

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

DIPLOMSKO DELO

**ČEZMEJNO ZDRAVSTVENO VARSTVO: RAZVOJ, UČINKI IN
IZZIVI ZA PRIHODNOST**

Ljubljana, september 2016

ULA URŠIČ

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Ula Uršič, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtorica predloženega dela z naslovom Čezmejno zdravstveno varstvo: razvoj, učinki in izzivi za prihodnost, pripravljenega v sodelovanju s svetovalko doc. dr. Petro Došenović Bonča

IZJAVLJAM

1. da sem predloženo delo pripravila samostojno;
2. da je tiskana oblika predloženega dela istovetna njegovi elektronski obliki;
3. da je besedilo predloženega dela 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 oziroma navajam v besedilu, citirana oziroma povzeta v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani;
4. da se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku Republike Slovenije;
5. da se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom;
6. da sem pridobila vsa potrebna dovoljenja za uporabo podatkov in avtorskih del v predloženem delu in jih v njem jasno označila;
7. da sem pri pripravi predloženega dela ravnala v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobila soglasje etične komisije;
8. da soglašam, da se elektronska oblika predloženega dela uporabi za preverjanje podobnosti vsebine z drugimi deli s programsko opremo za preverjanje podobnosti vsebine, ki je povezana s študijskim informacijskim sistemom članice;
9. da na Univerzo v Ljubljani neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno prenašam pravico shranitve predloženega dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico dajanja predloženega dela na voljo javnosti na svetovnem spletu preko Repozitorija Univerze v Ljubljani;
10. da hkrati z objavo predloženega dela dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v njem in v tej izjavi.

V Ljubljani, dne _____

Podpis študentke: _____

KAZALO

UVOD	1
1 UREDITEV ČEZMEJNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V EVROPSKI UNIJI	3
1.1 Čezmejno zdravstveno varstvo v Evropski uniji pred uvedbo Direktive 2011/24/EU	5
1.2 Čezmejno zdravstveno varstvo v Evropski uniji po uvedbi Direktive 2011/24/EU	8
1.2.1 Namen in cilji Direktive 2011/24/EU	9
1.2.2 Ključne spremembe na področju čezmejnega zdravstvenega varstva	10
2 UREDITEV ČEZMEJNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V REPUBLIKI SLOVENIJI	16
2.1 Čezmejno zdravstveno varstvo v Republiki Sloveniji pred uvedbo Direktive 2011/24/EU	17
2.2 Čezmejno zdravstveno varstvo v Republiki Sloveniji po uvedbi Direktive 2011/24/EU	20
2.2.1 Prilagoditev nacionalne zakonodajne ureditve čezmejnega zdravstvenega varstva	21
2.2.2 Načini uveljavljanja čezmejnega zdravstvenega varstva	24
3 OBSEG ČEZMEJNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V EVROPSKI UNIJI	27
3.1 Kratka analiza obsega čezmejnega zdravstvenega varstva v Evropski uniji v obdobju 2007–2012	27
3.2 Dejavniki, ki vplivajo na odločitev za čezmejno zdravstveno varstvo	28
3.3 Kratka analiza obsega čezmejnega zdravstvenega varstva v Evropski uniji po uvedbi Direktive 2011/24/EU	30
4 OBSEG ČEZMEJNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA ZA REPUBLIKO SLOVENIJO	31
4.1 Analiza obsega čezmejnega zdravstvenega varstva za Republiko Slovenijo v obdobju 2006–2010	32
4.2 Analiza obsega čezmejnega zdravstvenega varstva za Republiko Slovenijo v obdobju 2011–2015	33
5 PRESOJA VPLIVA DIREKTIVE 2011/24/EU NA SLOVENSKE ZDRAVSTVENI SISTEM	36
5.1 Opredelitev in presoja kratkoročnih vplivov	36
5.2 Opredelitev in presoja srednjeročnih in dolgoročnih vplivov ter pričakovanih učinkov	40
SKLEP	49

LITERATURA IN VIRI.....	53
--------------------------------	-----------

UVOD

Področje proučevanja pričujočega diplomskega dela je ureditev čezmejnega zdravstvenega varstva v Evropski uniji in v Republiki Sloveniji. Nekatere pravice do čezmejnega zdravstvenega varstva so bile evropskim pacientom omogočene v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja na podlagi uredb o koordinaciji sistemov socialne varnosti Evropske unije. Te vključujejo nujno čezmejno zdravstveno varstvo med začasnim bivanjem v tujini in načrtovano čezmejno zdravstveno varstvo, do katerega so pacienti upravičeni po predhodni odobritvi pristojnega nosilca zdravstvenega zavarovanja. Pravice pacientov je razširila sodna praksa Sodišča Evropske unije, ki v skladu s Pogodbo o delovanju Evropske unije temelji na prostem pretoku blaga, oseb in storitev, katerega omenjena zahteva po predhodni odobritvi omejuje. Po več letih razprav in usklajevanj je bila leta 2011 sprejeta Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu. Z namenom izboljšati delovanje notranjega trga je kodificirala pravila sodne prakse in uzakonila pravice državljanov Evropske unije do načrtovanega čezmejnega zdravstvenega varstva. Njen cilj ni spodbuditi paciente, da bi se zdravili izven države članice zdravstvenega zavarovanja, temveč jasno določiti pravila za zagotavljanje lažjega dostopa do varnega in visokokakovostnega čezmejnega zdravstvenega varstva v Evropski uniji, zagotoviti mobilnost pacientov v skladu z načeli, ki jih je določilo Sodišče Evropske unije, in spodbuditi sodelovanje med državami članicami na področju zdravstvenega varstva. Poudarek je tudi na razmejitvi od uredb o koordinaciji sistemov socialne varnosti Evropske unije. Gre za vzporedna sistema, na podlagi katerih pacienti lahko uresničujejo pravice do čezmejnega zdravstvenega varstva. Pravila se razlikujejo glede pogojev, vrste zdravstvenih storitev, zahteve po predhodni odobritvi, povračil stroškov in posledično tudi tveganj, ki jih prevzamejo pacienti.

Težko je napovedati, kakšni bodo realni učinki razvoja enotnejšega evropskega zdravstvenega prostora v Evropski uniji in v Republiki Sloveniji. Kljub predhodno obstoječim možnostim za koriščenje čezmejnega zdravstvenega varstva je bil pretok pacientov med državami članicami Evropske unije omejen, zato je pričakovano, da bo tako tudi po uvedbi Direktive 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu. Čeprav so številke nizke, razpoložljivi podatki kažejo, da se je uveljavljanje pravice do načrtovanega čezmejnega zdravstvenega varstva evropskih pacientov v zadnjih letih povečalo. To je bilo po spremembi nacionalne zakonodaje leta 2013 mogoče zaznati tudi v Republiki Sloveniji.

Namen diplomskega dela je presoja vpliva Direktive 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu na slovenski zdravstveni sistem. Da bi uresničili zastavljeni namen, bomo izpolnili naslednje zadane cilje. Proučili bomo trenutno ureditev čezmejnega zdravstvenega varstva v Evropski uniji in v Republiki Sloveniji, pri čemer bomo poseben poudarek namenili Direktivi 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov pri

čezmejnem zdravstvenem varstvu. Nadalje bomo prikazali in analizirali obseg čezmejnega zdravstvenega varstva v Evropski uniji in v Republiki Sloveniji. Nazadnje bomo z vidika različnih deležnikov zdravstvenega sistema presodili kratkoročne in dolgoročne učinke čezmejnega zdravstvenega varstva in izzive, ki jih prinašajo za prihodnost.

Metodologija, ki jo bomo v diplomskem delu uporabili, obsega deskriptivno metodo in zbiranje podatkov iz dostopne literature. Velik delež podatkov bomo pridobili iz evropskih in slovenskih zakonodajnih virov, kamor spadajo uredbe, direktive, pogodbe, zakoni in podzakonski akti. Nadalje bomo podatke črpali iz publikacij različnih evropskih in slovenskih institucij, kot so Evropska komisija, Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije in Urad Vlade Republike Slovenije za komuniciranje. Pri kritični presoji vplivov se bomo opirali na spoznanja in dileme, ki jih v svojih avtorskih delih izpostavljajo različni domači in tuji avtorji.

Diplomsko delo je razdeljeno na pet poglavij. V prvem poglavju obravnavamo ureditev čezmejnega zdravstvenega varstva v Evropski uniji. Na začetku strnemo kronologijo od prvih dogovorov o enotnejši evropski politiki na področju zdravstvenega varstva do sprejetja Direktive 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu. V nadaljevanju opredelimo pravice do čezmejnega zdravstvenega varstva pred uvedbo omenjene direktive. Prvo poglavje zaključimo z opredelitvijo pravic pacientov do čezmejnega zdravstvenega varstva po uvedbi omenjene direktive, kjer opisujemo njen namen in cilje ter ključne novosti, ki jih prinaša v primerjavi z dotlej obstoječim pravnim redom. V drugem poglavju opisujemo ureditev čezmejnega zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji. Podobno kot v prvem poglavju tudi slovensko ureditev razmejimo s stanjem pred in po uvedbi Direktive 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu. V nadaljevanju se osredotočimo na prilagoditev nacionalne zakonodaje, poglavje pa zaključimo s pregledom možnih načinov uveljavljanja čezmejnega zdravstvenega varstva za osebe, zavarovane v Republiki Sloveniji. Tretje poglavje posvetimo analizi obsega čezmejnega varstva v Evropski uniji, hkrati pa analiziramo dejavnike, ki vplivajo na odločitev pacientov za uveljavljanje čezmejnega zdravstvenega varstva. V četrtem poglavju analiziramo obseg čezmejnega zdravstvenega varstva za Republiko Slovenijo. Na začetku povzamemo pričakovanja glede udejanjanja čezmejnega zdravstvenega varstva glede na izkušnje drugih držav, opravljene raziskave in trenutne razmere v nacionalnem zdravstvenem sistemu. Nadaljujemo z analizo uresničevanja pravic pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, ki jo razmejimo na dve opazovani obdobji. Diplomsko delo zaključimo s petim poglavjem, v katerem presojamo vpliv Direktive 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu na slovenski zdravstveni sistem. Pri opredelitvi in presoji vplive razdelimo na kratkoročno časovno obdobje ter na srednjeročno in dolgoročno časovno obdobje in jih obravnavamo z vidika pacientov, izvajalcev zdravstvenih storitev in slovenskega zdravstvenega sistema.

1 UREDITEV ČEZMEJNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V EVROPSKI UNIJI

Prvi dogovori o bolj enotni evropski politiki na področju zdravstvenega varstva segajo v leta, ko se je ustanavljala Evropska gospodarska skupnost. Predvideno je bilo, da bo imela pomembne pristojnosti na področju zdravstvenega varstva, vendar se napoved ni uresničila (Hojnik, 2012, str. 903). Rimska pogodba o Evropski gospodarski skupnosti iz leta 1957 je v ospredje postavila postopno približevanje ekonomskih politik držav članic in vzpostavitev skupnega trga za prost pretok blaga, storitev, delavcev in kapitala, pri čemer pa ni vključevala pristojnosti in sodelovanja med državami na področju zdravstvenega varstva (Treaty establishing the European Economic Community, 1957, str. 3). Določene pristojnosti na področju javnega zdravja so bile vključene šele v Maastrichtsko pogodbo ob ustanovitvi Evropske unije leta 1992. Evropska unija naj bi spodbujala sodelovanje med državami članicami in jim po potrebi nudila podporo pri njihovih aktivnostih, predvsem v smislu zagotavljanja preventive, izvajanja raziskav ter zagotavljanja informacij in izobraževanja, medtem ko so države članice obdržale primarno odgovornost za zagotavljanje visoke ravni zdravja (Treaty on European Union, OJ No. C 191/1992, str. 24).

V sedemdesetih letih prejšnjega stoletja so se začele uveljavljati uredbe o koordinaciji nacionalnih zakonodaj na področju socialne varnosti držav članic Evropske gospodarske skupnosti (Hojnik, 2012, str. 904). Ker je za prosto gibanje oseb nujna določena stopnja koordinacije, so bila skupna načela določena v Uredbi Sveta (EGS) št. 1408/71 z dne 14. junija 1971 o uporabi sistemov socialne varnosti za zaposlene osebe in njihove družinske člane, ki se gibljejo v Skupnosti (Ur. l. EU, št. L 149/1971), in njeni izvedbeni Uredbi Sveta (EGS) št. 574/72 z dne 21. marca 1972 o določitvi postopka za izvajanje Uredbe (EGS) št. 1408/71 o uporabi sistemov socialne varnosti za zaposlene delavce in njihove družinske člane, ki se gibljejo v Skupnosti (Ur. l. EU, št. L 74/1972). Nadalje so se spoštovale posebne značilnosti nacionalnih zakonodaj na področju socialne varnosti, oblikoval se je le sistem koordinacije in v njegovem okviru zajamčena enaka obravnava zaposlenih in njihovih družinskih članov v različnih nacionalnih zakonodajah. Zaradi upoštevanja razvoja na ravni Skupnosti, vključno s sodbami in spremembami zakonodaje na nacionalnih ravneh, sta bili uredbi večkrat spremenjeni in posodobljeni, načela pa so bila z novelami razširjena na druge osebe, ki izvršujejo svobodo gibanja znotraj držav članic. Koordinacijska pravila so postala zapletena in zamudna, zato je bila zamenjava pravil iz začetka sedemdesetih let bistvenega pomena za doseganje cilja prostega gibanja oseb znotraj držav članic (Uredba (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti, Ur. l. EU, št. L 166/2004, str. 72; v nadaljevanju Uredba (ES) št. 883/2004; Uredba (ES) št. 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 16. septembra 2009 o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti, Ur. l. EU, št. L 284/2009, str. 3; v nadaljevanju Uredba (ES) št. 987/2009). Posodobljeno in

poenostavljeno vsebino povzema in dopolnjuje Uredba (ES) št. 883/2004 (Ur. l. EU, št. L 166/2004), ki je skupaj z izvedbeno Uredbo (ES) št. 987/2009 v uporabi od 1. maja 2010 (Uredba (ES) št. 883/2004, Ur. l. EU, št. L 166/2004, str. 101; Uredba (ES) št. 987/2009, Ur. l. EU, št. L 284/2009, str. 31).

Kljub temu da je bila ureditev zdravstvenih storitev in povračila stroškov za zdravstvene storitve, opravljene v državi članici, v kateri prejemnik zdravstvene storitve nima stalnega prebivališča, obravnavana v uredbah o koordinaciji sistemov socialne varnosti Evropske unije, je Sodišče Evropske unije obravnavalo vse več primerov v zvezi s pomanjkljivo pravno varnostjo pacientov v smislu zagotavljanja čezmejne zdravstvene varnosti, ki je izhajalo iz splošnih načel Pogodbe o delovanju Evropske unije v zvezi s prostim pretokom storitev. S svojimi sodbami je odigralo pomembno vlogo pri oblikovanju pacientovih pravic pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, tako da je ekonomske svoboščine notranjega trga Evropske unije uspelo razlagati na način, da je priznalo pravice evropskih pacientov iz prava Evropske unije in v svoji praksi izoblikovalo stališče, da kljub posebni naravi in načinu organizacije oziroma financiranja zdravstveno varstvo ni izvzeto iz obsega temeljnega načela svobode opravljanja storitev (Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 46; v nadaljevanju Direktiva 2011/24/EU; Hojnik, 2012, str. 902–907). Ministri za zdravje so že leta 2003 pozvali Evropsko komisijo, naj uredi pravno varnost čezmejnega zdravstvenega varstva in kodificira sodno prakso (Commission of the European Communities, 2008, str. 2). Evropska komisija je izjavila, da bo razvila okvir Skupnosti za varne, visokokakovostne in učinkovite zdravstvene storitve, in sicer s krepitvijo sodelovanja med državami članicami in z zagotavljanjem jasnosti in gotovosti glede zakonodaje Skupnosti s področja zdravstvenih storitev in zdravstvenega varstva. Kljub izjavi je v spremenjenem predlogu direktive Evropskega parlamenta in Sveta o storitvah na notranjem trgu s področja uporabe direktive umaknila zdravstvene storitve (Sklepi Sveta o skupnih vrednotah in načelih zdravstvenih sistemov Evropske unije, Ur. l. EU, št. C 146/2006).

Zaradi pomanjkljive zakonodajne obravnave zdravstvenih storitev v okviru prostega pretoka storitev na skupnem trgu, posledičnih nejasnosti in naraščajočega števila sodb pred Sodiščem Evropske unije ter mnenja, da so zdravstveni sistemi osrednji del visoke stopnje socialne zaščite v Evropski uniji, je bil 22. junija 2006 sprejet Sklep Sveta o skupnih vrednotah in načelih zdravstvenih sistemov Evropske unije (Ur. l. EU, št. C 146/2006). V svoji izjavi petindvajsetih ministrov za zdravje Evropske unije je opozarjal na poglobitve vrednote univerzalnosti, dostopa do kakovostnega varstva, enakosti in solidarnosti ter na skupna načela, na katerih so temeljili zdravstveni sistemi v državah članicah Evropske unije. Hkrati je Evropsko komisijo in druge institucije pozval k oblikovanju posebnih predlogov v zvezi z zdravstvenimi storitvami, ki naj bi zagotovili spoštovanje skupnih vrednot in načel izjave (Sklepi Sveta o skupnih vrednotah in načelih zdravstvenih sistemov Evropske unije, Ur. l. EU, št. C 146/2006). Kot napovedano, je Evropska komisija kasneje

istega leta iz Direktive 2006/123/ES Evropskega parlamenta in Sveta z dne 12. decembra 2006 o storitvah na notranjem trgu s področja uporabe direktive umaknila ureditev zdravstvenih storitev in povračila stroškov za zdravstvene storitve, opravljene v državi članici, v kateri prejemnik zdravstvene storitve nima stalnega prebivališča. Zaradi potrebe, da se zagotovi večja pravna varnost in jasnost, ter zaradi specifičnosti tematike je bilo pomembno, da se to vprašanje obravnava v drugem pravnem instrumentu Skupnosti (Direktiva 2006/123/ES Evropskega parlamenta in Sveta z dne 12. decembra 2006 o storitvah na notranjem trgu, Ur. l. EU, št. L 376/2006, str. 39). Kot uradni odziv na zahteve Sveta je Evropska komisija leta 2008 podala prvi uradni predlog direktive o pravicah pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (Comission of the European Communities, 2008). Njen namen je bilo enostavnejše uveljavljanje pravic evropskih pacientov, izboljšanje sodelovanja držav članic na področju čezmejnega zdravstvenega varstva in sprostitve potenciala za sodelovanje z namenom izboljšanja učinkovitosti in uspešnosti zdravstvenih sistemov Evropske unije (Evropska komisija, 2008).

Evropski parlament in Svet Evropske unije sta leta 2011 uradno sprejela Direktivo 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (Ur. l. EU, št. L 88/2011). Ta je skladno s temeljnim načelom Evropske unije o prostem pretoku blaga, oseb in storitev uzakonila pravico državljanov Evropske unije, da se odločijo za čezmejno zdravstveno varstvo in zanj dobijo povračilo iz zdravstvenega sistema v domači državi. Čezmejno zdravstveno varstvo pomeni zdravstveno oskrbo, ki se zavarovanim osebam zagotovi ali predpiše v državi članici Evropske unije, ki ni država članica njihovega zdravstvenega zavarovanja (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 55).

1.1 Čezmejno zdravstveno varstvo v Evropski uniji pred uvedbo Direktive 2011/24/EU

V okviru pravil za koordinacijo nacionalnih sistemov socialne varnosti Evropska unija določa sistem koordinacije oziroma skupne predpise, ki povsod v Evropi ščitijo nacionalne pravice zavarovanih oseb, tako da v smislu prostega gibanja oseb prispevajo k izboljšanju njihovega življenjskega standarda in pogojev za zaposlitev (Uredba (ES) št. 883/2004, Ur. l. EU, št. L 166/2004, str. 72). To ne pomeni, da posamezne nacionalne sisteme nadomesti enotni evropski sistem. Treba je spoštovati posebne značilnosti nacionalnih zakonodaj na področju socialne varnosti, tako da vsaka država Evropske unije svobodno odloča o tem, kdo se lahko zavaruje po njeni zakonodaji, katere pravice izhajajo iz zavarovanja in pod kakšnimi pogoji (Koordinacija sistemov socialne varnosti EU, 2016; Uredba (ES) št. 883/2004, Ur. l. EU, št. L 166/2004, str. 72). Od 1. maja 2010 se uporabljata uredbi o posodobljeni koordinaciji sistemov socialne varnosti Evropske unije. Osnovna Uredba (ES) št. 883/2004 posodablja pravila za koordinacijo sistemov socialne varnosti držav članic z določitvijo ukrepov in postopkov za njihovo izvajanje (Uredba (ES) št. 987/2009, Ur. l. EU, št. L 284/2009, str. 1), podrobna pravila za njeno izvajanje pa so določena v

izvedbeni Uredbi (ES) št. 987/2009 (Ur. l. EU, št. L 284/2009, str. 3). Uredbi sta v celoti zavezujoč in neposredno uporaben pravni akt za vse države članice (Uredba (ES) št. 987/2009, Ur. l. EU, št. L 284/2009, str. 31).

V skladu z Uredbo (ES) št. 883/2004 skupni predpisi veljajo v vseh državah članicah Evropskega gospodarskega prostora, tj. v Evropski uniji, Islandiji, Lihtenštajnu in na Norveškem, z izvedbeno Uredbo (ES) št. 987/2009 pa tudi v Švici. Skupni predpisi veljajo za državljane omenjenih držav, osebe brez državljanstva in begunce, ki so oziroma so bili zavarovani po sistemu ene izmed teh držav, za državljane držav zunaj Evropske unije, ki zakonito prebivajo na ozemlju Evropske unije in so se preselili ali potujejo med državami Evropske unije, ter za družinske člane vseh omenjenih skupin (Koordinacija sistemov socialne varnosti EU, 2016; Uredba (ES) št. 883/2004, Ur. l. EU, št. L 166/2004; Uredba (ES) št. 987/2009, Ur. l. EU, št. L 284/2009). Izven opredeljenega prostora posamezne države za priznavanje pravic do zdravljenja v tujini med seboj sklepajo ustrezne dvostranske mednarodne sporazume o socialni varnosti (Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije, 2012, str. 28; v nadaljevanju ZZZS).

