-7, 76/2008, 47/2010 *Odl. US*:U-I-312/08-31.

51. Zakon o zdravstveni dejavnosti. *Uradni list RS* št. 23/2005-UPB2, 23/2008.
52. Zaletel-Kragelj, L., Eržen, I., & Premik, M. (2007). *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.
53. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (b.l.). *Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in metode prenos finančnih sredstev (Priložnik 3)*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
54. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2007a). *Zagotavljanje čezmejnega zdravstvenega varstva v Evropi – aktualni izzivi Evropske unije* (gradivo za novinarje, št. PR-ZZZS-6-2/2007). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
55. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2007b). *Navodila za izvajanje mednarodnega zdravstvenega zavarovanja* (interno gradivo). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
56. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2007c). *Pravilnik o evropski kartici zdravstvenega zavarovanja* (interno gradivo, Pravni akti). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
57. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2008). *Novosti in pojasnila na področju mednarodnega zdravstvenega zavarovanja* (interno gradivo, Okrožnica ZAE 4/08). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije .
58. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2010a). *Navodilo za uveljavljanje načrtovanega zdravljenja v državah, kjer velja evropski pravni red v primeru dolgih čakalnih dob v Republiki Sloveniji* (interno gradivo). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
59. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2010b). *Organizacijsko navodilo o načinu dela na področju uveljavljanja pravice do zdravljenja v tujini* (interno gradivo). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
60. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2010c). *Kaj je dobro vedeti o zdravstvenem zavarovanju pred odhodom v tujino* (informacija za zavarovane osebe). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
61. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2010d). *Navodilo za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev z Napotnico v obveznem zdravstvenem zavarovanju* (interno gradivo). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
62. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2011a). *Poslovno poročilo za leto 2010* (interno gradivo). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
63. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2011b). *Informacija o nespoštovanju Pravilnika o najdaljših dopustnih čakalnih dobah*. (interno gradivo). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
64. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (b.l.). *Čakalne dobe in ordinacijski časi*. Najdeno 30. septembra 2011 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/94EF1C1676DF407BC1256D4E002B660E>
65. Zupanič, M. (2011, 3. september). Alarm pred ožemanjem. *Delo, Sobotna priloga*, str. 1.