Pri določanju pravic do zdravstvenega varstva med začasnim bivanjem zunaj pristojne države koordinacijski uredbi ločujeta postopke potrebnega zdravljenja in načrtovanega zdravljenja v drugi državi članici. Splošno načelo enake obravnave je zagotovljeno za storitve, ki jih zavarovane osebe potrebujejo iz zdravstvenih razlogov, ob upoštevanju narave storitev in pričakovanega trajanja začasnega bivanja. V primeru, da zavarovana oseba v drugo državo članico potuje z namenom, da bi tam med začasnim bivanjem prejela zdravstvene storitve, pa mora pridobiti predhodno odobritev pristojnega nosilca domače države članice. Slednji zdravljenje v drugi državi članici odobri, če to spada med storitve, določene v zakonodaji države članice, v kateri oseba stalno prebiva, in ji ga ob upoštevanju njenega trenutnega zdravstvenega stanja in verjetnega razvoja bolezni ni možno nuditi v časovnem obdobju, ki je medicinsko utemeljeno (Uredba (ES) št. 883/2004, Ur. l. EU, št. L 166/2004, str. 81). Pristojni nosilec, ki krije stroške, lahko predhodno odobritev zavrne le v primeru, da se enako zdravljenje lahko zagotovi v pristojni državi članici, in sicer v roku, ki je sprejemljiv z medicinskega vidika, ob upoštevanju trenutnega zdravstvenega stanja in verjetnega poteka bolezni (Uredba (ES) št. 987/2009, Ur. l. EU, št. L 284/2009, str. 11–12). V okviru usklajevanja sistemov socialne varnosti se jamči enako obravnavanje državljanov in nadržavljanov v različnih nacionalnih zakonodajah, kar pomeni, da so vsi pacienti deležni zdravljenja v določeni državi članici v skladu z določbami njene zakonodaje (Uredba (ES) št. 883/2004, Ur. l. EU, št. L 166/2004, str. 72). Nastale stroške zagotavljanja zdravstvenih storitev nosi pristojni nosilec države članice zdravstvenega zavarovanja in se v celoti povrnejo (Uredba (ES) št. 883/2004, Ur. l. EU, št. L 166/2004, str. 85–86). Kritje vključuje tudi potne stroške in stroške bivanja, ki so neločljivo povezani z zagotavljanjem storitve v okviru odobrenega načrtovanega zdravljenja, kadar nacionalna zakonodaja pristojnega nosilca zagotavlja njihovo povračilo (Uredba (ES) št. 987/2009, Ur. l. EU, št. L 284/2009, str. 12). Pacientom ni treba plačati zdravljenja, saj države članice

uporabljajo mehanizme finančne odškodnine med njihovimi pristojnimi nosilci (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 60; Uredba (ES) št. 987/2009, Ur. l. EU, št. L 284/2009, str. 21–23).

Pacienti so pravico do čezmejnega zdravstvenega varstva uresničevali tudi na podlagi sodne prakse Sodišča Evropske unije. Najbolj odmevne odločitve so postale pravna podlaga pri priznavanju in oblikovanju pravic pacientov (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 49–50).

Poseben pomen imata odločitvi Sodišča Evropske unije v zadevah Decker in Kohll iz leta 1998. V omenjenih zadevah je Sodišče Evropske unije razglasilo, da se načela enotnega trga Evropske unije uporabljajo tudi za zdravstvene storitve in ocenilo, da je nacionalno pravo pristojne članice z zahtevo po predhodni odobritvi omejevalo pretok blaga in storitev. V svojih sodbah je državljanom Evropske unije priznalo pravico do povračila stroškov za zdravstvene storitve in medicinske pripomočke brez pridobljene predhodne odobritve, in sicer po stopnjah, ki so določene v državi zavarovanja. Omejitve naj bi bilo mogoče upravičiti le, če so nujne za doseganje zaščite finančne stabilnosti nacionalnega sistema socialne varnosti. V omenjenih zadevah Sodišče Evropske unije ni priznalo te izjeme, saj sta zavarovanca zahtevala le povrnitev stroškov za zdravstveno varstvo, ki bi bili plačani iz nacionalnega zdravstvenega sistema, če bi se zdravstveno varstvo izvedlo na njenem ozemlju (Evropsko sodišče, 1998a, 1998b; Hojnik, 2012, str. 904–905).

Sodišče Evropske unije je v zadevah Geraets-Smits in Peerbooms ter Müller-Fauré in Van Riet potrdilo, da sistem predhodne odobritve povračila stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva sicer omejuje svobodo opravljanja storitev, vendar je v primeru bolnišničnih storitev tak ukrep lahko nujen in razumen, ker zagotavlja zadosten in stalen dostop do uravnoteženega obsega visokokakovostne oskrbe v zadevni državi članici, želenega obvladovanja stroškov in preprečevanja odvečne porabe finančnih, tehničnih in človeških virov. Sodišče Evropske unije je v zadevnih primerih odločilo, da so države upravičene določiti obseg izvajanja v njihovem zdravstvenem sistemu, tako da opredelijo merila za odobritev bolnišničnega zdravljenja v drugi državi Evropske unije oziroma omejijo zdravljenje na pogodbene izvajalce, za zdravljenje pri nepogodbenih izvajalcih pa zahtevajo predhodno odobritev. Nasprotno pa v skladu s svobodo opravljanja storitev kot enim izmed temeljnih načel prava Evropske unije države članice ne smejo zahtevati predhodne odobritve za nebolnišnično zdravljenje, ki ga opravijo nepogodbeni izvajalci v drugi državi članici. Ko gre za povračilo stroškov ambulantne oskrbe, taka zahteva ni utemeljena, saj povračilo ne bi resno vplivalo na finančno ravnovesje sistemov socialne pomoči (Evropsko sodišče, 2001, 2003; Hojnik, 2012, str. 905). Sodišče Evropske unije je presodilo tudi, da okoliščina, da je povrnitev stroškov zdravljenja zahtevana naknadno, tj. po pacientovem plačilu prejetega zdravljenja tujemu ponudniku, ne izključuje uporabe pravil svobode opravljanja storitev (Evropsko sodišče, 2001, 2003).

V zadevi Watts je Sodišče Evropske unije presodilo, da se obveznost povračila stroškov za bolnišnično zdravljenje v drugi državi članici uporablja tudi v primerih, ko je zdravljenje v pristojni državi sicer brezplačno. Odobritev zdravljenja v tujini ne sme biti zavrnjena pod pogoji, da je zadevna zdravstvena oskrba na voljo v skladu z zakonodajo države članice, v kateri zavarovana oseba prebiva, vendar ji glede na trenutno zdravstveno stanje in najverjetnejši potek bolezni ni na voljo znotraj medicinsko utemeljenega časovnega okvira. Slednji pogoj je treba tolmačiti zgolj na podlagi stroge medicinske presoje in nikakor ne na finančni podlagi. Predhodna odobritev se ne sme zavrniti iz razloga, da so na nacionalnem ozemlju čakalne liste, katerih namen je omogočiti načrtovanje in upravljanje bolnišnične oskrbe na podlagi vnaprej določenih splošnih kliničnih prioritet, ne da bi bila prej izvedena stroga in objektivna zdravstvena ocena. Sodišče je presodilo, da ima pacient, ki mu je bila predhodna odobritev za bolnišnično zdravljenje odobrena ali neupravičeno zavrnjena, pravico do povračila stroškov zdravljenja v skladu z določbami zakonodaje države zdravljenja (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 49; Evropsko sodišče, 2006; Hojnik, 2012, str. 906–907).

Sodna praksa Sodišča Evropske unije je pokazala potrebo, da se brez ogrožanja vzdržnosti nacionalnih sistemov zdravstvenega varstva in socialne varnosti držav zagotovi boljše pravno varnost glede povračila stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo za paciente, zdravstvene delavce, izvajalce zdravstvenega varstva in institucije, pristojne za socialno varnost (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 48).

1.2 Čezmejno zdravstveno varstvo v Evropski uniji po uvedbi Direktive 2011/24/EU

Direktiva 2011/24/EU temelji na dvojni pravni osnovi Pogodbe o delovanju Evropske unije (v nadaljevanju PDEU). V skladu s 114. členom PDEU je namen večine njenih določb izboljšati delovanje notranjega trga ter prostega pretoka blaga, oseb in storitev (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 45). Na eni strani je torej akt tržnega prava in na podlagi ekonomskih svoboščin notranjega trga Evropske unije pacientom omogoča izkoriščanje prednosti enotnega trga in prostega pretoka storitev ter zagotavlja pravice do zdravstvenega varstva izven nacionalnih meja (Hojnik, 2012, str. 907–910). Direktiva 2011/24/EU temelji tudi na 168. členu PDEU, tako da spoštuje svobodo držav članic pri upravljanju lastnih sistemov zdravstvenega varstva in ne posega v njihovo odločitev o izbiri najbolj primerne oblike zdravstvenega varstva (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 46). To pomeni, da ima Evropska unija omejene pristojnosti in ne posega v avtonomijo držav članic na področju socialne varnosti, ki avtonomijo dosegajo z vrsto izjem od prostega pretoka storitev zdravstvenega varstva (Hojnik, 2012, str. 907–910). Priznanje pravice do čezmejnega zdravstvenega varstva v Evropski uniji je torej vezano na paradoks, saj njegova pravna osnova odraža ravnotežje med dvema različnima vrednotama. Kljub temu so pristojnosti Evropske unije na področju reguliranja notranjega trga omogočile uzakonitev vrste pravic pacientov, ki jih je pred tem že priznala sodna

praksa Sodišča Evropske unije. Najpomembnejše med njimi so pravice v zvezi s povrnitvijo stroškov zdravljenja in procesne garancije (Hojnik, 2012, str. 909). Z uzakonitvijo pravic se vzpostavlja kompromis med naraščajočimi pravicami državljanov Evropske unije iz prostega pretoka storitev in zgodovinsko razdrobljenostjo zdravstvenih sistemov (Hojnik, 2012, str. 902).

1.2.1 Namen in cilji Direktive 2011/24/EU

Namen večine določb Direktive 2011/24/EU je izboljšati delovanje notranjega trga in prostega pretoka blaga, oseb in storitev znotraj Evropske unije, s posebnim poudarkom na zagotavljanju visoke ravni varovanja zdravja ljudi, pri čemer je treba upoštevati vsa nova dognanja na podlagi znanstvenih dejstev (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 45). Kot je navedeno v Direktivi 2011/24/EU, so njeni cilji določiti pravila za zagotavljanje lažjega dostopa do varnega in visokokakovostnega čezmejnega zdravstvenega varstva v Evropski uniji, zagotoviti mobilnost pacientov v skladu z načeli, ki jih je določilo Sodišče Evropske unije, in spodbuditi sodelovanje med državami članicami na področju zdravstvenega varstva. Pri tem celovito spoštuje nacionalne pristojnosti držav članic pri opredeljevanju dajatev socialne varnosti na področju zdravja in organizaciji ter izvajanju zdravstvenega varstva in zdravstvene oskrbe, pa tudi dajatev socialne varnosti, zlasti v primeru bolezni (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 46).

Bistvena pridobitev Direktive 2011/24/EU je postavitve pravnih okvirov za zagotavljanje čezmejnega zdravstvenega varstva v Evropski uniji. Direktiva 2011/24/EU s svojimi določbami dopolnjuje pravice, ki so jih evropski pacienti pred njeno uvedbo imeli že na podlagi obstoječe zakonodaje o koordinaciji sistemov socialne varnosti Evropske unije, tako da utrjuje pravice pacientov pri uveljavljanju zdravstvenega varstva v drugi državi članici, določenih s sodno prakso Sodišča Evropske unije, in pojasnjuje povezavo z obstoječim zakonodajnim okvirom (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 48). Pomembna dodana vrednost Direktive 2011/24/EU je tudi krepitev evropskega sodelovanja na področju zdravstvenega varstva, ki ga posebej obravnava in spodbuja z vrsto izvirnih konceptov (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 60–64).

Pomembno je poudariti, da skladno z določbami Direktive 2011/24/EU države članice same ohranijo odgovornost, da državljanom na svojem ozemlju zagotavljajo varno, visokokakovostno, učinkovito in po obsegu ustrezno zdravstveno varstvo. Direktiva 2011/24/EU ne posega v svobodno izbiro vsake države članice, ki se odloči, kakšna je zanj najprimernejša oblika zdravstvenega varstva. Spoštujeta se tudi posebna narava in način organizacije oziroma financiranje zdravstvenega varstva vsake države. Kljub možnosti, da se pacienti v skladu z Direktivo 2011/24/EU lahko odločijo za čezmejno zdravstveno varstvo, njena uporaba ne bi smela spodbujati pacientov, da bi se zdravili

izven države članice zdravstvenega zavarovanja (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 45–46).

V okviru zasledovanja zastavljenega cilja se z Direktivo 2011/24/EU podrobno opredeljujejo (Šik, 2013, str. 33):

- pravice pacientov, ki se odločijo, da bodo zdravstveno varstvo poiskali v državi članici, ki ni država članica zdravstvenega zavarovanja, tako da fizično odidejo v drugo državo članico ali se zdravijo doma s pomočjo telemedicine, pri čemer ima izvajalec telemedicinskih storitev sedež v drugi državi članici,
- pravice držav članic, da določijo merila v zvezi z organizacijo, zagotavljanjem in plačevanjem čezmejnih zdravstvenih storitev, ki temeljijo na nacionalnem interesu, zmogljivostih lastne mreže izvajalcev zdravstvenih storitev in se skladajo z načrtovanjem njihovih potreb,
- odgovornost držav članic, ki izvajajo čezmejne storitve, da zagotavljajo pacientom vse potrebne informacije, kakovostno zdravljenje in spremljanje zdravljenja,
- zaveze in priložnosti za sodelovanje med državami članicami na različnih področjih čezmejnega zdravstvenega varstva, kot so vzajemna pomoč, izmenjava informacij, razvoj evropskih referenčnih mrež, širjenje dobrih praks, povezovanje na področju zdravljenja redkih bolezni, priznavanje receptov in podobno.

1.2.2 Ključne spremembe na področju čezmejnega zdravstvenega varstva

Glede na predhodno pravno ureditev v zvezi s čezmejnimi zdravstvenimi varstvom Direktiva 2011/24/EU prinaša določene novosti. Ena izmed novosti v Direktivi 2011/24/EU je sklicevanje na vrednote, na katerih temeljijo zdravstveni sistemi Evropske unije. To je v skladu s socialno usmeritvijo Evropske unije, izraženo preko pravic, ki jih varujeta Listina Evropske unije o temeljnih pravicah (Ur. l. EU, št. C 83/02/2010, str. 398) in socialna klavzula iz PDEU (Ur. l. EU, št. C 83/01/2010, str. 53), na podlagi katerih se pri opredeljevanju in izvajanju vseh politik in dejavnosti Evropske unije zagotavlja visoka raven varovanja zdravja ljudi. Tudi Svet Evropske unije je v svojih Sklepih Sveta o skupnih vrednotah in načelih zdravstvenih sistemov Evropske unije opozoril, da ima celotna Evropska unija vrsto skupnih vrednot in načel, na katerih temeljijo nacionalni zdravstveni sistemi (Sklepi Sveta o skupnih vrednotah in načelih zdravstvenih sistemov Evropske unije, Ur. l. EU, št. C 146/2006). Pristojnost države članice zdravljenja je, da se čezmejno zdravstveno varstvo pacientom zagotavlja ob upoštevanju univerzalnosti, dostopa do visokokakovostne oskrbe, enakosti in solidarnosti (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 47–56). Temeljne vrednote morajo države članice upoštevati tudi pri pacientih iz drugih držav članic. Vsi pacienti se morajo obravnavati enako na podlagi njihovih zdravstvenih potreb in ne na podlagi države članice njihovega zdravstvenega zavarovanja. Pri tem morajo države članice upoštevati načela prostega pretoka oseb znotraj notranjega trga, nediskriminacije na podlagi državljanstva ter nujnosti in sorazmernosti

kakršnih koli omejitev prostega pretoka. Hkrati se od izvajalcev zdravstvenega varstva ne sme zahtevati, da sprejmejo načrtovano zdravljenje pacientov iz drugih držav članic ali jim dajo prednost v škodo drugih pacientov, na primer s podaljševanjem čakalnih dob za zdravljenje slednjih. Ker dotoki pacientov lahko privedejo do povpraševanja, ki presega zmogljivosti, na voljo za določeno zdravljenje v državi članici, mora v takšnih izjemnih primerih država članica ohraniti možnost, da nastalo situacijo uredi iz razlogov javnega zdravja (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 47).

Direktiva 2011/24/EU je uzakonila sodno prakso Sodišča Evropske unije s področja procesnih zagotovil. Države članice morajo zagotoviti, da upravni postopki v zvezi s čezmejnimi zdravstvenim varstvom in povračilom stroškov zdravstvenega varstva, nastalih v drugi državi članici, temeljijo na objektivnih, nediskriminatornih merilih, ki so nujna in sorazmerna za doseganje ciljev. Postopki morajo biti dostopni na enostaven način, informacije v zvezi s postopki morajo biti objavljene na ustrezni ravni, zahtevki pa obravnavani objektivno in nepristransko. Države članice morajo določiti in vnaprej javno objaviti razumne roke, v katerih je treba zahtevke za čezmejno zdravstveno varstvo obravnavati in pri obravnavi upoštevati specifično zdravstveno stanje, nujnost in posamezne okoliščine, s čimer se zagotovi osebna obravnava pacientov (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 60).

V skladu z Direktivo 2011/24/EU so vse države članice Evropske unije morale vzpostaviti najmanj eno nacionalno kontaktno točko. Te delujejo kot informacijski centri za obveščanje in pacientom zagotavljajo ustrezne informacije, ki so potrebne, da lahko uveljavljajo svoje pravice do čezmejnega zdravstvenega varstva v praksi (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 51–57). Nacionalne kontaktne točke v tuji državi članici zdravljenja morajo pacientom v skladu s svojo zakonodajo zagotoviti informacije o izvajalcih zdravstvenega varstva, pravicah posameznih izvajalcev, da opravljajo storitve, oziroma o morebitnih omejitvah za opravljanje, o standardih in smernicah države članice zdravljenja glede kakovosti in varnosti, o pravicah pacientov, pritožbenih postopkih in mehanizmi za uveljavljanje pravnih sredstev ter o razpoložljivih pravnih in upravnih možnostih za reševanje sporov ali zapletov pri uveljavljanju čezmejnih zdravstvenih storitev, vključno s primeri, ko je v okviru čezmejnega zdravstvenega varstva povzročena škoda (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 57). Direktiva posebej zavezuje tudi same izvajalce zdravstvenih storitev, da pacientom zagotovijo vse potrebne informacije, ki jim pomagajo pri sprejemanju ozaveščenih odločitev o zdravljenju. Posredovati jim morajo informacije o možnostih zdravljenja, o razpoložljivosti, kakovosti in varnosti zdravstvenega varstva ter predložiti jasne račune in informacije o cenah zdravstvenih storitev. Dolžni so dajati tudi informacije o njihovi odobritvi ali registracijskem statusu izvajalcev zdravstvenega varstva, njihovem zavarovanju ali drugih oblikah osebne ali kolektivne zaščite v zvezi s poklicno odgovornostjo (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 56).

Pomembna novost in dodana vrednost Direktive 2011/24/EU je krepitev poglobljenega evropskega sodelovanja na področju zdravstvenega varstva (Godina, 2011, str. 6). Predvideni sta vzajemna pomoč in sodelovanje držav članic, vključno s sodelovanjem pri standardih in smernicah glede kakovosti in varnosti, izmenjavo informacij ter sklepanjem mednarodnih sporazumov. Z vzpostavitvijo prostovoljnih evropskih referenčnih mrež med izvajalci zdravstvenega varstva in strokovnimi centri naj bi dosegli praktično sodelovanje, ki bi izboljšalo izmenjavo informacij in izkušenj, oblikovanje smernic za dobro prakso, spodbujanje razvoja meril kakovosti in varnosti, izvajanje raziskav in epidemiološkega spremljanja ter drugo uresničevanje potenciala evropskega sodelovanja na visoko strokovni zdravstveni ravni, zlasti na področju redkih bolezni. Pri obravnavi slednjih je izpostavljeno sodelovanje držav članic v smislu razvoja zmogljivosti za njihovo diagnosticiranje in zdravljenje. Poseben poudarek Direktiva 2011/24/EU daje razvoju aplikacij za izmenjavo informacij e-zdravje. Gre za seznam podatkov, potrebnih za zagotavljanje neprekinjenosti oskrbe in varnosti pacientov preko meja, ki hkrati omogoča uporabo zdravstvenih informacij za javno zdravje in raziskave. Z uporabo informacij, dostopnih v interoperabilnih aplikacijah, bi dosegli visoko raven zaupanja, dostop do varnega in visokokakovostnega zdravstvenega varstva ter trajnostne gospodarske in družbene koristi evropskih sistemov. Nadalje je predvideno tudi sodelovanje prostovoljne mreže pri ocenjevanju zdravstvene tehnologije, s katero države članice med drugim zagotavljajo objektivne, zanesljive, pravočasne, pregledne, primerljive in prenosljive informacije o učinkovitosti zdravstvenih tehnologij. Z namenom zagotavljanja neprekinjenega čezmejnega zdravljenja je z Direktivo 2011/24/EU urejeno tudi priznavanje receptov za zdravila in medicinske pripomočke, izdanih v drugi državi članici (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 60–64). Omenjeni novi instrumenti, ki naj bi izboljšali javno zdravstveno varstvo v Evropski uniji, so izjemnega pomena, saj gre za izvirne koncepte, ki naj bi povečali učinkovitost izmenjave znanj s področja zdravstvenega varstva. Pri tem se upošteva nacionalne pristojnosti pri organizaciji in izvajanju zdravstvenega varstva, saj se vzpostavijo v okviru avtonomije držav članic Evropske unije, Evropska komisija pa je odgovorna zgolj za njihovo podporo (Hojnik, 2012, str. 911).

Pravila glede povračila stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo, ki izhajajo iz Direktive 2011/24/EU, se precej razlikujejo od pravil koordinacijskih uredb glede pogojev, vrste zdravstvenih storitev, predhodne odobritve, načinov plačila in pravil glede povračil. Direktiva 2011/24/EU posebej določa, da se z njenim sprejetjem ne posega v veljavni okvir za usklajevanje sistemov socialne varnosti, temveč da se vzpostavlja vzporedni sistem kot drugo možnost za uveljavljanje čezmejnega zdravstvenega varstva v Evropski uniji tudi na podlagi prostega pretoka ljudi in storitev (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 45–54). Omenjena sistema morata biti za paciente koherentna, pri uveljavljanju pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva pa se uporablja le en izmed njiju. V ospredju odločitve o uporabi enega ali drugega sistema mora biti ugodnejša obravnava za pacienta. Pri obravnavi zahtevka za predhodno odobritev načrtovanega čezmejnega zdravstvenega

varstva, ki ga pacienti vložijo z namenom, da bi bili deležni čezmejnega zdravstvenega varstva v drugi državi članici, država članica zdravstvenega zavarovanja najprej preveri, ali so izpolnjeni pogoji iz Uredbe (ES) št. 883/2004. V tem primeru mora odobriti zahtevek za predhodno odobritev v skladu z navedeno uredbo, razen če pacient ne zahteva drugače. Če pacient izrecno zahteva zdravljenje pod pogoji iz Direktive 2011/24/EU, bi morale biti storitve, za katere velja povračilo stroškov, omejene na storitve, ki veljajo v skladu z njo. Če je pacient upravičen do čezmejnega zdravstvenega varstva v skladu z obema sistemoma, ga mora država članica zdravstvenega zavarovanja opozoriti na uporabo ugodnejših pravil (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 48–59).

Direktiva 2011/24/EU se uporablja za posamezne paciente, ki se odločijo, da bodo zdravstveno varstvo poiskali v drugi državi članici in ne v državi članici zdravstvenega zavarovanja (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 46). Pri uveljavljanju pravic pacientov pri načrtovanem čezmejnem zdravstvenem varstvu se v skladu z Direktivo 2011/24/EU v celoti upoštevajo nacionalne pristojnosti držav članic pri organizaciji in izvajanju zdravstvenega varstva (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 53). Zavarovani osebi se povrnejo stroški za čezmejno zdravstveno varstvo, če to spada med storitve, do katerih je upravičena v državi članici zdravstvenega zavarovanja (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 57). Direktiva 2011/24/EU ni namenjena uvedbi pravice do povračila stroškov zdravstvenega varstva, zagotovljenega v drugi državi članici, če takšnega zdravstvenega varstva ni med storitvami, ki jih zagotavlja zakonodaja države članice zdravstvenega zavarovanja zavarovane osebe. Kljub temu državam članicam ne preprečuje širitve njihovih sistemov storitev na zdravstveno varstvo, zagotovljeno v drugi državi članici. Čeprav določena metodologija zdravljenja ni razpoložljiva v državi članici zdravstvenega zavarovanja, mora ta pacientom omogočiti pravico do koriščenja v drugi državi članici, če zadevna metodologija spada med zdravstvene storitve oziroma vrste zdravljenja, določene v njeni zakonodaji (Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 49). V nacionalni kontekst je treba umestiti odločitve o košarici zdravstvenega varstva, do katere so državljani upravičeni, ter mehanizme, ki se uporabljajo za financiranje in zagotavljanje tega zdravstvenega varstva (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 45).

Kljub temu da naj bi bila predhodna odobritev čezmejnega zdravstvenega varstva znotraj držav članic prej izjema kot pravilo, Direktiva 2011/24/EU skladno s sodno prakso državam članicam zdravstvenega zavarovanja dopušča pravico, da pod določenimi pogoji za povračilo stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo uvedejo institut predhodne odobritve. Predhodna odobritev je namreč eden izmed mehanizmov, s katerim države iz prevladujočih razlogov v splošnem interesu utemeljeno omejijo svobodo opravljanja čezmejnih zdravstvenih storitev. Takšni razlogi so lahko zahteve za načrtovanje, ki izhajajo iz cilja zagotavljanja zadostnega in stalnega dostopa do uravnoveženega obsega visokokakovostne oskrbe v zadevni državi članici, ter zahteve za načrtovanje z namenom želenega obvladovanja stroškov in preprečevanja odvečne porabe finančnih, tehničnih in

človeških virov (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 46). Predhodna odobritev se zaradi potreb po načrtovanju zahteva za zdravljenje, ki vključuje prenočitev zadevnega pacienta v bolnišnici vsaj za eno noč, in za zdravljenje, ki zahteva uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme. Nadalje se predhodna odobritev lahko zahteva tudi za oblike zdravljenja, ki pomenijo posebno tveganje za pacienta ali prebivalce, ter za zdravstveno varstvo, ki ga opravi izvajalec zdravstvenega varstva, ki bi lahko v posamičnih primerih pomenil resne in konkretne pomisleke glede kakovosti ali varnosti oskrbe. Sistem predhodne odobritve, vključno z merili in izvajanjem teh meril ter posameznimi odločitvami za zavrnitev predhodne odobritve, ne sme predstavljati sredstva za samovoljno diskriminacijo ali neutemeljene ovire za prost pretok pacientov in je omejen zgolj na to, kar je potrebno in sorazmerno z zadanim ciljem. Države članice morajo javno določiti, za katere vrste zdravljenja je treba zaprositi za predhodno odobritev in Evropsko komisijo uradno obvestiti o kategorijah zdravstvenega varstva, ki je predmet predhodne odobritve zaradi načrtovanja (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 59). Direktiva 2011/24/EU državam članicam ponuja zanimivo rešitev, da pacientom ponudijo prostovoljni sistem predhodnega obveščanja, na podlagi katerega pacient v zameno za predhodno obvestilo prejme pisno potrdilo nosilca socialnega zavarovanja o znesku povračila stroškov na podlagi ocene, ki upošteva zdravstveno stanje pacienta in opredeljenih medicinskih postopkov, ki bodo verjetno uporabljeni (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 60).

V določenih primerih lahko država članica predhodno odobritev zavrne. To lahko stori, če obstajajo resni pomisleki glede varnostnega tveganja bodisi za pacienta bodisi za širšo javnost ali če obstajajo resni pomisleki v zvezi s spoštovanjem standardov in smernic glede kakovosti oskrbe in varnosti pacienta pri čezmejnem izvajalcu zdravstvenih storitev. Predhodno odobritev za določenega izvajalca lahko zavrne ne glede na to, da te standarde in smernice opredeljujejo zakoni in predpisi ali akreditacijski sistemi, ki jih je določila država zdravljenja. Prav tako lahko zavrne predhodno odobritev, če se zdravstvena storitev ob upoštevanju trenutnega zdravstvenega stanja posameznega zadevnega pacienta in verjetnega razvoja bolezni na domačem ozemlju lahko opravi v roku, ki je utemeljen z medicinskega vidika. Ne glede na našteje omejitve država članica predhodne odobritve čezmejnih zdravstvenih storitev ne sme zavrniti v primeru, da je pacient upravičen do zadevnega zdravstvenega varstva in če tega zdravstvenega varstva ni mogoče zagotoviti v roku, ki je utemeljen z medicinskega vidika, na njenem ozemlju, temelječ na objektivni medicinski oceni pacientovega zdravstvenega stanja, popisa in verjetnega razvoja pacientove bolezni, njegove stopnje bolečine ali narave njegove invalidnosti v času, ko je bil vložen zahtevek za odobritev ali njeno obnovitev (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L88/2011, str. 59).

V Direktivi 2011/24/EU je določeno zdravstveno varstvo, za katerega pacienti ne morejo uveljavljati pravice do povračila stroškov v skladu z njenimi pravili. V povezavi z obstoječimi uredbami o koordinaciji socialne varnosti Evropske unije določa, da ne posega

v pravice zavarovane osebe do kritja stroškov zdravstvenega varstva, ki je nujno iz zdravstvenih razlogov v času začasnega bivanja v drugi državi članici, in v pravice do odobritve zdravljenja v drugi državi članici, ki izhajajo iz Uredbe (ES) št. 883/2004 (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 48). Bolj konkretno Direktiva 2011/24/EU opredeljuje tudi zdravstvene storitve, ki ne morejo biti predmet povračila stroškov na njeni podlagi. Med te storitve spadajo storitve na področju dolgotrajne oskrbe in podpore ljudi, ki potrebujejo pomoč pri opravljanju vsakodnevnih opravil, dodelitev in dostop do organov za namene presaditve organov človeškega telesa in javni programi cepljenja proti nalezljivim boleznim, katerih izključni cilj je zaščita zdravja prebivalstva na ozemlju države članice ter ki so v skladu s posebnimi načrtovalnimi in izvedbenimi ukrepi (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 54).

V skladu z določbami Direktive 2011/24/EU država članica zdravstvenega zavarovanja povrne stroške za čezmejno zdravstveno varstvo v skladu z njeno zakonodajo. To pomeni, da krije stroške do višine, kot bi jih prevzela, če bi bilo zdravstveno varstvo zagotovljeno na njenem ozemlju, pri tem pa ne prekorači dejanskih stroškov prejetega zdravstvenega varstva (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 57–58). Kljub navedenima omejitvama ima država članica zavarovanja v skladu z nacionalno zakonodajo pravico, da se lahko odloči za povrnitev celotnih stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva oziroma tudi za povrnitev povezanih stroškov, kot so stroški nastanitve, potni stroški ali dodatni stroški invalidnih oseb, če za to obstaja ustrezna dokumentacija (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 58). Pri tem mora upoštevati, da pacienti v nobenem primeru od zdravstvenega varstva v drugi državi članici ne smejo imeti finančnih koristi, zato mora biti prevzem stroškov omejen samo na dejanske stroške za prejeta zdravstveno varstvo (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 49). Stroške čezmejnega zdravstvenega varstva država članica zdravstvenega zavarovanja lahko bodisi povrne pacientu bodisi jih plača neposredno z uporabo mehanizmov finančne odškodnine med pristojnimi nosilci (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 58 in 60). V primeru, da pacienti stroške krijejo sami, mora država članica zavarovanja zagotoviti, da se jim povrnejo brez nepotrebnega odlašanja (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 60).

Direktiva 2011/24/EU navaja, da se uporablja za izvajanje čezmejnega zdravstvenega varstva ne glede na to, kako je organizirano, zagotovljeno in financirano (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 54). To pomeni, da pri uresničevanju pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva ni treba upoštevati organizacijske strukture zdravstvenega varstva, kot so na primer koncesionirani izvajalci. V nasprotju z dosedanja ureditvijo poleg javnih vključuje tudi zasebne izvajalce zdravstvenih storitev, ki nimajo sklenjene pogodbe z javno zavarovalnico, zato čezmejne zdravstvene storitve lahko opravi tako javna oseba kot zasebna zdravstvena institucija oziroma zdravnik (Knez, 2014, str. 125–126). Hkrati naj ne bi vplivala na zakone in predpise držav članic o organizaciji in financiranju zdravstvenega varstva na njenem ozemlju v primerih, ki niso povezani s

čezmejnimi zdravstvenimi varstvom. Nobena določba države članice zdravstvenega zavarovanja namreč ne obvezuje k povrnitvi stroškov zdravstvenega varstva, ki ga zagotavljajo izvajalci zdravstvenega varstva s sedežem na njenem ozemlju, če ti izvajalci niso vključeni v sistem socialne varnosti ali sistem javnega zdravstva te države članice (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 54).

Tveganja, s katerimi se pacienti soočajo ob koriščenju načrtovanih storitev čezmejnega zdravstvenega varstva skladno s pravili iz Direktive 2011/24/EU, so lahko večja od tveganj ob koriščenju storitev pod pogoji iz Uredbe (ES) 883/2004, ki opredeljuje pravila zdravljenja v tujini v okviru koordinacije sistemov socialne varnosti med članicami Evropske unije (Šik, 2013, str. 31–44). V primeru čezmejnega zdravstvenega varstva v skladu s pravili iz Uredbe (ES) št. 883/2004 namreč pacient za vsako načrtovano zdravstveno varstvo potrebuje predhodno odobritev za zdravljenje s strani pristojnega nosilca zdravstvenega zavarovanja. Iz take napotitve izhaja, da zapleti s povračili stroškov niso predvideni niti v primeru, da je dejansko zdravljenje v drugi državi članici dražje, kot je zdravljenje v državi članici zdravstvenega zavarovanja. Tveganje zmanjšuje tudi dejstvo, da pacient praviloma ne izvrši plačila zdravstvenih storitev, temveč to poteka s strani nosilca socialnega zavarovanja na podlagi medsebojnih pogodbenih dogovorov med državami članicami (Šik, 2013, str. 45).

2 UREDITEV ČEZMEJNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V REPUBLIKI SLOVENIJI

Sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji ureja Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 72/2006–UPB, 114/2006–ZUTPG, 91/2007, 76/2008, 62/2010–ZUPJS, 87/2011, 40/2012–ZUJF, 21/2013–ZUTD-A, 91/2013, 99/2013–ZUPJS-C, 99/2013–ZSVarPre-C, 111/2013–ZMEPIZ-1, 95/2014–ZUJF-C, 47/2015–ZZSDT, str. 7637; v nadaljevanju ZZVZZ). Pristojna institucija za področje zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji je Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije. Kot nosilec in izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja ZZZS zbira in razporeja sredstva za izvajanje zavarovanja ter zagotavlja pravice zavarovanim osebam v skladu z zakonom (Statut Zavoda za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije, Ur. l. RS, št. 87/2001, str. 8708). To obsega tudi pravico do čezmejnega zdravstvenega varstva. ZZZS izdaja predhodne odločbe o napotitvi pacientov na zdravljenje v tujino, presoja o upravičenosti pacientov do povračila stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo in izvaja omenjena povračila stroškov, opravlja pa tudi naloge nacionalne kontaktne točke za čezmejno zdravstveno varstvo (Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Ur. l. RS, št. 91/2013, str. 9841–9842; v nadaljevanju ZZVZZ–M). Kot splošen akt za uresničevanje pravic in obveznosti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja je ZZZS sprejel Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Ur. l. RS, št. 30/2003–UPB, 35/2003–popr., 78/2003, 84/2004, 44/2005, 86/2006, 90/2006–popr., 64/2007, 33/2008,

7/2009, 88/2009, 30/2011, 49/2012, 106/2012, 99/2013–ZSVarPre-C, 25/2014–odl. US, 25/2014, 85/2014, str. 3693; v nadaljevanju Pravila OZZ).

2.1 Čezmejno zdravstveno varstvo v Republiki Sloveniji pred uvedbo Direktive 2011/24/EU

Po osamosvojitvi Republike Slovenije so bile pravice pacientov do čezmejnega zdravstvenega varstva definirane v Pravilih OZZ. Nacionalni pravni red na področju zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji predstavlja ZZVZZ, ki pa do sprejetja novele v letu 2013 ni obravnaval pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva. Natančnejši obseg pravic do zdravstvenih storitev iz obveznega zavarovanja je ZZZS določal v soglasju z ministrstvom za zdravje s svojimi splošnimi akti (ZZVZZ, Ur. l. RS, št. 72/2006–UPB, 114/2006–ZUTPG, 91/2007, 76/2008, 62/2010–ZUPJS, 87/2011, 40/2012–ZUJF, 21/2013–ZUTD-A, 91/2013, 99/2013–ZUPJS-C, 99/2013–ZSVarPre-C, 111/2013–ZMEPIZ-1, 95/2014–ZUJF-C, 47/2015–ZZSDT, str. 7641–7642). Pravila OZZ kot izvedbeni akt ZZVZZ so pravico do zdravstvenega varstva v tujini obravnavala že ob svojem sprejetju leta 1994 in jih v prihodnjih letih ves čas posodabljala (Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, Ur. l. RS 79/1994; Pravila OZZ, Ur. l. RS št. 30/2003–UPB, 35/2003–popr., 78/2003, 84/2004, 44/2005, 86/2006, 90/2006–popr., 64/2007, 33/2008, 7/2009, 88/2009, 30/2011, 49/2012, 106/2012, 99/2013–ZSVarPre-C, 25/2014–odl. US, 25/2014, 85/2014).

Pravila OZZ so podrobneje obravnavala pravice zavarovanih oseb iz obveznega zavarovanja Republike Slovenije do nujnih zdravstvenih storitev med potovanjem ali bivanjem v tujini v obsegu in standardu, ki je bil zagotovljen zavarovanim osebam v Republiki Sloveniji po zakonu in splošnih aktih ZZZS, ter po povprečni ceni teh storitev v Republiki Sloveniji, razen če morebitna mednarodna pogodba z državo zdravljenja ni določala drugače (Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, Ur. l. RS; št. 79/1994, str. 4503–4504). Če je zavarovana oseba v tujini na lastno zahtevo uveljavljala zdravstvene storitve, ki niso štele za nujno zdravljenje, je bila upravičena do povračila stroškov le v primeru predhodnega soglasja ZZZS. Zavarovana oseba je imela pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini, če so bile v Republiki Sloveniji izčrpane možnosti, z zdravljenjem oziroma s pregledom v drugi državi pa je bilo utemeljeno pričakovati ozdravitev ali izboljšanje zdravstvenega stanja oziroma preprečiti nadaljnje slabšanje. ZZZS ji je ob povrnitvi priznal stroške največ do višine povprečne cene storitev v Republiki Sloveniji, ob napotitvi pa je bila zavarovana oseba upravičena tudi do povračila prevoznih stroškov. V eni izmed kasnejših sprememb in dopolnitev Pravil OZZ je bilo dodano, da je ZZZS zavarovani osebi po predhodnem soglasju izjemoma lahko odobril povračilo stroškov tudi za zdravstvene storitve, opravljene v tujini, če teh storitev v Republiki Sloveniji ni bilo moč zagotoviti v zadostnem obsegu (Spremembe in dopolnitve pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, Ur. l. RS, št. 61/2000, str. 7833), vendar je bila omenjena dopolnitev po ureditvi čezmejnega zdravstvenega varstva v noveli ZZVZZ

leta 2013 izključena iz Pravil OZZ (Ur. l. RS, št. 30/2003–UPB, 35/2003–popr., 78/2003, 84/2004, 44/2005, 86/2006, 90/2006–popr., 64/2007, 33/2008, 7/2009, 88/2009, 30/2011, 49/2012, 106/2012, 99/2013–ZSVarPre-C, 25/2014–odl. US, 25/2014, 85/2014, str. 2958). O napotitvi na zdravljenje v tujino je ZZZS do 6. novembra 2013 odločal v upravnem postopku. Na prvi stopnji je upravičenost presojal imenovani zdravnik ZZZS, na drugi stopnji pa zdravstvena komisija (ZZZS, 2014, str. 29).

Od pridružitve k Evropski uniji dalje za slovenske državljane veljajo tudi pravila koordinacije sistemov socialne varnosti Evropske unije. Uredba je v celoti zavezujoč pravni akt in se neposredno uporablja v vseh državah članicah Evropske unije brez posebnega prenosa v nacionalno zakonodajo, zato od leta 2010 tudi za Republiko Slovenijo veljajo določila Uredbe (ES) št. 883/2004 in Uredbe (ES) št. 987/2009 glede nujnega in načrtovanega zdravljenja v tujini (Uredba (ES) št. 987/2009, Ur. l. EU, št. L 284/2009, str. 31). Kljub temu so bila pravila posodobljene koordinacije sistemov socialne varnosti Evropske unije leta 2012 prenesena v nacionalna Pravila OZZ. Dodana je bila pravica zavarovane osebe do odobritve pregleda, preiskave ali zdravljenja v državi, v kateri velja pravni red Evropske unije, oziroma do povračila stroškov teh storitev, če ji je bila v Republiki Sloveniji pri vpisu v čakalni seznam določena čakalna doba, ki je presegala najdaljšo dopustno čakalno dobo, hkrati pa v Republiki Sloveniji ni bilo drugega izvajalca, ki ni presegal najdaljše dopustne čakalne dobe, oziroma če ta ni bila presežena, če ji je bila določena čakalna doba, ki je presegala razumen čas. Stroški so se zavarovani osebi povrnili v višini dejanskih stroškov, vendar ne več, kot so znašali stroški storitve v javni zdravstveni mreži v državi, v kateri je bila storitev uveljavljena (Pravila OZZ, Ur. l. RS, št. 30/2003–UPB, 35/2003–popr., 78/2003, 84/2004, 44/2005, 86/2006, 90/2006–popr., 64/2007, 33/2008, 7/2009, 88/2009, 30/2011, 49/2012, 106/2012, 99/2013–ZSVarPre-C, 25/2014–odl. US, 25/2014, 85/2014, str. 5050).

Že pred prenosom Direktive 2011/24/EU je Republika Slovenija za uveljavljanje zdravstvenih storitev zavarovanih oseb v državah, v katerih ne velja evropski pravni red, sklenila dvostranske mednarodne sporazume o socialnem zavarovanju z Avstralijo, Bosno in Hercegovino, Črno goro, Makedonijo ter Srbijo (Evropski pravni red in mednarodni sporazumi o socialnem zavarovanju, 2016).

Tudi v Republiki Sloveniji so bile že pred uvedbo Direktive 2011/24/EU pacientom določene pravice do uveljavljanja čezmejnega zdravstvenega varstva priznane na podlagi sodne prakse. Prelomnico v slovenski sodni praksi je pomenila sodba Višjega delovnega in socialnega sodišča v Ljubljani št. Psp 425/2009, katere podlaga je bila evropska sodna praksa. Tožnica se je leta 2007 odločila za operativno zdravljenje v Republiki Avstriji. V nasprotju z zdravljenjem v Republiki Sloveniji hospitalizacija pacientke ni bila potrebna in dejanski stroški zdravljenja so bili nižji. Ker je zadevni operativni poseg dosegljiv v Republiki Sloveniji, sta imenovana zdravnica in zdravstvena komisija zahtevo za povrnitev stroškov za opravljeni operativni poseg v višini dejanskih stroškov zdravljenja v tujini

zavrnil. V predmetni zadevi je slovenska sodna praksa v skladu s prostim pretokom storitev potrdila načelo, da je treba ločiti med bolnišničnimi in nebolnišničnimi storitvami. Sistem predhodne odobritve je v določenem obsegu in pod zelo strogimi pogoji dopusten le za bolnišnične storitve. V zadevnem primeru je šlo za zdravstveno oskrbo, ki je bila opravljena v drugi državi članici Evropske unije in ni zahtevala niti nastanitve čez noč niti uporabe visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme. Skladno z evropsko sodno prakso je Višje delovno in socialno sodišče decembra 2009 odločilo, da je šlo v zadevnem primeru za nebolnišnično oskrbo, za katero lahko zavarovana oseba brez predhodne odobritve zahteva povrnitev stroškov v državi članici, kjer je zavarovana. Tožnica je bila zato upravičena do povrnitve dejanskih stroškov zdravljenja, ki je bilo izvedeno v drugi državi članici Evropske unije. Sodba je med drugim poudarila tudi, da je od leta 2004, ko je Republika Slovenija postala članica Evropske unije, slovenske zakonske določbe treba tolmačiti in uporabljati v skladu s prostim pretokom zdravstvenih storitev v okviru prava Evropske unije oziroma Evropske skupnosti, pri čemer je treba upoštevati obvezujoče judikate Sodišča Evropskih skupnosti (Višje delovno in socialno sodišče, 2009). Zaradi omenjene sodbe je ZZZS že od leta 2010 povračal stroške specialistično ambulantnih zdravstvenih storitev, uveljavljenih v drugih državah članicah Evropske unije. S tem je v veliki meri že izvajal odločbe kasneje sprejete Direktive 2011/24/EU, ki je glede povračila stroškov v celoti prevzela evropsko sodno prakso v zvezi s pravicami pacientov do zdravljenja v drugi državi članici Evropske unije (Godina, 2013, str. 6).

Višje delovno in socialno sodišče je leta 2010 sprejelo odločitev še v dveh pomembnih zadevah glede nebolnišničnega zdravljenja. V eni je sklenilo, da je zahteva držav članic Evropske unije za predhodno odobritev upravičena pod določenimi pogoji le pri bolnišničnem zdravljenju v drugi državi članici, ne smejo pa zahtevati predhodne odobritve za nebolnišnično zdravljenje, čeprav ga opravljajo nepogodbeni izvajalci. Zadevna terapija, ki se je izvajala v drugi državi članici, je predstavljala ambulantno oziroma nebolnišnično zdravljenje, ki je pripomoglo k razvoju otroka. Ker je bila za tožnika koristna, mu je bil ZZZS dolžan povrniti stroške v znesku računa zdravstvene ustanove za zdravstveno terapijo in potne stroške (Višje delovno in socialno sodišče, 2010b). V drugi sodbi je sodišče zaključilo, da ob upoštevanju načela prostega opravljanja storitev znotraj držav članic Evropske unije pregled, ki pomeni nebolnišnično diagnostiko in zdravljenje, ne sme biti pogojen s predhodnim soglasjem nosilca zavarovanja, zato je bil tožnik, ob nesorazmerno dolgi čakalni vrsti za pregled v Republiki Sloveniji, upravičen do povračila stroškov pregleda z magnetno resonanco na kliniki v Nemčiji. Hkrati pa tožnik ni bil upravičen do povračila stroškov operacije kot bolnišničnega zdravljenja, saj ni zaprosil za predhodno odobritev ZZZS, poleg tega pa niso bili izpolnjeni pogoji za napotitev na zdravljenje v tujino, saj bi se operacija pravočasno lahko izvedla tudi v Republiki Sloveniji (Višje delovno in socialno sodišče, 2010a).

2.2 Čezmejno zdravstveno varstvo v Republiki Sloveniji po uvedbi Direktive 2011/24/EU

Direktiva ni zavezujoč pravni akt, ki bi se neposredno uporabljal v vseh državah članicah. Zanje velja, da jo je v določenem časovnem obdobju treba prenesti v notranje pravo posamezne države, tako da zasleduje cilj, ki ga je treba doseči. Evropska komisija je državam članicam Evropske unije kot skrajni rok za prenos predpisov Direktive 2011/24/EU v njihovo nacionalno zakonodajo določila 25. oktober 2013 (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 65). Vlada Republike Slovenije je določbe o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu iz Direktive 2011/24/EU vključila v novelo ZZVZZ. Na svoji redni seji 3. oktobra 2013 je določila besedilo Predloga Zakona o spremembah in dopolnitvah ZZVZZ in ga poslala Državnemu zboru Republike Slovenije kot slovenskemu zakonodajalcu v sprejetje po nujnem postopku (Urad Vlade RS za komuniciranje, 2013). Republika Slovenija je postavljeno rok za prenos Direktive 2011/24/EU v nacionalno zakonodajo za nekaj dni zamudila. Na dan, ko se je iztekel rok za potrebno usklajevanje zakonov in predpisov z Direktivo 2011/24/EU, je Državni zbor po hitrem postopku sprejel Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki je v veljavo stopil 6. novembra 2013 (Ur. l. RS, št. 91/2013, str. 9840–9843).

Zahtevane določbe so bile v novelo ZZVZZ prenesene z dodanim podnaslovom »Pravica do zdravljenja v tujini«, ki v svojih členih od 44. a do 44. e celovito obravnava pravico do zdravljenja v tujini, opredeljuje pogoje za uveljavljanje pravice do zdravstvenih storitev v tujini in postopek za uveljavljanje navedene pravice (ZZVZZ–M, Ur. l. RS, št. 91/2013, str. 9840–9841). Pravica do zdravljenja v tujini na podlagi omenjenih členov ZZVZZ–M se navezujejo na različne pravne temelje, med katerimi sta tudi Uredba (ES) št. 883/2004 in Direktiva 2011/24/EU (ZZVZZ–M, Ur. l. RS, št. 91/2013, str. 9840–9841). Poleg omenjenih evropskih pravnih virov je vključena tudi nacionalna ureditev, predhodno določena v Pravilih OZZ (Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, Ur. l. RS, št. 79/1994, str. 4504). S tem ko je zakonodajalec v ZZVZZ–M zdravljenju v tujini namenil poseben podnaslov in posebne člene, je med drugim zadostil dotedanjim očitkom pravne stroke, ki je poudarjala, da podzakonski akt ne bi smel določati več pravic kot zakon, zato je neustrezno, da ZZVZZ v nasprotju s Pravili OZZ ni določal pravice do zdravljenja v tujini (Godina, 2013, str. 6). Odločba Ustavnega sodišča je potrdila, da so v času do uveljavitve ZZVZZ–M Pravila OZZ kot splošni akt, izdan za izvrševanje javnih pooblastil, samostojno uredila pogoje za plačilo zdravstvenih storitev v tujini in pri tem brez zakonske podlage zavarovancem omejila oziroma celo odvzela pravico iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, zato je z uveljavitvijo ZZVZZ–M prenehal veljati prvi odstavek 135. člena Pravil OZZ, ki sovpada s 44. a členom ZZVZZ–M (ZZVZZ, Ur. l. RS, št. 30/2003–UPB, 35/2003–popr., 78/2003, 84/2004, 44/2005, 86/2006, 90/2006–popr., 64/2007, 33/2008, 7/2009, 88/2009, 30/2011, 49/2012, 106/2012, 99/2013–ZSVarPre-C, 25/2014–odl. US, 25/2014, 85/2014, str. 2935–2938).

2.2.1 Prilagoditev nacionalne zakonodajne ureditve čezmejnega zdravstvenega varstva

Prenos Direktive 2011/24/EU v nacionalni pravni red je Republiki Sloveniji predstavljal velik izziv. Leta 2014 je prejela dva uradna opomina Evropske komisije, v katerih ji je slednja očitala večje število kršitev, ki so pomenile nenotifikacijo nacionalnih predpisov za prenos Direktive 2011/24/EU v slovenski pravni red. Vlada Republike Slovenije je na svojih rednih sejah sprejela pravočasne odgovore, v katerih je Evropski komisiji posredovala pojasnila oziroma jo obvestila o sprejetih ukrepih za popoln prenos, in se s tem izognila tožbi na Sodišču Evropske unije (Urad Vlade RS za komuniciranje, 2014a, str. 17; Urad Vlade RS za komuniciranje, 2014b, str. 12–14).

V nadaljevanju opisujemo vsebinski prenos določil Direktive 2011/24/EU v slovensko nacionalno zakonodajo. Določila so povzeta v členih ZZVZZ–M od 44. c do 44. e (Ur. l. RS, št. 91/2013, str. 9841) ter v 135. c členu Pravil OZZ (Ur. l. RS, št. 30/2003–UPB, 35/2003–popr., 78/2003, 84/2004, 44/2005, 86/2006, 90/2006–popr., 64/2007, 33/2008, 7/2009, 88/2009, 30/2011, 49/2012, 106/2012, 99/2013–ZSVarPre-C, 25/2014–odl. US, 25/2014, 85/2014, str. 2958).

V slovenski nacionalni zakonodaji je opredeljeno, da ima zavarovana oseba v skladu z določbami Direktive 2011/24/EU pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev, ki so pravica iz obveznega zavarovanja v Republiki Sloveniji in ki jih uveljavi v drugi državi članici Evropske unije na podlagi naslednjih listin (ZZVZZ–M, Ur. l. RS, št. 91/2013, str. 9841):

- predhodno izdane napotnice izbranega osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika v Republiki Sloveniji za bolnišnične in specialistično ambulantne zdravstvene storitve, vključno z v okviru teh storitev predpisanimi zdravili in medicinskimi pripomočki, razen za specialistično ambulantne zdravstvene storitve, ki jih zavarovana oseba lahko uveljavi brez napotnice v javni zdravstveni mreži v Republiki Sloveniji,
- predhodno predpisanega recepta ali naročilnice izbranega osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika ali drugega zdravnika v Republiki Sloveniji, ki ga je za to pooblastil ZZVS,
- predhodno izdane odločba ZZVS glede napotitve na zdraviliško zdravljenje, upravičenosti do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe in pravice do zahtevnejšega medicinskega pripomočka,
- predhodno izdane odločbe ZZVS o predhodni odobritvi bolnišničnih zdravstvenih storitev, ki vključujejo prenočitev zavarovane osebe, in zdravstvenih storitev, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme. Seznam slednjih zdravstvenih storitev določi minister, pristojen za zdravje.

Slovenski zakonodajalec je v nacionalni pravni red delno prenesel tudi določbo iz Direktive 2011/24/EU, ki državi članici dopušča zahtevo po predhodni odobritvi čezmejnega zdravstvenega varstva kot enega izmed mehanizmov, s katerim država članica iz prevladujočih razlogov v splošnem interesu utemeljeno omeji svobodo opravljanja čezmejnih zdravstvenih storitev. V skladu z ZZVZZ-M se predhodna odobritev lahko zahteva za zdravstveno varstvo, ki vključuje prenočitev pacienta v bolnišnici vsaj za eno noč, in za zdravljenje, ki zahteva uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 59; ZZVZZ-M, Ur. l. RS, št. 91/2013, str. 9841). V zvezi s slednjo skupino zdravstvenih storitev je slovenski zakonodajalec Ministrstvu za zdravje podelil pristojnost, da določi seznam storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev ZZS kot pogoj za uveljavljanje pravice do povračila stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo na podlagi Direktive 2011/24/EU oziroma iz 44. c člena ZZVZZ-M. V skladu z Odredbo o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev, se med te uvrščajo zdravstvene storitve, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme: scintilacijsko kamero z detektorjem koincidence pri pozitronski emisiji oziroma brez njega, pozitronsko kamero, pozitronsko emisijsko tomografijo, računalniško tomografijo, hiperbarično komoro, napravo za slikanje z nuklearno magnetno resonanco za klinično uporabo, napravo za spektrometrijo z nuklearno magnetno resonanco za klinično uporabo (Odredba o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev, Ur. l. RS, št. 6/2014, str. 445). Obenem v slovenski pravni red ni prenesena zahteva po predhodni odobritvi za oblike zdravljenja, ki pomenijo tveganje za pacienta ali prebivalce, oziroma ga opravi izvajalec, ki bi lahko pomenil resne in konkretne pomisleke glede kakovosti in varnosti. Na podlagi določil iz ZZVZZ-M lahko ZZS predhodno odobritev sicer zavrne iz razloga vprašljive varnosti in kakovosti, vendar to velja le v primeru, kadar je ta zahtevana. Kot omenjeno, je v Republiki Sloveniji predhodna odobritev zahtevana le za bolnišnične storitve in uporabo visoko specializirane ali drage medicinske opreme (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 59; ZZVZZ-M, Ur. l. RS, št. 91/2013, str. 9841). Slovenski zakonodajalec se je zavezal, da mora ministrstvo za zdravje na svojih spletnih straneh javnost sezniniti o nastopu okoliščin za zavrnitev predhodne odobritve iz razlogov, da bi bila širša javnost zaradi zdravstvene storitve, ki je predmet predhodne odobritve, z zadostno kakovostjo izpostavljena varnostnemu tveganju ali bi storitev zagotovil izvajalec zdravstvene dejavnosti, glede katerega obstajajo resni in konkretni pomisleki v zvezi s spoštovanjem standardov in smernic glede kakovosti, varnosti in nadzora nad izvajanjem zdravstvenih storitev (ZZVZZ-M, Ur. l. RS, št. 91/2013, str. 9841).

V ZZVZZ-M so določene tudi zdravstvene storitve, za katere ni mogoče uveljavljati pravic pri čezmejnem zdravstvenem varstvu na podlagi Direktive 2011/24/EU. Pacienti, zavarovani v Republiki Sloveniji, niso upravičeni do povračila stroškov za zdravstvene storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti, za zdravstvene storitve na področju dolgotrajne oskrbe, vključno z neakutno bolnišnično obravnavo, ter zdravljenjem in nego v

socialnovarstvenih zavodih, za zdravstvene storitve na področju pridobivanja in presaditve delov človeškega telesa, za zdravstvene storitve na področju presejalnih programov, sobivanje enega od staršev v zdravstvenem zavodu z bolnim otrokom do starosti otroka vključno pet let, za medicinske pripomočke, ki so predmet izposoje zaradi potreb pri zdravljenju, negi in rehabilitaciji na domu, za šolanega psa vodiča, do katerega je upravičena slepa oseba, ter za potne stroške in spremstvo (ZZVZZ-M, Ur. l. RS, št. 91/2013, str. 9841).

Glede povračila stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo je po slovenski nacionalni zakonodaji predvideno, da se zavarovani osebi povrnejo v višini povprečne cene teh storitev v Republiki Sloveniji, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški zdravljenja. ZZZS stroške povrne iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja v skladu z nacionalno zakonodajo, po kateri v določenih primerih zavarovana oseba delež stroškov uveljavlja pri zavarovalnici, s katero ima sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje (ZZVZZ-M, Ur. l. RS, št. 91/2013, str. 9841).

Za odločanje o napotitvi na zdravljenje v tujino je v Republiki Sloveniji pristojna institucija ZZZS. Po sprejetju novele ZZVZZ-M o upravičenosti do zdravljenja v tujini na prvi stopnji odloča uradna oseba območne enote ZZZS v upravnem postopku, na drugi stopnji pa direkcija ZZZS (ZZS, 2014, str. 29). Kadar uradna oseba, ki vodi postopke v zvezi z uveljavljanjem pravic in drugih zahtev iz obveznega zavarovanja, nima določenega strokovnega znanja, lahko zaradi ugotavljanja ali presoje dejstva, ki je pomembno za rešitev zadeve, pridobi mnenje imenovanega zdravnika, člana zdravstvene komisije ali drugega zdravnika ZZZS (ZZVZZ-M, Ur. l. RS, št. 91/2013, str. 9843). V skladu z Zakonom o upravnem postopku je rok za izdajo in vročitev odločbe čim prej, najpozneje pa v dveh mesecih in teče od dne vložitve popolne vloge (Zakon o splošnem upravnem postopku, Ur. l. RS, št. 24/2006, str. 2503).

V Republiki Sloveniji v skladu s 77. b členom ZZVZZ-M (Ur. l. RS, št. 91/2013, str. 9842) vse naloge nacionalne kontaktne točke za čezmejno zdravstveno varstvo opravlja ZZZS. V tem okviru zagotavlja slovenskim zavarovanim osebam celovite informacije o uveljavljanju pravic do zdravljenja v tujini, tujim zavarovanim osebam posreduje informacije o morebitnem zdravljenju v Republiki Sloveniji, se posvetuje z organizacijami pacientov, izvajalci zdravstvene dejavnosti in nosilci zdravstvenega zavarovanja, sodeluje in izmenjuje informacije z nacionalnimi kontaktnimi točkami drugih držav članic Evropske unije in sodeluje z Evropsko komisijo. Slovenska nacionalna kontaktna točka posreduje informacije na svoji spletni strani, ki jo sproti posodablja in dopolnjuje, po elektronski pošti, telefonu in osebno, za obveščanje zavarovanih oseb o pravicah do načrtovanega zdravljenja v tujini pa je bila izdana tudi zloženka (ZZS, 2016, str. 73).

2.2.2 Načini uveljavljanja čezmejnega zdravstvenega varstva

Pravico do čezmejnega zdravstvenega varstva urejajo različne mednarodne in nacionalne pravne podlage, ki veljajo za osebe, zavarovane v Republiki Sloveniji. Te predstavljajo vzporedno veljavne sisteme pravil, ki omogočajo dostop do čezmejnega zdravstvenega varstva v drugih državah članicah. Postopki pri nenačrtovanem zdravljenju v primeru nenadne bolezni med začasnim bivanjem v tujini in postopki pri načrtovanem zdravljenju v primeru potovanja v tujino z namenom zdravljenja se razlikujejo.

Nenačrtovano čezmejno zdravstveno varstvo zajema nujne zdravstvene storitve med začasnim bivanjem v tujini. V skladu s posodobljenimi pravili koordinacije sistemov zdravstvene varnosti so zavarovane osebe in njihovi družinski člani upravičeni do vseh nujnih zdravstvenih storitev, ki jih potrebujejo iz zdravstvenih razlogov med začasnim bivanjem v kateri koli od držav članic Evropske gospodarske skupnosti (Evropska unija, Islandija, Lihtenštajn, Norveška) in v Švici. V imenu pristojnega nosilca jih zagotavlja nosilec v kraju začasnega bivanja v skladu z določbami njihove zakonodaje (Uredba (ES) št. 883/2004, Ur. l. EU, št. L 166/2004, Uredba (ES) št. 987/2009, str. 81; Ur. l. EU, št. L 284/2009, str. 10–11). To pomeni, da so pacienti upravičeni do nujne zdravniške pomoči pri zdravnikih ali zdravstvenih ustanovah, ki so del javne zdravstvene mreže, pod enakimi pogoji in za enake stroške kot zavarovanci te države. Če je zadevno zdravljenje za prebivalce države zdravljenja brezplačno, tudi pacientom ni treba plačati. V primeru, da je za zdravljenje treba plačati, pacienti lahko zaprosijo za povračilo stroškov še med prebivanjem v tej državi neposredno pri nacionalnem zavodu za zdravstveno zavarovanje ali pa po vrnitvi domov pri domačem zavodu za zdravstveno zavarovanje. Stroški so povrnjeni v skladu s predpisi in stopnjami države, v kateri so bili deležni zdravniške pomoči, zato ni nujno, da se povrnejo celotni stroški zdravljenja. Domača zdravstvena zavarovalnica v skladu s predpisi države zdravljenja pacientom ne povrne morebitnih stroškov participacije (Nenačrtovane zdravstvene storitve – plačilo in povračilo stroškov, 2016). Zavarovana oseba mora izvajalcu zdravstvene oskrbe v državi članici začasnega prebivališča predložiti dokument, ki ga je izdal pristojni nosilec in ki potrjuje njeno upravičenost do storitev (Uredba (ES) št. 883/2004, Ur. l. EU, št. L 166/2004, str. 81; Uredba (ES) št. 987/2009, Ur. l. EU, št. L 284/2009, str. 10–11). Tak dokument oziroma javna listina je evropska kartica zdravstvenega zavarovanja, ki je fizično dokazilo o zavarovanju v državi članici Evropske unije in ki poenostavlja postopek plačila in povračila stroškov. Izda jo nacionalni ponudnik zdravstvenega zavarovanja (Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja, 2016). V Republiki Sloveniji je to ZZZS (Statut Zavoda za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije, Ur. l. RS, št 87/2001).

Osebe, zavarovane v Republiki Sloveniji, imajo pravico do načrtovanega čezmejnega zdravstvenega varstva v drugih državah članicah v treh primerih, ki jih definirajo določeni pogoji.

V prvem primeru ima zavarovana oseba pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v drugi državi članici Evropske unije oziroma do povračila stroškov teh storitev, če so v Republiki Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja, s pregledom, preiskavo ali zdravljenjem v tujini pa je utemeljeno pričakovati ozdravitev, izboljšanje ali preprečitev nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja. Stroški zdravstvenih storitev se zavarovani osebi povrnejo v višini dejanskih stroškov teh storitev v državi, v kateri so bile uveljavljene (ZZVZZ–M, Ur. l. RS, št. 91/2013, str. 9840). Ta možnost uveljavljanja ni predmet posebne evropske kodifikacije, temveč so to pravila slovenske nacionalne zakonodaje, izoblikovana v skladu s sodno prakso Sodišča Evropske unije in temeljijo neposredno na podlagi 56. člena PDEU, ki prepoveduje omejitve svobode opravljanja storitev. Slovenski zakonodajalec se je odločil povečati pravno varnost pacientov in možnost pozitivno pravno urediti (Ur. l. EU, št. C 83/01/2010, str. 70; Knez, 2014, str. 123). Pravilo je uvrščeno v 44. a člen ZZVZZ-M (Ur. l. RS, št. 91/2013, str. 9840), pred sprejetjem novele tega zakona pa ga je obravnaval že 135. a člen Pravil OZZ (Ur. l. RS, št. 30/2003–UPB, 35/2003–popr., 78/2003, 84/2004, 44/2005, 86/2006, 90/2006–popr., 64/2007, 33/2008, 7/2009, 88/2009, 30/2011, 49/2012, 106/2012, 99/2013–ZSVarPre-C, 25/2014–odl. US, 25/2014, 85/2014, str. 3712).

V drugem primeru ima zavarovana oseba pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v drugi državi članici Evropskega gospodarskega prostora in Švicarske konfederacije oziroma do povračila stroškov teh storitev, če ji je bila v Republiki Sloveniji pri vpisu v čakalni seznam določena čakalna doba, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, pa v Republiki Sloveniji ni drugega izvajalca, ki te ne presega, oziroma če najdaljša dopustna čakalna doba ni presežena, če ji je bila določena čakalna doba, ki presega razumen čas. Stroški zdravstvenih storitev se zavarovani osebi povrnejo v višini dejanskih stroškov, vendar ne več, kot znašajo stroški teh storitev v javni zdravstveni mreži v državi, v kateri so bile uveljavljene (ZZVZZ–M, Ur. l. RS, št. 91/2013, str. 9840–9841). Ker gre za potovanje zavarovane osebe z namenom pridobitve storitve, je za ustrezno zdravljenje zunaj države članice stalnega prebivališča predvidena predhodna odobritev pristojnega nosilca (Uredba (ES) št. 883/2004, Ur. l. EU, št. L 166/2004, str. 81). Pravilo izhaja iz koordinacijske Uredbe št. (ES) 883/2004 in njene izvedbene Uredbe (ES) št. 987/2009 (ZZVZZ–M, Ur. l. RS, št. 91/2013, str. 9840), v slovenski nacionalni zakonodaji pa je povzeto v 44. b členu ZZVZZ-M (Ur. l. RS, št. 91/2013, str. 9840–9841) in 135. b členu Pravil OZZ (Ur. l. RS, št. 30/2003–UPB, 35/2003–popr., 78/2003, 84/2004, 44/2005, 86/2006, 90/2006–popr., 64/2007, 33/2008, 7/2009, 88/2009, 30/2011, 49/2012, 106/2012, 99/2013–ZSVarPre-C, 25/2014–odl. US, 25/2014, 85/2014, str. 2958).

Vodenje čakalnih seznamov v Republiki Sloveniji urejata Zakon o pacientovih pravicah in na njegovi podlagi sprejet Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenju čakalnih seznamov, ki velja za izvajalce zdravstvenih storitev v mreži javne zdravstvene službe (ZZZS, 2016, str. 43). V Zakonu o pacientovih pravicah so podrobno opredeljeni pojmi čakalna doba, čakalni čas, čakalni

seznam in razumen čas (Ur. l. RS, št. 15/2008, str. 1045–1046; v nadaljevanju ZPacP). Najdaljše dopustne čakalne dobe za posamezne zdravstvene storitve so določene s Pravilnikom o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov. Naveden pravilnik določa tudi čakalni seznam, postopek vpisa in prednostne kriterije za uvrščanje pacientov v čakalni seznam ter način vodenja čakalnih seznamov pri izvajalcih zdravstvenih storitev v mreži javne zdravstvene dejavnosti. Določeno je tudi, da so najdaljše dopustne čakalne dobe spoštovane, če je čakalna doba za določeno zdravstveno storitev pri najmanj enem izvajalcu znotraj najdaljše dopustne čakalne dobe (Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov, Ur. l. RS, št. 63/2010, str. 9584–9587). Podatki o čakalnih dobah v Republiki Sloveniji so objavljeni na spletnih straneh Nacionalnega inštituta za javno zdravje (v nadaljevanju NIJZ), prav tako jih na svojih spletnih straneh objavljajo izvajalci zdravstvenih storitev. Seznam storitev, za katere NIJZ spremlja podatke o čakalni dobi in številu čakajočih, vključuje 48 storitev oziroma posegov in 13 ambulant. ZZZS spremlja podatke o čakalni dobi za zobozdravstvene storitve, za katere NIJZ še ni vzpostavil zbiranja podatkov (NIJZ, 2016, str. 3; ZZZS, 2016, str. 43).

Tretji primer obsega odločitev zavarovane osebe za načrtovano zdravljenje v drugi državi članici Evropske unije na podlagi Direktive 2011/24/EU in je v slovenski nacionalni zakonodaji povzeta v členih ZZVZZ-M od 44. c do 44. e (ZZVZZ-M, Ur. l. RS, št. 91/2013, str. 9841) ter v 135. c členu Pravil OZZ (Ur. l. RS, št. 30/2003–UPB, 35/2003–popr., 78/2003, 84/2004, 44/2005, 86/2006, 90/2006–popr., 64/2007, 33/2008, 7/2009, 88/2009, 30/2011, 49/2012, 106/2012, 99/2013–ZSVarPre-C, 25/2014–odl. US, 25/2014, 85/2014, str. 2958). Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev, ki so pravica iz obveznega zavarovanja v Republiki Sloveniji in ki jih uveljavi v drugi državi članici Evropske unije na podlagi napotnice, recepta oziroma drugih natančno opredeljenih listin ZZZS, razen za nebolnišnične oziroma specialistične ambulantne zdravstvene storitve, ki jih zavarovana oseba lahko uveljavi brez napotnice. Določeni so tudi pogoji za morebitno omejitev dostopa do čezmejnega zdravstvenega varstva iz prevladujočih razlogov v splošnem interesu. Predhodna odobritev se zaradi zagotavljanja vzdržnosti zdravstvenega sistema in dostopa do uravnoteženega obsega visokokakovostnega zdravstvenega varstva zahteva za čezmejno zdravstveno varstvo, ki vključuje nočitev v bolnišnici oziroma uporabo visoko specializirane ali drage medicinske opreme, ter za čezmejno zdravstveno varstvo, za katerega obstajajo resni pomisleki glede tveganja, kakovosti in varnosti. Določene so tudi zdravstvene storitve, za katere zavarovana oseba v nobenem primeru ni upravičena do povračila stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo – med drugimi so izključene storitve osnovne zdravstvene dejavnosti, storitve dolgotrajne oskrbe in presaditve človeških organov (ZZVZZ-M, Ur. l. RS, št. 91/2013, str. 9841). Stroški zdravstvene storitve se zavarovani osebi povrnejo v skladu z nacionalno zakonodajo iz obveznega oziroma dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, in

sicer v višini povprečne cene teh storitev v Republiki Sloveniji, pri čemer povračilo ne sme presegati dejanskih stroškov (ZZVZZ–M, Ur. l. RS, št. 91/2013, str. 9841).

Republika Slovenija je za uveljavljanje zdravstvenih storitev zavarovanih oseb v državah, v katerih ne velja evropski pravni red, sklenila dvostranske mednarodne sporazume o socialnem zavarovanju z Avstralijo, Bosno in Hercegovino, Črno goro, Makedonijo ter Srbijo (Evropski pravni red in mednarodni sporazumi o socialnem zavarovanju, 2016). Kot nosilec zdravstvenega zavarovanja jih izvaja ZZZS, ki hkrati sodeluje tudi pri oblikovanju in uveljavljanju novih dvostranskih sporazumov o socialni varnosti. V letu 2015 so se nadaljevali postopki za sklenitev novih dvostranskih mednarodnih sporazumov z Združenimi državami Amerike in Republiko Korejo, zastale pa so aktivnosti pri sklepanju bilateralnega sporazuma z Republiko Turčijo. Vlada Republike Slovenije je novembra 2015 sprejela pobudo za sklenitev sporazuma z Rusko federacijo (ZZS, 2016, str. 69).

3 OBSEG ČEZMEJNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V EVROPSKI UNIJI

V Direktivi 2011/24/EU je izpostavljeno, da je bil pretok pacientov med državami članicami Evropske unije pred njeno uvedbo omejen, in to kljub predhodno obstoječim možnostim za koriščenje čezmejnega zdravstvenega varstva. Hkrati je bilo izraženo pričakovanje, da bo pretok ostal omejen tudi v bodoče (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 49).

3.1 Kratka analiza obsega čezmejnega zdravstvenega varstva v Evropski uniji v obdobju 2007–2012

Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (angl. *The Organisation for Economic Co-operation and Development*, v nadaljevanju OECD) je v sodelovanju z Evropsko komisijo analizirala podatke o čezmejnem zdravstvenem varstvu v državah članicah Evropske unije. Čeprav so številke nizke, pa razpoložljivi uradni podatki kažejo, da načrtovano čezmejno zdravstveno varstvo pacientov narašča. Med letoma 2007 in 2012 so se v večini držav članic Evropske unije povečali tako odhodi pacientov v tujino z namenom zdravljenja (uvoz zdravstvenih storitev) kot tudi prihodi pacientov iz tujine z namenom zdravljenja (izvoz zdravstvenih storitev). Z uvedbo Direktive 2011/24/EU naj bi zdravstvene storitve postale pravo tržno blago, zato je pričakovana nadaljnja rast čezmejnega zdravstvenega varstva (OECD, 2014, str. 130).

Obseg evidentiranega obsega čezmejnih storitev je v letu 2012 znašal 5,5 milijarde evrov, pri čemer so podatki zaradi pomanjkljivega poročanja najverjetneje podcenjeni (OECD, 2014, str. 130). Odliv pacientov, ki so koristili storitve v tujini, je v letu 2012 presegel 3 milijarde evrov. Po absolutni vrednosti je vodilna država pri uvozu zdravstvenih storitev Nemčija, sledita ji Nizozemska in Francija. Stroški teh storitev v Nemčiji predstavljajo le

0,6 % njene skupne zdravstvene porabe. Glede na delež v skupni porabi za zdravstvene storitve je s 5 % vodilen v uvozu Luksemburg, kjer velik odstotek zavarovane populacije živi in koristi zdravstvene storitve v obmejnih državah. Sledi Ciper, kjer 3,5 % zavarovancev koristi čezmejno zdravstveno varstvo v Grčiji, z okoli 1 % pa tudi Islandija, Portugalska in Nizozemska. Delež za uvoz zdravstvenih storitev v celotni zdravstveni porabi v Republiki Sloveniji znaša 0,33 %, kar glede na leto 2007 pomeni 7,4 % rast glede na opazovano obdobje (OECD, 2014, str. 130–131). Prihodi pacientov iz tujine so v letu 2012 znašali 2,5 milijarde evrov. Glede na absolutne zneske so bile vodilne države pri izvozu storitev Francija, Češka, Madžarska in Poljska. Glede na delež porabe v zdravstvu so v obravnavanem obdobju vodile Hrvaška s 5,29 %, Češka in Madžarska z dobrimi 4 % ter Luksemburg z 2,03 %. Izmed vseh držav je največji porast v izvozu zdravstvenih storitev med letoma 2007 in 2012 dosegla Republika Slovenija s 23,7 % rastjo, kar jo po deležu porabe za zdravstvo v letu 2012 z 1,58 % uvršča na 5. mesto (OECD, 2014, str. 130–131).

3.2 Dejavniki, ki vplivajo na odločitev za čezmejno zdravstveno varstvo

V Direktivi 2011/24/EU je izraženo pričakovanje, da bo pretok pacientov med državami članicami ostal omejen, saj večina pacientov daje prednost koriščenju zdravstvenega varstva v svoji državi (Direktiva 2011/24/Eu, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 49). Med razlogi, zaradi katerih naj bi se pacienti odločali, da bodo nekatere oblike zdravstvenega varstva koristili v drugi državi članici, sta omenjena visoko specializirana oskrba in zdravstveno varstvo na obmejnih območjih, kjer je najbližja ustrezna ustanova na drugi strani meje. Poleg tega se nekateri pacienti želijo zdraviti v tujini, da bi bili blizu svojih družinskih članov, ki bivajo v drugi državi članici. Nenazadnje je lahko čezmejno zdravstveno varstvo za paciente aktualno tudi zato, da bi imeli dostop do drugačnega načina zdravljenja, kot je zagotovljeno v državi članici zdravstvenega zavarovanja, ali pa zato, ker menijo, da bodo v drugi državi članici prejeli bolj kakovostno zdravstveno varstvo (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 49–50).

Dejanska pripravljenost pacientov za koriščenje čezmejnega zdravstvenega varstva in razlogi za koriščenje storitev čezmejnega zdravstvenega varstva med državami članicami Evropske unije so bili leta 2014 analizirani v raziskavi Evrobarometer. Podatki kažejo, da je razmerje oseb, ki so pripravljene koristiti čezmejno zdravstveno varstvo, in oseb, ki tega ne želijo, približno uravnoteženo. Medtem ko je 46 % vprašanih odgovorilo, da niso pripravljene potovati na zdravljenje v drugo državo članico, je 49 % vprašanih odgovorilo pritrdilno. Slaba četrtina izmed slednjih odhod pogojuje z določenim zdravljenjem, le manjši delež pa tudi z državo članico zdravljenja (Evropska komisija, 2015a, str. 10).

Med razlogi za koriščenje storitev čezmejnega zdravstvenega varstva med državami članicami Evropske unije je največji odstotek pozitivnih odgovorov, tj. 71 %, prejelo dejstvo, da določenega zdravljenja ni mogoče prejeti v domači državi. Sledili so mu

zahteva po višji kakovosti s 53 %, zdravljenje pri priznanem strokovnjaku z 38 %, dolge čakalne dobe s 34 % in nižje cene zdravljenja v tujini s 23 %. Zelo malo pacientov naj bi se za čezmejno zdravstveno varstvo odločilo zaradi bližine doma oziroma ostalih spontanih razlogov (Evropska komisija, 2015a, str. 14–17).

Pri analizi načrtovanega čezmejnega zdravljenja določenih bolezni podatki kažejo, da bi dobra polovica vseh, ki so pripravljeni uveljavljati čezmejno zdravstveno varstvo, to storila za zdravljenje raka, sledijo srčna kirurgija, zobozdravstvene storitve in diagnostične preiskave, z manjšimi deleži pa še ostale zdravstvene storitve, kot so operativna vstavitve endoproteze kolka ali kolena, zdravljenje sive mrežnice, ledvičnih kamnov in kile (Evropska komisija, 2015a, str. 18–20).

Socialno-demografski podatki kažejo na to, da med osebami, ki so pripravljene uveljavljati čezmejno zdravstveno varstvo, prevladujejo mladi, samozaposleni, študentje in bolj izobraženi ljudje (Evropska komisija, 2015a, str. 13). Slednji so kot razlog za koriščenje čezmejnega zdravstvenega varstva najpogosteje navajali kakovost in hitrost dostopa do zdravljenja. Nasprotno so prednost nizki ceni zdravljenja dale osebe iz delavskega razreda (Evropska komisija, 2015a, str. 17).

Med razlogi, da se vprašane osebe ne bi odločile za uveljavljanje čezmejnega zdravstvenega varstva z dobro polovico prevladuje zadovoljstvo z zdravstvenim varstvom v domači državi članici, precej visok delež pa je prejel tudi odgovor, da je zdravljenje blizu doma bolj priročno. Manj kot tretjina vprašanih kot razlog navaja jezikovne ovire, pomanjkanje ozaveščenosti o pravicah v primeru zapletov, osebne finančne omejitve in ostale informacije glede varnosti in kakovosti čezmejnega zdravstvenega varstva ter povračila (Evropska komisija, 2015a, str. 23–27).

Glede na raziskave Evrobarometer je zavedanje o obstoju nacionalnih kontaktnih točk in informacijah, ki jih nudijo, zelo nizko. Le vsak deseti Evropejec ve, kje poiskati informacije o čezmejnem zdravstvenem varstvu. Dejstvo pojasnjuje podatek, da je le 5 % Evropejcev že koristilo čezmejno zdravstveno varstvo. Republika Slovenija je glede ozaveščenosti s 16 % pozitivnih odgovorov na 5. mestu med državami članicami Evropske unije (Evropska komisija, 2015a, str. 51–52). Kljub omenjenim rezultatom raziskave Evrobarometer je Evropska komisija v novici, ki jo je decembra leta 2015 objavila na svojem spletišču, z zadovoljstvom ugotovila, da so v vseh državah članicah že vzpostavljene nacionalne kontaktne točke, kjer lahko pacienti dobijo vse informacije o čezmejnem zdravstvenem varstvu (Evropska komisija, 2015c).

3.3 Kratka analiza obsega čezmejnega zdravstvenega varstva v Evropski uniji po uvedbi Direktive 2011/24/EU

V skladu z določilom iz Direktive 2011/24/EU je morala Evropska komisija do 25. oktobra 2015 pripraviti prvo poročilo o izvajanju in ga predložiti Evropskemu parlamentu ter Svetu (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 64). Evropska komisija v svojem poročilu ugotavlja, da je mobilnost pacientov pri načrtovanem zdravstvenem varstvu v okviru Direktive 2011/24/EU in uredb o socialni varnosti še vedno majhna, kar pa ne velja za nenačrtovano zdravstveno varstvo. Izjeme te splošne ugotovitve so Francija, Luksemburg, Finska in Danska (Evropska komisija, 2015b, str. 11).

Raven dejanskega koriščenja načrtovanega čezmejnega zdravstvenega varstva je veliko nižja od rezultatov, izraženih v raziskavi Evrobarometra. Za to je možnih več vzrokov. Nekatere države članice so Direktivo 2011/24/EU začele izvajati relativno pozno, kar je lahko vplivalo na številke, ki so se uporabile za leto 2014. Nadalje je število državljanov, ki se zavedajo svojih splošnih pravic do povračila stroškov, izjemno nizko, kar je razvidno tudi iz raziskave Evrobarometra. Poleg tega tudi pacienti, ki se zavedajo svojih pravic, zaradi precejšnjih razlik v učinkovitosti nacionalnih kontaktnih točk v več državah članicah težko izvejo več o tem, kako te pravice uveljaviti v praksi. Tretji razlog je lahko v tem, da so nekatere države članice v celoti izvedle Direktivo 2011/24/EU in si precej prizadevajo, da bi spodbujale pravice pacientov do čezmejnega zdravstvenega varstva, nasprotno pa se v znatnem številu držav pacienti srečujejo z velikimi ovirami zdravstvenih sistemov, ki se vsaj v nekaterih primerih zdijo rezultat namernih političnih izbir. Tako so nekateri trenutni sistemi predhodne odobritve bolj obširni, kot je glede na trenutno število zahtevkov mogoče ustrezno utemeljiti, v mnogih primerih pa niti ni jasno, za katera zdravljenja je potrebna predhodna odobritev. Paciente od čezmejnega zdravstvenega varstva odvrčajo tudi obremenjujoče upravne zahteve in nižje tarife za povračilo stroškov od tarif, ki se uporabljajo v matični državi članici paciente (Evropska komisija, 2015b, str. 11–12).

Kljub vse večji splošni mobilnosti prebivalcev znotraj enotnega evropskega prostora po uvedbi Direktive 2011/24/EU je bil zaznano povečanje mobilnosti pacientov iz naslova načrtovanega čezmejnega zdravstvenega varstva skromno. To kaže na to, da Direktiva 2011/24/EU doslej ni stimulirala čezmejne mobilnosti pacientov, kar tudi ni njen cilj. Potencial Direktive 2011/24/EU je precej večji kot le kodifikacija pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, zato je treba tudi njene učinke gledati širše. Njena uvedba vpliva tudi na harmonizacijo zdravstvenih sektorjev in vzpostavitev konkurenčnega trga znotraj enotnejšega evropskega zdravstvenega prostora, kar bomo podrobneje obravnavali v zadnjem poglavju diplomskega dela (Riedel, 2016, str. 1–2). Prav tako je v mnogih državah članicah Direktiva 2011/24/EU prispevala k več pomembnim razpravam v zvezi z reformo zdravstvenega varstva (Evropska komisija, 2015b, str. 12).

4 OBSEG ČEZMEJNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA ZA REPUBLIKO SLOVENIJO

Glede na izkušnje držav, kjer je bilo čezmejno zdravstveno varstvo razvito med prvimi, naj bi imela Direktiva 2011/24/EU največji vpliv v obmejnih regijah in v manjših državah članicah, kamor spada tudi Republika Slovenija (Šik, 2013, str. 40–41). V Republiki Sloveniji je mogoče pričakovati, da bo obseg čezmejnih zdravstvenih storitev odvisen od kakovosti in cene storitev v primerjavi s storitvami v domači državi, predvsem za visoko specializirane zdravstvene storitve, predvidoma pa bodo pomemben dejavnik tudi dolge čakalne dobe v Republiki Sloveniji (Šik, 2013, str. 31–38). Večja nevarnost za porast storitev čezmejnega zdravstvenega varstva zaradi dolgih čakalnih dob obstaja zlasti v obmejnih področjih, kjer prebivalci praviloma razumejo jezik sosednje dežele, in za storitve, za katere ni velikih razlik v cenah (Šik, 2013, str. 38). Pomembni omejevalni dejavniki bodo predvidoma ostale razlike v nacionalnih zdravstvenih sistemih držav članic, med katere spadajo tudi razlike v dohodkih, ter kulturne, jezikovne in druge pregrade (Šik, 2013, str. 53).

Glede na rezultate raziskave Evrobarometer je Republika Slovenija ena izmed držav članic, kjer naj bi imelo največji vpliv pri odločitvi za čezmejno zdravstveno varstvo zadevno zdravljenje (Evropska komisija, 2015a, str. 11). Pri navedbi razlogov za odhod v tujino je Republika Slovenija statistično gledano precej usklajena s povprečjem odgovorov, ki so jih podale druge države članice Evropske unije. Najbolj se razlikuje pri razlogu za odhod v tujino zaradi dolgih čakalnih dob, pri čemer je odstotek odgovorov bistveno višji, kar kaže na realni problem dolgih čakalnih dob v Republiki Sloveniji (Evropska komisija, 2015a, str. 14–17).

Nacionalni inštitut za javno zdravje, ki izvaja spremljanje čakalnih dob v Republiki Sloveniji in pripravlja mesečno poročilo za 13 vrst specialističnih ambulant in 48 preiskav in operacij, opozarja na to, da se čakalne dobe v zdravstvu podaljšujejo. Posebej dolge so čakalne dobe za operacijo nožnega palca, operacijo krčnih žil, za pregled v revmatološki ambulanti, za druge posege na perifernem ožilju, za artroplastiko kolena, za posege na ušesu in mastoidu, za koronarno angiografijo in perkutano transluminalno koronarno angioplastiko, za posege in operacije nosu in obnosnih votlini, za posege in operacije v ustih, grlu in žrelu in za operacijo kile pri odraslih (NIJZ, 2016, str. 4). Kljub temu so bile na dan 1. maj 2016 pri večini spremljanih zdravstvenih storitev čakalne dobe v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob, saj jih je vsaj en izvajalec nudil v okviru čakalne dobe znotraj postavljenih meja. Izjema je revmatološka ambulanta, kjer v Republiki Sloveniji ni bilo izvajalca, ki bi imel čakalno dobo znotraj najdaljših dopustnih čakalnih dob (NIJZ, 2016, str. 3–4). Na dan 1. maj 2016 je skupno število vseh čakajočih v naboru 13 izbranih specialističnih ambulant na prvi pregled čakalo 125.063 pacientov, od tega 9,37 % nad dopustno čakalno dobo, na 48 izbranih zdravstvenih storitev pa je čakalo 102.527 pacientov, od tega 21,99 % nad dopustno čakalno dobo (NIJZ, 2016, str. 7).

4.1 Analiza obsega čezmejnega zdravstvenega varstva za Republiko Slovenijo v obdobju 2006–2010

Prvo prelomnico in porast v čezmejnem zdravstvenem varstvu bi lahko pričakovali že pred uvedbo Direktive 2011/24/EU. Leta 2010 sta se uveljavili posodobljeni koordinacijski uredbi na področju socialne varnosti, in sicer Uredba (ES) št. 883/2004 in Uredba (ES) št. 987/2009. V okviru prenovljene socialne agende Evropske komisije so se predstavniki ZZZS v sodelovanju z drugimi pristojnimi organi in nosilci v Republiki Sloveniji pripravljali tudi že na predlog direktive Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva. V zvezi s slednjim predlogom je ZZZS izpostavil, da je na podlagi slovenske in evropske sodne prakse že od konca leta 2009 zagotavljal povračilo stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva za nebolnišnično oskrbo, za katero lahko zavarovana oseba brez predhodne odobritve zahteva povrnitev stroškov v državi članici, kjer je zavarovana (Višje delovno in socialno sodišče, 2009; ZZZS, 2011, str. 28). S tem je ZZZS v veliki meri že izvajal odločbe kasneje sprejete Direktive 2011/24/EU, ki je glede povračila stroškov v celoti prevzela evropsko sodno prakso v zvezi s pravicami pacientov do zdravljenja v drugi državi članici Evropske unije (Godina, 2013, str. 6).

Ugotavljamo, da koriščenje čezmejnega zdravstvenega varstva v opazovanem obdobju sicer narašča, učinki večje dostopnosti v letu 2010 pa niso bili takojšnji. V letih od 2006 do 2009 je bil zaznan približno 15 % trend naraščanja vlog za napotitev na zdravljenje v tujino, ki pa ga v letu 2010 v primerjavi z letom prej ni bilo več zaznati. V poslovnem poročilu ZZZS za leto 2010 so kot razlog navedli jasnejše usmeritve služb ZZZS in večjo informiranost zavarovanih oseb pred samo podajo vloge oziroma v bolj kritičnem podajanju vlog za napotitev na zdravljenje v tujino (ZZZS, 2011, str. 27).

Konkretno je ZZZS v letu 2010 obravnaval 58 nerešenih vlog iz leta 2009 in 712 novo prejetih vlog. Skupno 770 obravnavanih vlog pomeni 6 vlog manj kot v letu 2009, od teh pa je bilo odobrenih 619 napotitev v tujino, kar pomeni 5 več odobrenih vlog kot v letu 2009 (ZZZS, 2011, str. 27). Največ napotitev je bilo v območni enoti Ljubljana, najmanj pa v območni enoti Krško. Zavarovane osebe so bile največkrat napotene v Avstrijo, Nemčijo in Švico (ZZZS, 2011, str. 26).

Izmed vseh obravnavanih vlog v letu 2010 je šlo v 9 primerih za obravnavo odobritve napotitve na zdravljenje v tujino oziroma obravnavo povračila stroškov opravljenih storitev v tujini iz razloga predolghih čakalnih dob, od teh pa sta bili pozitivno rešeni vlogi v dveh primerih. Ob tem je ZZZS sklenil, da je treba vprašanju predolghih čakalnih dob posvetiti večjo pozornost (ZZZS, 2011, str. 27). Za boljše uresničevanje nemotene dostopnosti zavarovanih oseb do programov zdravstvenih storitev na podlagi obvladovanja čakalnih dob je ZZZS v svojem Strateškem razvojnem programu predvidel strategije, kot so

določene finančne vzpodbude za izvedbo programov in širitve oziroma povečevanje izbranih prioritetnih programov (ZZZS, 2011, str. 44).

V letu 2010 je medsebojna izmenjava zahtevkov za povračila stroškov med ZZZS in tujimi nosilci zdravstvenega zavarovanja potekala s 33 državami, od tega s 26 državami članicami Evropske unije, s 3 državami članicami Evropskega gospodarskega prostora in s Švico, s Hrvaško, Makedonijo ter Bosno in Hercegovino (ZZZS, 2011, str. 28).

Od leta 2006 do leta 2010 sta naraščali tako višina predloženih obveznosti kot tudi višina terjatev ZZZS do tujine, pri čemer so obveznosti naraščale veliko hitreje od terjatev (ZZZS, 2011, str. 30). Tuji organi so ZZZS v letu 2010 obračunali stroške za 42.841 primerov slovenskih zavarovanih oseb, ki so v tujini uveljavljale zdravstvene storitve med začasnim in stalnim bivanjem v tujini oziroma so bile napotene na zdravljenje v tujino, kar predstavlja 7,9 % več primerov kot v letu 2009. Skupni znesek novo nastalih obveznosti ZZZS do tujine je znašal 26.401.319,21 evra. Najvišji znesek obveznosti sta nam na podlagi dvostranskega mednarodnega sporazuma predložili državi, ki nista bili članici Evropske unije, in sicer Bosna in Hercegovina (39,2 % vseh skupnih obveznosti) in Hrvaška (35,6 % vseh skupnih obveznosti), sledili sta Avstrija z 8,5 % in Nemčija s 5,8 % vseh skupnih novo nastalih obveznosti (ZZZS, 2011, str. 29–30).

ZZZS je v letu 2010 tujim organom obračunal stroške za 14.207 primerov tujih zavarovanih oseb, ki so v Republiki Sloveniji uveljavljale zdravstvene storitve, kar predstavlja 44 % manj primerov kot v letu 2009. Skupna vrednost novo nastalih terjatev je v letu 2010 znašala 8.917.151,49 evra. Največji delež novo nastalih terjatev so predstavljale terjatve do Nemčije (26,7 %), Hrvaške (25,3 %), Avstrije (20,4 %) in Italije (15,0 %), kar skupaj predstavlja 87,0 % delež celotnih novo nastalih terjatev (ZZZS, 2011, str. 29). Ker je bilo znižanje višine novonastalih terjatev posledica spremembe zakonodaje Evropske unije na področju obračunavanja stroškov in časovnega zamika pri izdaji obračunov, je ZZZS zaključil, da lahko v prihodnjih letih pričakujemo precejšen porast tako novo nastalih obveznosti kot tudi terjatev ZZZS (ZZZS, 2011, str. 30).

4.2 Analiza obsega čezmejnega zdravstvenega varstva za Republiko Slovenijo v obdobju 2011–2015

Poleti 2012 so bila v nacionalna Pravila OZZ tudi uradno prenesena že obvezujoča pravila iz posodobljenih uredb o koordinaciji socialnih sistemov Evropske unije (Pravila OZZ, Ur. l. RS, št. 30/2003–UPB, 35/2003–popr., 78/2003, 84/2004, 44/2005, 86/2006, 90/2006–popr., 64/2007, 33/2008, 7/2009, 88/2009, 30/2011, 49/2012, 106/2012, 99/2013–ZSVarPre-C, 25/2014–odl. US, 25/2014, 85/2014, str. 5050). Največjo prelomnico v statistiki čezmejnega zdravstvenega varstva je mogoče pričakovati po letu 2013, ko so bile vzporedno z implementacijo Direktive 2011/24/EU v slovenski pravni red v noveli ZZVZZ-M tudi pravno-formalno urejene pravice pacientov do načrtovanega zdravstvenega

varstva na podlagi vseh obstoječih predpisov Evropske unije (ZZVZZ-M, Ur. l. RS, št. 91/2013, str. 9840–9841).

V letih 2011 in 2012 je bil najprej opazen porast prejetih vlog za napotitev zavarovanih oseb v tujino na pregled, preiskavo in zdravljenje, nabavo steklene očesne proteze v tujini in diagnostične preiskave, trend pa se je leta 2013 spet obrnil. Število novih vlog je znašalo 905 v letu 2011 ter kar 1.029 v letu 2012, v letu 2013 pa se je število novih vlog spustilo na 770 vlog. Število odobrenih vlog je bilo 716 leta 2011, 780 leta 2012 in le 440 vlog leta 2013. Vsako leto je ZZZS prejel in obravnaval tudi nekaj vlog zaradi predolgh čakalnih dob, vendar so bile vloge bodisi zavrnjene kot neutemeljene bodisi so ostajale nerešene (ZZZS, 2012, str. 27; ZZZS, 2013, str. 28–29; ZZZS, 2014, str. 29–30). Leto 2013 je v smislu števila prejetih in odobrenih vlog za napotitev na zdravljenje v tujino ter v višini novonastalih obveznosti in terjatev ZZZS do tujine pomenilo umiritev, ki pa ji je v prihodnjih dveh letih s sprejemom novele ZZVZZ-M sledil velik porast (ZZZS, 2016, str. 71).

Na podlagi 44. a člena ZZVZZ je ZZZS v letu 2014 obravnaval 649, v letu 2015 pa že 747 vlog o napotitvah na zdravljenje, pregled in preiskavo v tujino. Pozitivno je bilo rešenih 465 vlog v prvem in 518 vlog v drugem letu. Zavarovane osebe so bile na pregled, preiskavo ali zdravljenje v tujino največkrat napotene v Nemčijo in Avstrijo. Storitve, ki so bile najpogostejše opravljene v tujini, pa se nanašajo na področje srčne kirurgije, zdravljenje epilepsije in transplantacije pljuč ter na s tem povezane preglede (ZZZS, 2016, str. 72).

Po spremembi nacionalne zakonodaje, ki je med drugim pomenila tudi prenos sicer že veljavnih pravil posodobljene koordinacije sistemov socialne varnosti Evropske unije v nacionalno zakonodajo, v letih 2014 in 2015 opazamo velik porast v številu vlog za napotitev na podlagi dolgih čakalnih dob glede na pretekla leta. Na podlagi 44. b člena ZZVZZ je ZZZS v letu 2014 obravnaval 129 vlog, v letu 2015 pa že 414 vlog za napotitev na zdravljenje v tujino zaradi predolge čakalne dobe v Republiki Sloveniji. Kljub poskoku v številu obravnavanih vlog pa je se večina postopkov zaključila s sklepom o zavrženju, saj so bile vloge nepopolne. Največ prejetih vlog se je nanašalo na odobritev oziroma povračilo stroškov preiskave z magnetno resonanco na Hrvaškem (ZZZS, 2016, str. 72). Negativno rešene vloge morda lahko povežemo z dejstvom, da so sicer vedno daljše čakalne dobe v Republiki Sloveniji v večini spremljanih zdravstvenih storitev še vedno v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob, saj jih je vsaj en izvajalec nudil v okviru čakalne dobe znotraj postavljenih meja (NIJZ, 2016, str. 3–4).

Kot je ZZZS napovedal v svojem poslovnem poročilu za leto 2010, je v letu 2011 poskočila skupna vrednost novonastalih terjatev, ki je bila v letu 2010 nižja na račun spremembe zakonodaje Evropske unije na področju obračunavanja stroškov in časovnega zamika pri izdaji obračunov, vendar se je trend enakomernejšega naraščanja terjatev do tujine kasneje ponovno ustalil (ZZZS, 2011, str. 30; ZZZS, 2016, str. 71). Nadalje sta

naraščali tako višina predloženih obveznosti kot tudi višina terjatev, pri čemer je obveznost ZZZS do tujine naraščala hitreje, kot je rastla terjatev ZZZS (ZZZS, 2016, str. 71). Odhodki iz naslova napotitev na zdravljenje v tujino nenehno naraščajo, saj so se do leta 2015, ko so znašali 5.948.602 evra, glede na leto 2010 že podvojili (ZZZS, 2016, str. 97). Damjan Kos iz ZZZS pojasnjuje, da je naraščanje odhodkov v zadnjih 3 letih predvsem posledica napotitev otrok na srčno operacijo v tujino. Od leta 2012, ko je nastopila težava zaradi odsotnosti ustreznega srčnega kirurga v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, je ZZZS na podlagi pozitivnega mnenja konzilija zdravnikov v tujino na operacijo na srcu napotil 9 otrok v letu 2012, 5 otrok v letu 2013, 60 otrok v letu 2014 in vsaj 25 otrok v letu 2015. Vse dosedanje stroške za te operacije v tujini, ki jih krije ZZZS, so ocenili že na 3,5 milijona evrov, kar v povprečju pomeni 36.000 evrov za napotitev. Visok delež izračunanih stroškov predstavljajo potni stroški, saj je pogosto treba uporabiti poseben medicinski letalski prevoz, katerega cena znaša približno 7.000 evrov (Hus, 2016).

Po spremembi nacionalne zakonodaje konec leta 2013 je ZZZS beležil velik porast vlog na podlagi 44. c člena ZZVZZ, ki izhaja iz Direktive 2011/24/EU. V celotnem letu 2013 je ZZZS v skladu s sodno prakso in omenjenim členom opravil 346 povračil stroškov specialističnih ambulantnih zdravstvenih storitev, za katere ni potrebna napotitev oziroma predhodna odobritev in ki so jih slovenske zavarovane osebe uveljavljale v drugih državah Evropske gospodarske skupnosti oziroma v Švici. Po 6. novembru 2013, ko je bila sprejeta novela ZZVZZ-M in implementirana Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, je ZZZS opravil 188 povračil stroškov specialističnega ambulantnega zdravljenja v tujini. Največ, kar 41 % vseh povračil tega zdravljenja v tujini so opravili v območni enoti Murska Sobota, najmanj pa v območni enoti Novo mesto. Zavarovane osebe so v večini primerov uveljavljale povračilo stroškov za storitve elektromiografije in magnetne resonance (ZZZS, 2014, str. 30).

V letu 2014 je ZZZS na podlagi 44. c člena ZZVZZ prejel kar 1.250 vlog, v letu 2015 pa že 1.717 vlog za povračilo stroškov specialističnega in bolnišničnega zdravljenja, nabavo medicinskih pripomočkov in zdravil v tujini. V obeh obravnavanih obdobjih je bilo pozitivno rešenih skoraj 90 % vseh vlog. Največ vlog za povračilo stroškov se je nanašalo na storitve, opravljene v sosednjih državah, in sicer na Hrvaškem (45 % vseh vlog), v Italiji (38 % vseh vlog) in v Avstriji (12 % vseh vlog). Na podlagi Direktive 2011/24/EU je ZZZS za povračilo stroškov vseh pozitivno rešenih vlog zavarovanim osebam povrnil 157.510,33 evra v letu 2014 in 459.099,01 evra v letu 2015. Zavarovane osebe so v tujini najpogosteje opravile preiskavo elektromiografije, operacijo na ožilju ter specialistično storitev pri okulistu in ortopedu (ZZZS, 2015, str. 75; ZZZS, 2016, str. 72).

Od 8. februarja 2014 je določen seznam visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme, ki se uporablja za zdravstvene storitve, za katere je potrebna predhodna odobritev ZZZS kot pogoj za uveljavljanje pravice do povračila

stroškov iz 44. c člena ZZVZZ. Glede na navedeni seznam je ZZZS za izdajo predhodne odobritve prejel 25 vlog v letu 2014 in 39 vlog v letu 2015. Od tega je bilo odobrenih predhodnih odobritev le 9 v letu 2014 in 7 v letu 2015, ostale vloge pa so bile zavrnjene, v reševanju ali pa je bil postopek na podlagi sklepa ustavljen oziroma zavržen (ZZZS, 2016, str. 72–73).

5 PRESOJA VPLIVA DIREKTIVE 2011/24/EU NA SLOVENSKI ZDRAVSTVENI SISTEM

Došenović Bonča (2014, str. 1–2) ugotavlja, da bo z razvojem enotnejšega evropskega zdravstvenega prostora možno doseči sožitje različnih evropskih zdravstvenih sistemov, za kar pa bo potrebno njihovo skrbno medsebojno prilagajanje. Ključni pogoj za omenjeno sožitje je odsotnost prevelikih razlik v uspešnosti, učinkovitosti in organiziranosti zdravstvenih sistemov v evropskih državah, kar je avtorica potrdila v analizi, ki jo je izvedla leta 2005 (Tajnikar & Došenović Bonča, 2005, str. 309–324). Tudi za Republiko Slovenijo je sklenila, da s svojim zdravstvenim sistemom, učinkovitostjo in uspešnostjo zdravstva lahko vstopi v enotni evropski zdravstveni prostor. Ob tem je potrebna posebna pozornost z vidika načrtovanja prihodnosti slovenskega zdravstvenega sistema, saj bodo z vključevanjem nekateri elementi v našem zdravstvenem sistemu lahko postali kritični.

Razvoj enotnejšega evropskega zdravstvenega prostora za Republiko Slovenijo odpira različne dileme. Pri analizi možnosti in posledic vstopa slovenskega zdravstvenega sistema v enotnejši evropski zdravstveni prostor je pozornost treba posvetiti razlikam v različnih elementih javnih zdravstvenih sistemov, ki se uveljavljajo zaradi uresničevanja načel solidarnosti, učinkovitosti, dostopnosti in kakovosti (Došenović Bonča, 2014, str. 4). Pričakovati je mogoče, da bosta uvedba Direktive 2011/24/EU in z njo razvoj enotnejšega evropskega zdravstvenega prostora vplivala na vse deležnike v sistemu slovenskega zdravstvenega varstva. V nadaljevanju opisujemo učinke in izzive za prihodnost z vidika pacientov, izvajalcev zdravstvenih storitev in zdravstvenega sistema, pri čemer je zaradi njihove medsebojne povezanosti ločnica med vidiki pogosto težko določljiva.

5.1 Opredelitev in presoja kratkoročnih vplivov

Z vidika pacientov je eden izmed kratkoročnih vplivov Direktive 2011/24/EU lažja dosegljivost zdravstvenih storitev v drugi državi članici. Pred njeno uvedbo so osebe, zavarovane v Republiki Sloveniji, za vsako obliko načrtovanega zdravljenja v drugi državi članici potrebovale predhodno odobritev ZZZS kot pristojnega nosilca zdravstvenega zavarovanja, bodisi je šlo za bolnišnično ali nebolnišnično bodisi za javno ali zasebno zdravstveno varstvo. Na podlagi prenosa Direktive 2011/24/EU v slovensko nacionalno zakonodajo je pacientom brez predhodne odobritve dosegljivo vsako ambulantno zdravljenje v tujini, ki ne zahteva prenočitve v bolnišnici oziroma uporabe visoko specializirane ali drage medicinske opreme (Knez, 2014, str. 134).

V skladu z lažjo dosegljivostjo zdravstvenih storitev v drugi državi članici je bilo po uvedbi Direktive 2011/24/EU v Republiki Sloveniji mogoče zaznati večjo mobilnost pacientov. ZZZS je v zadnjih letih beležil porast v številu prejetih vlog za povračilo stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo, za katerega ni potrebna predhodna odobritev. Visok odstotek obravnavanih vlog je bil pozitivno rešen in povračilo stroškov je bilo odobreno (ZZZS, 2015, str. 74–75; ZZZS, 2016, str. 72–73). Zaznana povečana mobilnost pacientov lahko pomeni signal neustrezne kakovosti zdravstvenih storitev in proizvodov, zajetih v zdravstveno košarico v Republiki Sloveniji. To odpira vprašanje enakosti položaja pacientov v primerjavi s pacienti iz drugih evropskih držav, saj solidarnost v zdravstvu ne pomeni zgolj odpravljanja razlik v dostopnosti zdravstvenih storitev, ki naj ne bi bila odvisna od posameznikove zmožnosti plačila, temveč tudi zagotavljanje primerljivega standarda storitev. Poleg razlik v obsegu in strukturi košarice je treba upoštevati tudi kakovost v košarico zajetih zdravstvenih storitev. Slednja se z razvojem enotnejšega zdravstvenega prostora usklajuje z mednarodnimi standardi. Čeprav zaznana večja mobilnost pacientov kot signal neustrezne kakovosti pomeni nevarnost za domače zdravstvene sisteme, po drugi strani predstavlja priložnost za rast zdravstvenega sektorja, kar je potrebno razumeti kot način spodbujanja gospodarske rasti in razvoja države (Došenović Bonča, 2014, str. 4–5).

Poleg razlik v obsegu in strukturi košarice zdravstvenih storitev so ključni dejavnik mobilnosti slovenskih pacientov tudi nedopustne čakalne dobe, katerim se pacienti lahko izognejo z uresničevanjem pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva (Došenović Bonča, 2014, str. 4). Pri tem se je treba zavedati, da na čakalne dobe ne vplivata zgolj racionalnost poslovanja in učinkovitost dela izvajalcev zdravstvenih storitev. Čakalne dobe v določenih primerih nastanejo kot posledica omejenih finančnih virov za zdravstveno varstvo in predstavljajo nefinančni mehanizem za racionalizacijo povpraševanja, ko ZZZS kot plačnik zdravstvenih storitev oblikuje količinske cilje, ki ne zadostijo povpraševanju (Došenović Bonča, 2014, str. 6). Z uresničevanjem pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva nekateri pacienti pridejo do zdravljenja mimo nacionalne čakalne vrste, saj ambulantne storitve ali bolj učinkovito metodo zdravljenja v drugi državi članici lahko uveljavljajo tudi pri zasebnem izvajalcu brez koncesije, česar v državi članici zdravstvenega zavarovanja ne morejo. Na ta način prej pridobijo omejena sredstva iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in še podaljšajo čakalno vrsto za druge paciente v domačem zdravstvenem sistemu. Zaradi tega tudi za slovenski zdravstveni sistem velja kritika Direktive 2011/24/EU, da ne zagotavlja enake pravice do izbire zdravljenja v tujini (Strban, 2013). Po spremembi nacionalne zakonodaje konec leta 2013 je bilo mogoče zaznati velik porast v številu vlog za napotitev na zdravljenje v drugo državo članico na podlagi dolgih čakalnih dob v Republiki Sloveniji, vendar se je njihova obravnava v večini primerov zaključila s sklepom o zavrženju zaradi nepopolnih vlog (ZZZS, 2016, str. 72).

Uvedba Direktive 2011/24/EU za paciente pomeni tudi večjo možnost izbire izvajalcev zdravstvenih storitev, saj na povračilo stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo ne

vplivata njegova organizacija in financiranje v tujini (Knez, 2014, str. 134). Pacienti, ki uveljavljajo pravice do čezmejnega zdravstvenega varstva, lahko izbirajo med vsemi tujimi izvajalci zdravstvenih storitev ne glede na to, ali so javni ali zasebni in ali imajo slednji koncesijo ali ne. Nasprotno so pacienti, ki ostajajo znotraj nacionalnega zdravstvenega sistema, v skladu s slovensko zakonodajo omejeni le na izvajalce, ki so sicer lahko javni ali zasebni, a morajo biti del javne mreže izvajalcev. Trenutna ureditev čezmejnega zdravljenja torej ustvarja razmere, ko možnosti izbire izvajalcev zdravstvenih storitev niso enake za vse paciente (Došenović Bonča, 2014, str. 4). Omenjena problematika močno posega v slovenski nacionalni sistem zdravstvene oskrbe, ob tem pa velja dodati, da bi bilo za slovenske paciente bolj enostavno in ceneje, če bi v primeru nerazumno dolgih čakalnih dob lahko obiskali slovenske specialiste zasebnike brez koncesije in bi jim ZZS povrnili stroške do višine pravic skladno z nacionalno zakonodajo (Šik, 2013, str. 47).

Tudi z vidika izvajalcev zdravstvenih storitev je dosednji razvoj enotnejšega evropskega zdravstvenega prostora ustvaril razmere, ko so deležniki v neenakem položaju glede upravičenosti do kritja stroškov zdravstvenih storitev s strani nosilca zdravstvenega zavarovanja. V primeru, da slovenski pacienti uveljavljajo pravice do čezmejnega zdravstvenega varstva v drugi državi članici v skladu z Direktivo 2011/24/EU, ZZS tujim izvajalcem povrne stroške zdravstvenih storitev ne glede na to, ali so javni ali zasebni. To pomeni drugačno obravnavo, kot velja za izvajalce v Republiki Sloveniji, saj po trenutni slovenski zakonodaji lahko prejmejo plačilo zdravstvenih storitev s strani ZZS le izvajalci iz javnega sektorja, kar izključuje slovenske zasebnike brez koncesije (Knez, 2014, str. 131–132). Kmalu po prenosu določil Direktive 2011/24/EU v slovensko nacionalno zakonodajo so na tematiko neenake obravnave in neenak položaj slovenskih zasebnikov nekoncesionarjev opozorili tudi slovenski zdravniki in mediji (Zupančič, 2013). Ureditev tega vprašanja je izključno v pristojnosti držav članic, saj se Direktiva 2011/24/EU ne spušča v pravila urejanja zdravstvenega varstva v posamezni državi članici (Šik, 2013, str. 47). Sprožitev sporov pred Sodiščem Evropske unije ni ustrezna rešitev, ker nima pravne podlage v zakonodaji Evropske unije. Gre za vprašanje nacionalnega ustavnega prava in ustavne pravice do enakosti pred zakonom, zato bi le Ustavno sodišče Republike Slovenije lahko presodilo, da mora zakonodajalec ustrezno spremeniti slovensko zakonodajo (Knez, 2014, str. 131–132).

Nadalje so z razvojem enotnejšega zdravstvenega prostora v neenakem položaju tudi izvajalci zdravstvenih storitev, ki sicer so upravičeni do kritja stroškov s strani nosilca zdravstvenega zavarovanja. Uveljavljanje čezmejnega zdravstvenega varstva v primeru nedopustnih čakalnih dob v Republiki Sloveniji pomeni preskok nacionalne čakalne vrste, ki zagotovi plačilo stroškov zdravstvenega varstva tujim izvajalcem zdravstvenih storitev. Ker mora ZZS hraniti sredstva za povrnitev stroškov zavarovancem, ki uveljavljajo pravico do prostega pretoka zdravstvenih storitev, se mora posledično s slovenskimi izvajalci dogovoriti o manj obsežnem programu oziroma jim povrne stroške zdravstvenega varstva le v primeru, da se zagotovijo dodatna denarna sredstva (Strban, 2013). Več kot je

porabljenih denarnih sredstev v tujini, toliko manj jih je na voljo za zagotavljanje zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji. Zaradi pomanjkanja denarnih sredstev za zdravstveno varstvo v Republiki Sloveniji ZZZS že nekaj let ni plačala domačim izvajalcem, zaradi česar so nekateri specialisti 1. oktobra 2013 začeli storitve pacientom že zaračunavati. Na težave, povezane s plačevanjem pregledov v tujini in hkratno varčevanje pri domačih izvajalcih je opozorilo tudi strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov. Zaradi neenakosti s tujimi zdravniki so proučevali možnost prekinitve odnosa z ZZZS in vloge tožbe na Sodišče Evropske unije (Zupančič, 2013).

Z vidika izvajalcev zdravstvenih storitev je sprejem Direktive 2011/24/EU pripomogel tudi k pospešenemu pridobivanju mednarodnih akreditacij, ki povečujejo njihovo konkurenčnost na domačem in mednarodnem trgu zdravstvenih storitev. Direktiva 2011/24/EU s prostim pretokom pacientov omogoča odhod slovenskih pacientov v druge države članice ter prihod tujih pacientov na zdravljenje v Republiko Slovenijo. Na izbor pacientov pri odločanju za izvajalca zdravstvenega varstva vplivajo tudi pridobljeni mednarodno priznani certifikati kot signal, da gre za kakovostnega izvajalca. Poleg večjih možnosti za obravnavo pacientov iz tujine se z večjo konkurenčnostjo zmanjša verjetnost odhoda slovenskih pacientov v tujino. Akreditacija je pomemben instrument za zmanjševanje tveganja za ogroženo vzdržnost nacionalnega zdravstvenega sistema, ki ga prinašajo odpiranje trga zdravstvenih storitev, predviden prost pretok pacientov in posledično prelivanje finančnih sredstev med nacionalnimi zdravstvenimi zavarovalnicami (Model vzpostavitve sistema akreditacije zdravstvenih ustanov v Republiki Sloveniji, 2016, str. 2–3). Do 9. junija 2016 je postopek akreditacije uspešno zaključilo 55 slovenskih zdravstvenih ustanov, ki so pridobile mednarodno priznan certifikat za sistem vodenja kakovosti. Od tega je bilo akreditiranih 25 bolnišnic, 2 zdravstvena domova, 24 specialistično ambulantnih dejavnosti in 5 zdravilišč. Še 4 bolnišnice so bile na omenjeni datum v postopku pridobivanja mednarodno priznanega certifikata (Ministrstvo za zdravje, 2016).

Z vidika slovenskega zdravstvenega sistema je razvoj enotnejšega trga vplival na težje obvladovanje izdatkov nacionalnega nosilca zdravstvenega zavarovanja. Potencialni odliv pacientov v tujino pomeni nevarnost za zdravstveni sektor in ključno vprašanje zdravstvene politike, saj večja mobilnost pacientov vpliva na težje zagotavljanje vzdržnosti financiranja zdravstvenega sistema. V primeru, da so pacienti upravičeni do koriščenja čezmejnega zdravstvenega varstva in svoje pravice uveljavljajo v drugi državi članici, mora ZZZS tujim izvajalcem povrniti stroške zdravstvenega varstva. Posledično se povečuje pomanjkanje denarnih sredstev ZZZS in še bolj omejuje plačila domačim izvajalcem zdravstvenih storitev (Zupančič, 2013). Glede na dinamiko izdatkov v primerjavi z razpoložljivimi viri financiranja sta za ohranjanje obstoječega obsega in strukture košarice ključna učinkovito izvajanje zdravstvenih dejavnosti in obvladovanje čakalnih dob, kar je ključni dejavnik mobilnosti pacientov (Došenović Bonča, 2014, str. 4).

Enotnejši zdravstveni prostor je vplival tudi na vzpostavitev transparentnejšega sistema zdravstvenega varstva. Skladno z določili Direktive 2011/24/EU so države članice uvedle obvezne nacionalne kontaktne točke, ki naj bi predstavljale vir vseh pomembnih informacij o možnostih uporabe čezmejnih storitev in zagotovile boljšo informiranost za ozaveščene odločitve glede uveljavljanja pravic pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (Šik, 2013, str. 34). V Sloveniji vse naloge nacionalne kontaktne točke za čezmejno zdravstveno varstvo opravlja ZZZS. V tem okviru zagotavlja slovenskim zavarovanim osebam celovite informacije o uveljavljanju pravic do zdravljenja v tujini, tujim zavarovanim osebam posreduje informacije o morebitnem zdravljenju v Republiki Sloveniji, se posvetuje z organizacijami pacientov, izvajalci zdravstvene dejavnosti in nosilci zdravstvenega zavarovanja, sodeluje in izmenjuje informacije z nacionalnimi kontaktnimi točkami drugih držav članic Evropske unije in sodeluje z Evropsko komisijo (ZZZS, 2016, str. 73).

Opisane dileme, ki jih v kratkoročnem časovnem obdobju za deležnike v sistemu slovenskega zdravstvenega varstva odpira razvoj enotnejšega evropskega zdravstvenega prostora, bo predvidoma mogoče zaznati tudi v srednjeročnem in dolgoročnem časovnem obdobju.

5.2 Opredelitev in presoja srednjeročnih in dolgoročnih vplivov ter pričakovanih učinkov

Ključna dobrobit Direktive 2011/24/EU za paciente je njihova večja pravna varnost in ozaveščenost o pravicah pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, ki jim omogoča lažji dostop do varnega in visokokakovostnega čezmejnega zdravstvenega varstva v Evropski uniji (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 53). Da se omenjeni cilj uresničuje s prenosom Direktive 2011/24/EU v slovensko nacionalno zakonodajo, lahko sklepamo tudi na podlagi podatkov ZZZS, ki poroča o visokem številu prejetih in pozitivno rešenih vlog za povračilo stroškov, vezanih na čezmejno zdravstveno varstvo (ZZZS, 2015, str. 74–75; ZZZS, 2016, str. 72–73). Predhodna sodna praksa Sodišča Evropske unije se je v določenih primerih nanašala na uredbe o koordinaciji sistemov socialne varnosti Evropske unije, drugič se je sklicevala na določbo PDEU o prostem pretoku storitev, pri tem pa pravila o predhodni odobritvi in pogojih za povračilo stroškov niso bila popolnoma jasna. V tem pogledu je Direktiva 2011/24/EU rešila marsikatero vprašanje, ga postavila na njegovo mesto in natančneje razmejila Uredbo (ES) št. 883/2004 (Knez 2014, str. 134). Ker so pravila sodne prakse Sodišča Evropske unije kodificirana in zbrana na enem mestu, se tovrstni primeri ne rešujejo več od primera do primera. Večja pravna varnost in ozaveščenost pacientov pa posledično večata tudi pritisk na učinkovit sistem zdravstvenih storitev v Republiki Sloveniji (Knez, 2014, str. 133).

Kljub poudarku, da Direktiva 2011/24/EU z zagotovljenimi pravili pacientom omogoča lažji dostop do varnega in visokokakovostnega čezmejnega zdravstvenega varstva, iz njene uporabe za paciente izhajajo določena tveganja, ki zaradi morebitne zavrnitve povračila

stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo lahko resno finančno ogrozijo paciente in njihove družine.

Eno izmed tveganj za paciente predstavlja nejasna definicija tipov zdravstvenih storitev in vprašanje primerljivosti definicije bolnišničnega zdravstvenega varstva med različnimi državami članicami. Ker pojem bolnišnično zdravstveno varstvo v Direktivi 2011/24/EU ni jasno definiran, se lahko zgodi, da bo v državah članicah pri zakonskem urejanju čezmejnega zdravstvenega varstva različno interpretiran. Pojem ima osrednji pomen pri vprašanju predhodne odobritve čezmejnega zdravstvenega varstva, saj je od njega odvisen obseg pravic pacientov (Hojnik, 2012, str. 908). Za bolnišnične storitve je sistem predhodne odobritve dopusten, vendar le v določenem obsegu in pod strogimi pogoji, medtem ko pacienti pri zunajbolnišničnih zdravstvenih storitvah za uveljavljanje pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva ne potrebujejo predhodne odobritve pristojnega nosilca zdravstvenega zavarovanja, če so do zadevnih zdravstvenih storitev upravičeni v državi zavarovanja (Višje delovno in socialno sodišče, 2009). Ob pomanjkanju jasnih definicij je določena merila za razmejitev pojmov bolnišnično in nebolnišnično oziroma ambulantno zdravstveno varstvo postavila sodna praksa evropskih sodišč. Razlogi splošnega interesa, ki utemeljujejo zahtevo za predhodno odobritev, so povezani s potrebo po načrtovanju zdravstvene oskrbe, ki jo ponujajo znotraj bolnišnične infrastrukture. Zaradi tega merilo za bolnišnično zdravljenje ni dejstvo, da mora biti izvedeno znotraj bolnišnice, temveč da ne more biti izvajano zunaj tega okolja oziroma da zadevna zdravstvena oskrba zahteva nastanitev čez noč (Višje delovno in socialno sodišče, 2009).

Naslednje tveganje za paciente, ki izhaja iz uveljavljanja pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva na podlagi Direktive 2011/24/EU in je posebej aktualno za slovenske paciente, je nedefiniranost dopustnih čakalnih dob, na podlagi katerih je predhodna odobritev lahko zavrnjena. Pojem dopustne čakalne dobe je določen le na abstraktni ravni, odvisno od zdravstvenega stanja posameznika in interpretacije medicinsko utemeljenega roka za zdravstveno obravnavo (Knez, 2014, str. 126–127). Kljub temu da je slovenski zakonodajalec pogoj konkretiziral s Pravilnikom o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov, ne upošteva vseh meril, ki izhajajo iz sodne prakse, kot so na primer stanje posameznika, status bolezni in predviden razvoj bolezni ter trpljenje bolečin. To vprašanje deloma rešuje Zakon o pacientovih pravicah, na katerega se Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov sklicuje. Omenjeni pravilnik sicer pristojnost za strokovno oceno dopustne oziroma razumne čakalne dobe podeljuje razširjenim strokovnim kolegijem, vendar njihova merila niso dostopna (Knez, 2014, str. 127).

Tudi morebitna zavrnitev predhodne odobritve zaradi neustreznosti izbranega izvajalca zdravstvenih storitev oziroma nezadostne kakovosti zdravstvenega varstva v drugi državi članici poraja določene pomisleke in tveganja za paciente. Zadevne določbe so novost, ki

jo je uvedla Direktiva 2011/24/EU. Iz sodne prakse sodišča Evropske unije namreč izhaja, da pomisleki glede neakovostnih zdravstvenih storitev ne morejo biti podlaga za zavrnitev predhodne odobritve čezmejnega zdravstvenega varstva, ki pomeni omejevanje prostega pretoka storitev. Pri dokazovanju upravičenosti izjeme od temeljnih svoboščin je dokazno breme na državi, ki izjemo uveljavlja. Tudi sicer v Evropski uniji ne obstaja institucija, ki bi ocenjevala kakovost zdravstvenih storitev v državah članicah, zato država članica zdravstvenega zavarovanja enostransko ocenjuje kakovost zdravstvenih storitev pri izvajalcu v drugi državi članici. Pri svojih ocenah je lahko pristranska zaradi želje po zmanjševanju stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo. Da je zavrnitev upravičena, mora biti nevarnost za pacienta velika in resna, pomisleki glede kakovosti zdravstvenih storitev pa morajo biti konkretni in dokazani. Merila, na podlagi katerih se kakovost presoja, bi morala biti vnaprej določena in jasna, opirati pa bi se morala na vsa spoznanja medicinske stroke. Država članica zdravstvenega zavarovanja bi morala s konkretnimi dokazi izkazati, da so po presoji teh meril nastali resni pomisleki glede kakovosti in varnosti zadevnega čezmejnega zdravstvenega varstva (Batagelj & Hergouth, 2015, str. 12–13). V praksi države članice Evropske unije predhodno odobritev le redko zahtevajo za oblike zdravljenja, ki pomenijo posebno tveganje za pacienta ali prebivalce, ali pa za zdravstveno oskrbo, ki zaradi izvajalca zdravstvenega varstva lahko pomeni resne pomisleke glede kakovosti ali varnosti oskrbe (Evropska komisija, 2015b, str. 2). V Republiki Sloveniji pa možnost zahteve predhodne odobritve iz omenjenih razlogov sploh ni predvidena, saj zadevna določba ni prenesena v slovenski pravni red. Predhodna odobritev je sicer lahko zavrnjena iz razloga vprašljive varnosti in kakovosti, vendar to velja le, če je predhodna odobritev zahtevana v primeru bolnišničnih storitev in uporabe visoko specializirane ali drage medicinske opreme (ZZVZZ–M, Ur. l. RS, št. 91/2013, str. 9841).

Poleg opisanih finančnih tveganj, ki izhajajo iz morebitne zavrnitve povračila stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo, so pacienti pri uresničevanju pravic na podlagi Direktive 2011/24/EU izpostavljeni tudi finančnim tveganjem, ki izhajajo iz razlik v ceni zdravstvenih storitev.

Prvo finančno tveganje se pojavi zaradi razlik v ceni zdravstvene storitve v državi zdravstvenega zavarovanja ter v drugi državi članici, ki je izbrana država zdravljenja. ZZVS slovenskim pacientom krije stroške čezmejnega zdravstvenega varstva po nižjih tarifah, saj predvideva povračilo le za stroške, ki jih krije domače zdravstveno zavarovanje, ne da bi bili pri tem preseženi dejanski stroški za prejeto zdravstveno varstvo (Šik, 2013, str. 40). Kljub temu da iz Direktive 2011/24/EU izhaja enaka obravnava pacientov na podlagi njihovih zdravstvenih potreb (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 47), pa je njena kritika ta, da ne zagotavlja enake pravice do izbire zdravljenja v tujini glede na različne dejavnike, kot sta izobrazba in finančno stanje pacientov. Ena izmed omejitev pri uresničevanju pravic je, da jih v prvi vrsti lažje izkoristijo bolj informirani in mobilni prebivalci Evropske unije (Hojnik, 2012, str. 911). Obstaja tudi potencialna nevarnost, da bo v praksi pretežno koristila bolj premožnim oziroma tistim, ki si lahko

privoščijo zdravstveni turizem (Šik, 2013, str. 40). Pacienti morajo imeti dovolj denarja, da uveljavijo pravico do zdravljenja v tujini, saj morajo zdravljenje v tujini najprej sami plačati in nato zahtevati omejeno povrnitev stroškov od pristojnega nosilca (Strban, 2013). Poleg razlik v cenah morajo pacienti sami kriti tudi stroške prevoza in bivanja (Šik, 2013, str. 40). Medtem ko naj bi v praksi Direktiva 2011/24/EU pretežno koristila bolj premožnim prebivalcem, se naj bi dostopnost zdravstvenih storitev za revnejše prebivalstvo poslabšala. S tem naj bi Direktiva 2011/24/EU v resnici pomenila odmik od temeljne vrednote v zdravstvu, ki naj bi jo izboljševala, to je od prizadevanja za enako dostopnost zdravstvenega varstva za vse ljudi, ne glede na njihov gmotni položaj (Zajc, 2013). Prav tako naj bi Direktiva 2011/24/EU dodatno finančno oslabilo zdravstvene sisteme revnejših držav. Ker se višine plač in stroški zdravstvenega varstva med državami precej razlikujejo, bodo pacienti iz držav članic z nižjim bruto domačim proizvodom na prebivalca in posledično nižjo ceno storitve predvidoma težje plačevali razliko v ceni storitve v čezmejnem zdravljenju (Šik, 2013, str. 40).

Ob uveljavljanju pravic pri čezmejnem zdravstvenem varstvu so pacienti lahko izpostavljeni tudi finančnemu tveganju zaradi potencialne neenakosti cen za zdravstvene storitve, ki v drugih državah članicah veljajo za domače in tuje paciente. Teoretično morajo države članice v skladu z Direktivo 2011/24/EU tudi tujim pacientom zagotoviti enake cene, kot so v njihovem nacionalnem javnem zdravstvenem sistemu, oziroma jim morajo zaračunati ceno v skladu z objektivnimi in nediskriminatornimi merili (Direktiva 2011/24/EU, Ur. l. EU, št. L 88/2011, str. 56). To velja le v primerih, ko tuje zavarovane osebe uveljavljajo zdravstvene storitve na način in ob pogojih, ki veljajo v javnem zdravstvenem sistemu, sicer pa so obravnavani kot samoplačniki (Godina, 2013, str. 9; Knez, 2014, str. 125). Ker za samoplačnike velja drug cenik kot za osebe z zdravstvenim zavarovanjem, v takih primerih izvajalci zasebniki tujim pacientom za zdravstvene storitve lahko zaračunavajo drugačno oziroma višjo ceno, kot je priznana v nacionalnem sistemu zdravstvenega varstva (Šik, 2013, str. 46). Na prenos ukrepov za zagotovitev zaračunavanja enakih cen v nacionalne zakonodaje držav članic opozarja tudi Evropska komisija. V enem izmed svojih opominov je Republiki Slovenijo opozorila na neprenos omenjenih ukrepov za zaščito tujih zavarovancev pri uveljavljanju čezmejnega zdravstvenega varstva. V svojem odgovoru je Vlada Republike Slovenije pojasnila, da so skladno z ZPacP in ostalimi pravnimi akti izvajalci zdravstvenih storitev v Republiki Sloveniji pacientom dolžni zaračunavati enako ceno ne glede na njihovo narodnost, jih o ceni že predhodno seznantiti ter jim po opravljeni zdravstveni storitvi predložiti račun (Urad Vlade RS za komuniciranje, 2014b, str. 12). Skladno s prepovedjo diskriminacije so imeli namreč pacienti v Republiki Sloveniji že pred sprejemom Direktive 2011/24/EU pravico do enake obravnave pri zdravstveni oskrbi, in to ne glede na spol, narodnost, raso ali etnično poreklo, vero ali prepričanje, invalidnost, starost, spolno usmerjenost ali drugo osebno okoliščino (ZPacP, Ur. l. RS, št. 15/2008, str. 1046). Prav tako je bila že določena natančna seznantitev pacienta s stroški opravljene zdravstvene storitve, ne glede na to, kdo je plačnik (ZPacP, Ur. l. RS, št. 15/2008, str. 1049).

Že v obravnavi kratkoročnih vplivov Direktive 2011/24/EU z vidika izvajalcev zdravstvenih storitev smo opozorili na pomen mednarodnih akreditacij, ki so jih z namenom večje konkurenčnosti na domačem in mednarodnem trgu zdravstvenih storitev slovenske zdravstvene ustanove v večini že uspešno pridobile. Spremljanje in objektivno dokazovanje kakovosti izvajalcev zdravstvenih storitev bo imelo v razmerah večje konkurenčnosti tudi v prihodnosti vse večji pomen (Došenović Bonča, 2014, str. 9). Večjo konkurenco med izvajalci zdravstvenih storitev je realno pričakovati v obmejnih območjih in pri specialističnih ambulantnih storitvah z dolgimi čakalnimi vrstami. Da bi slovenski izvajalci zdravstvenih storitev povečali zaupanje domačih pacientov in privabili več tujih pacientov, morajo dolgoročno skrbeti za ohranitev pridobljenih akreditacij in slediti uradno sprejetim smernicam glede kakovosti in varnosti s hitrejšim prilagajanjem ter uvajanjem sodobnih medicinskih pristopov in opreme (Šik, 2013, str. 41). Akreditacije so dobra zunanja spodbuda, da javni izvajalci zdravstvenih storitev uvedejo potrebne notranje organizacijske spremembe, spremembe njihovih poslanstev in vizij, nove strateške usmeritve, uveljavljanje bolj transparentnega in dokazljivega poslovanja ter postavitev bolj ambicioznih ciljev. Vendar pa za izvajalce zdravstvenih storitev akreditacije pomenijo veliko administrativno obremenitev. Motivacijo za njihovo dolgoročno ohranjanje bi pomenil pritok pacientov, ki bi ga spremljal tudi tok denarja (Došenović Bonča, 2014, str. 9). Razvoj slovenskega zdravstvenega sistema bo moral iti v smer, da bo vsem zavarovanim osebam zagotavljal uveljavljanje potrebnih zdravstvenih storitev v ustreznem času. Hkrati bo moral zagotavljati visokokakovostne in varne zdravstvene storitve, ki poleg strokovnosti izvajalca temeljijo tudi na visoki ravni zaupanja in spoštovanja med pacientom in izvajalcem zdravstvenega varstva (Godina, 2011, str. 9). Odpiranje trga zdravstvenih storitev in bolj ostra konkurenca med izvajalci zdravstvenih storitev na večjem trgu bosta z zunanjo prisilo, da zdravstvene ustanove postanejo bolj fleksibilne ter izboljšajo svoje delovanje in organizacijo, koristila celotnemu zdravstvenemu sistemu (Zajc, 2013).

Konkurenčne prednosti, ki bi jih slovenski izvajalci zdravstvenih storitev lahko dolgoročno razvijali v razmerah enotnejšega evropskega zdravstvenega prostora, so visoka raven znanja, nizke cene storitev in neizkoriščene kapacitete. Na podlagi večje vloge mednarodnih akreditacij in boljše informiranosti odločevalcev ter uporabnikov je v razmerah enotnejšega evropskega zdravstvenega prostora mogoče pričakovati določeno harmonizacijo na področju standardov kakovosti izvajanja zdravstvenih storitev. Nasprotno pa je razlike v cenah zdravstvenih storitev težko odpraviti zaradi strukture cen in razlike v višini stroškov dela med državami članicami. Za države, kot je Republika Slovenija, se čezmejno zdravstveno varstvo pogosto razume kot priložnost za pritok pacientov za določene storitve, ki jih slovenski izvajalci zdravstvenih storitev lahko zagotovijo po nižji ceni. V razmerah, ko imajo izvajalci zaradi vse večjih finančnih omejitev slabše izkoriščene kapacitete, ima pritok pacientov zaradi nižjih cen za posamezne izvajalce velik pomen (Došenović Bonča, 2014, str. 9). Ker večja mobilnost pacientov v omenjenih razmerah pomeni priložnost za širjenje dejavnosti posameznih

slovenskih izvajalcev zdravstvenih storitev, bo za njihovo spodbudo treba vzpostaviti tudi ustrezen način nagrajevanja njihovih zaposlenih (Došenović Bonča, 2014, str. 10).

Posledica krepitve čezmejnega zdravstvenega varstva je tudi internacionalizacija izvajalcev zdravstvenih storitev in njihovo sodelovanje s tujimi zdravstvenimi organizacijami. Direktiva 2011/24/EU s svojimi določili predstavlja pomembno podlago za nove priložnosti meddržavnega sodelovanja na različnih področjih čezmejnega zdravstvenega varstva (Šik, 2013, str. 31). Ob upoštevanju posledic razvoja enotnejšega evropskega zdravstvenega prostora ne bo zadosti načrtovanje mreže izvajalcev zdravstvenih storitev na nacionalni ravni, temveč bo treba upoštevati povezovanje izvajalcev iz različnih držav članic (Došenović Bonča, 2014, str. 7–8).

Večja vključenost izvajalcev zdravstvenih storitev v mednarodno okolje bo predvidoma privedla tudi do njihove reorganizacije in formalnega preoblikovanja, ki bo olajšalo razvoj tržnih dejavnosti in vzpostavilo transparentno računovodsko spremljanje dejavnosti posameznega izvajalca zdravstvenih storitev. Pri tem bo treba ločeno voditi dejavnost, ki je financirana iz javnih sredstev, in druge dejavnosti, kamor spadajo tržne dejavnosti in dejavnosti iz naslova čezmejnega zdravstvenega varstva. Kljub temu da je bilo to že predhodno zahtevano, v praksi ni bilo primerno izvajano zaradi neustreznega spremljanja stroškov po mestih njihovega nastanka. Največjo pozornost bo treba nameniti spremljanju stroškov dela (Došenović Bonča, 2014, str. 9–10).

Z vidika slovenskega zdravstvenega sistema je dolgoročno mogoče pričakovati, da bo v razmerah enotnejšega zdravstvenega prostora s poglobljenim meddržavnim sodelovanjem na podlagi izmenjave informacij in najboljših praks za zagotavljanje varnosti pacientov dosegel višje standarde kakovosti in varnosti slovenskega zdravstvenega varstva (Šik, 2013, str. 34). Formalno in stalno sodelovanje med državami članicami na različnih področjih čezmejnega zdravstvenega varstva bosta nedvomno pomagala pri sprejemanju odločitev znotraj posameznih držav in izboljšala interoperabilnost med njimi. Ta omrežja lahko neposredno koristijo vsem vključenim nacionalnim zdravstvenim sistemom, posredno pa tudi njihovim pacientom (Evropska komisija, 2015b, str. 5).

Že v poglavju o kratkoročnih vplivih Direktive 2011/24/EU smo omenili težje obvladovanje izdatkov za zdravstveno varstvo. S tem ko je Direktiva 2011/24/EU razširila pravice pacientov pri uveljavljanju čezmejnega zdravstvenega varstva, je ustvarila resen in neposreden finančni pritisk na financiranje ter zagotavljanje vzdržnosti slovenskega zdravstvenega sistema. Na račun zagotavljanja sredstev za povrnitev stroškov zavarovancem, ki uveljavljajo pravico do prostega pretoka zdravstvenih storitev, mora ZZZS zaradi omejenih finančnih virov dodatno omejiti program slovenskih zdravstvenih izvajalcev in s tem še podaljšati čakalno vrsto za druge domače paciente (Strban, 2013). Ker pacienti v takih primerih z uveljavljanjem čezmejnega zdravstvenega varstva lahko prej pridejo do omejenih sredstev iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, se

lahko uvoz zdravstvenih storitev, ki za slovensko zdravstveno blagajno pomeni odliv denarja v druge države članice, še okrepi. Zaradi težjega načrtovanja obsega izdatkov v razmerah enotnejšega evropskega zdravstvenega prostora se lahko zgodi, da mora ZZSZS kot plačnik zdravstvenih storitev poravnati na tujem opravljeno storitev, za katero doma sicer nima denarja. Zaradi varčevanja slovenski izvajalci od zdravstvene zavarovalnice dobijo plačanih manj pregledov, kot bi jih lahko opravili v okviru svojega potenciala (Zupančič, 2013). To vodi do paradoksa, saj na ta način sproščene zmogljivosti izvajalci zdravstvenih storitev z vzpostavitvijo večje konkurenčnosti lahko zapolnijo s pacienti iz tujih držav članic. Če se okrepi pritok tujih pacientov, krepitev čezmejnega zdravstvenega varstva za slovenski zdravstveni sistem torej pomeni tudi priložnost za dodatne denarne vire (Zajc, 2013).

Ker za slovenski zdravstveni sistem velja, da je koordinacijska funkcija, ki v javnih zdravstvenih sistemih usklajuje velikost in sestavo košarice zdravstvenih storitev na strani povpraševanja in mrežo javnih izvajalcev zdravstvenih storitev na strani ponudbe, neustrezno urejena, bo zaradi krepitev čezmejnega zdravstvenega varstva še težje zagotoviti, da izdatki ne bodo presegali razpoložljivih denarnih virov, ki so omejeni (Tajnikar, 2015, str. 2–3).

Trenutna zdravstvena košarica ne odraža omejenih razpoložljivih virov za financiranje slovenskega javnega zdravstva. Ker večja mobilnost pacientov odpravlja vlogo čakalnih dob kot nefinančnih mehanizmov za racionalizacijo povpraševanja pacientov po zdravstvenih storitvah, bo ta sprememba pomembna spodbuda, da bo treba v Republiki Sloveniji na novo definirati zdravstveno košarico (Došenović Bonča, 2014, str. 6). Zaradi omejenih denarnih sredstev za javno zdravstvo bi moral tudi obseg košarice zdravstvenih dobrin iz obveznega zdravstvenega zavarovanja postavljati meje, preko katerih bi bilo smiselno razvijati tržni del zdravstva, torej zdravstveno dejavnost, ki bi jo koordiniral trg (Tajnikar, 2015, str. 2). Če bo s krepitevijo čezmejnega zdravstvenega varstva in razširjanjem možnosti izbire za paciente obvladovanje izdatkov za javno zdravstveno varstvo postalo še težje, bo še bolj pomembno razviti ustrezne finančne spodbude na strani povpraševanja. Med slednje spadajo doplačila in odbitki, ki pacientom signalizirajo velikost cen zdravstvenih dobrin (Došenović Bonča, 2014, str. 6; Tajnikar, 2015, str. 2). Slovenska ureditev kolektivne oblike financiranja zdravstvenega varstva, ki z nadomeščanjem individualnih izdatkov za zdravstvo omogoča doseganje neomejene solidarnosti, je neustrezna. Določene zdravstvene storitve se v različnih deležih plačujejo iz osnovnega in obveznega zavarovanja, nato iz dopolnilnega in prostovoljnega zavarovanja, kar pomeni, da se za isto storitev mešata javni denar in denar iz komercialnega zavarovanja (Knez, 2014, str. 132). Mesto dopolnilnega prostovoljnega zavarovanja v plačilnem sistemu onemogoča polno uveljavitev solidarnosti v povezavi z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, hkrati pa tudi odpira pomembno vprašanje vloge in učinkovitosti finančnih spodbud na strani povpraševanja. Z zavarovanjem namreč izgubijo svojo temeljno vlogo regulacije oziroma racionalizacije povpraševanja. Krepitev

evropskega zdravstvenega prostora bo zagotovo vodila v nove razprave o vlogi odbitkov in doplačil ter o njihovi sprejemljivi višini (Došenović Bonča, 2014, str. 6; Tajnikar, 2015, str. 2).

Na strani ponudbe država lahko vpliva na učinkovitost organizacije in kakovost ponudbe izvajalcev v mreži javnega zdravstva z naborom plačilnih instrumentov, v zvezi s tem pa so v slovenskem zdravstvenem sistemu nedorečena vprašanja poslovne samostojnosti in nefleksibilnosti sedanjih javnih zavodov, nagrajevanja zaposlenih, organiziranja delovnih procesov, vloge posameznika v njih in poslovnih funkcij, zlasti nabave in prodaje, ter vloge lastnika in ustanovitelja (Tajnikar, 2015, str. 2–3). Razvoj enotnejšega evropskega zdravstvenega prostora zagotovo prinaša določeno poenotenje tudi z vidika spodbud na strani ponudbe in uveljavljanje sodobnejših oziroma učinkovitejših plačilnih mehanizmov, ki oblikujejo način financiranja in plačevanja izvajalcev zdravstvenih storitev (Došenović Bonča, 2014, str. 9). Plačilni instrumenti so stimulativen značaja, saj z namenom racionalizacije povpraševanja pacientom signalizirajo cene zdravstvenih dobrin, na strani ponudbe pa javne izvajalce, ki delujejo neprofitno in so podrejeni doseganju količinskih ciljev, spodbujajo k stroškovno učinkovitemu poslovanju (Tajnikar, 2015, str. 4–5). Slovenski plačilni sistem sicer temelji na sodobnih oblikah plačevanja izvajalcev, kot so glavarina, plačevanje po storitvi, plačevanje po skupinah primerljivih primerov in pavšalu. Vendar pa so plačilni mehanizmi v Republiki Sloveniji zastareli in ne odražajo pravih cen, saj so bili kvantitativno ustrezno opredeljeni pred več kot desetimi leti, ZZZS kot plačnik zdravstvenih storitev pa ni izoblikoval sistematičnega nadzora in njihovega posodabljanja. Zaradi tega ne izražajo stroškovnih normativov, kakršni obstajajo v praksi, ne sledijo razvoju tehnologije in spreminjanja nabora zdravstvenih dobrin ter ne spodbujajo izvajalcev k tehnološkemu razvoju in povečevanju kakovosti (Tajnikar et al., 2016, str. 52–54). Plačevanje tako zahteva arbitrarno poseganje ZZZS kot plačnika zdravstvenih storitev, zlasti pri javnih izvajalcih zdravstvenega varstva (Tajnikar, 2015, str. 5). Pri nadgradnji plačilnih mehanizmov v Republiki Sloveniji bo potreben hitrejši prenos dobrih praks. Uspešnost uvajanja sodobnejših oziroma učinkovitejših plačilnih mehanizmov je v veliki meri odvisna od njihove prilagoditve dejanskim razmeram pri izvajalcih v posameznih državah. Slovenske izkušnje iz uvajanja plačevanja po skupinah primerljivih primerov že kažejo na to, da lahko prevzem bolj formalnih in manj vsebinskih plačilnih mehanizmov povzroči tudi določene negativne in neželene učinke, ki ne prispevajo k bolj racionalnemu delovanju zdravstvenega sistema (Došenović Bonča, 2014, str. 9). Sistem plačevanja po skupinah primerljivih primerov nikoli ni bil dokončan, ker se v zdravstvu vedno pojavljajo nove diagnoze in metode obravnave ter posledično se spreminjajo stroški obravnav (Zupanič, 2015). Nujno bo prenoviti plačilni sistem in vzpostaviti njegovo stalno revidiranje glede na razvoj poslovanja in tehnologij pri izvajalcih, tako da bo izražal prave cene izvajalcev zdravstvenih storitev (Tajnikar, 2015, str. 4–5). Da bi znali postaviti prave cene, bo nujno sproti spremljanje vseh dejanskih stroškov izvajalcev, vezanih na posamezne medicinske obravnave, pri čemer se spremlja tudi njihove kakovostne učinke.

Na podlagi velike baze podatkov se izračuna povprečna cena posamezne medicinske obravnave ob določenih kazalnikih kakovosti (Zupanič, 2015).

Ključno vprašanje za slovenski zdravstveni sistem z vidika organizacije je načrtovanje in nadziranje mreže izvajalcev zdravstvenega varstva, ki ga bo v razmerah enotnejšega zdravstvenega prostora potrebno izvesti na evropski in ne zgolj na nacionalni ravni. Načrtovanje mreže izvajalcev na eni strani definira ponudbeno stran našega zdravstva, hkrati pa kot en izmed ključnih nefinančnih mehanizmov odločilno vpliva tudi na racionalnost povpraševanja po zdravstvenih storitvah. Optimizacija mreže zdravstvenih izvajalcev naj bi vzpostavila ravnotežje med čim večjo dostopnostjo do zdravstvenih storitev za prebivalstvo na eni strani in optimalno velikostjo izvajalcev za zagotavljanje njihove učinkovitosti na podlagi ustrezne stopnje koncentracije in integracije zdravstvenih dejavnosti na drugi strani. Konfliktnost omenjenih dveh ciljev zahteva naprednejše organizacijske rešitve, kot smo jih do sedaj uporabljali v slovenskem zdravstvu, še zlasti ob upoštevanju posledic razvoja enotnejšega evropskega zdravstvenega prostora (Došenović Bonča, 2014, str. 7–8).

Medtem ko je mobilnost pacientov v okviru čezmejnega zdravstvenega varstva pritegnila veliko pozornosti, je mobilnost kadrov zdravstvenega varstva v veliki meri prezrta. V nasprotju s skromno mobilnostjo pacientov je bila v preteklih letih zaznana povečana mobilnost zdravstvenega kadra, zato bi ji morali nameniti več pozornosti. Tako imenovani beg možganov predstavlja nevarnost predvsem za zdravstvene sisteme revnejših držav, saj se zdravstveni kadri v večini primerov selijo iz držav z nizkimi in srednjimi dohodki v države članice z visokimi dohodki (Riedel, 2016, str. 2). Razpoložljivost kadrov je ključnega pomena za krepitev organizacij, saj se brez njih ne da graditi tržnih dejavnosti. Države članice Evropske unije se soočajo s pomanjkanjem zdravstvenih kadrov, zato ima njihova mobilnost v razmerah večje konkurenčnosti in ekonomskih pritiskov lahko pomembne posledice za nacionalne zdravstvene sisteme (Glinos, 2012, str. 254–256). Tudi Republika Slovenija se že vrsto let sooča s pomanjkanjem strokovnega kadra v zdravstvenem sektorju, kar po eni strani rešuje s kadri iz tujine. Pred uvedbo Direktive 2011/24/EU je skoraj četrtino zdravstvenega kadra v Republiki Sloveniji predstavljal tuj kader, ki je prihajal predvsem iz držav bivše Republike Jugoslavije zaradi višjih plač in boljših kariernih priložnosti v primerjavi z domačimi državami (Albreht, 2011, str. 511–525). Po drugi strani se je v preteklosti intenzivno krepil tudi razvoj bodočega domačega zdravstvenega kadra v smislu zagotavljanja njegovega izobraževanja (Albreht, 2011, str. 521–524). Hkrati je bil doslej delež slovenskega zdravstvenega kadra, ki je odšel v tujino, skoraj zanemarljiv. Zaradi doseganja višje plače, boljšega profesionalnega razvoja in udeležbe v specifičnih raziskavah je le manjši delež slovenskega zdravstvenega kadra odšel v sosednje države in v Veliko Britanijo (Albreht, 2011, str. 517–519). V razmerah enotnejšega zdravstvenega prostora se situacija za Republiko Slovenijo lahko poslabša. V razmerah, ko posamezni izvajalci zdravstvenih storitev svoje proste kapacitete zaradi vse večjih finančnih omejitev poskušajo izkoristiti s pritokom pacientov iz tujine na podlagi

nižjih cen, se s širšega družbenega vidika ustvarja stanje, v katerem cenovne spodbude paciente usmerjajo v manj razvite države, dohodkovne razlike pa zdravstveno osebje v bolj razvite države. To lahko ogrozi stabilnost slovenskega zdravstvenega sistema, hkrati pa lahko načne tudi temeljna načela evropskih zdravstvenih sistemov, zlasti solidarnost in enakost (Došenović Bonča, 2014, str. 9). Opozorili smo tudi že na nezadovoljstvo slovenskih zasebnih izvajalcev zdravstvenih storitev brez koncesije. Zaradi neenakega položaja in z namenom preskoka čakalne vrste v smislu plačil za zdravstvene storitve so pomislili tudi na prenos sedeža ordinacije oziroma ambulate v tujino, pri čemer bi storitve še vedno opravljali v Republiki Sloveniji. V tem primeru bi lahko zdravili tudi slovenske paciente in za to prejeli plačilo neposredno od njih, pacientom pa bi stroške povrnili zdravstvena zavarovalnica (Knez, 2014, str. 132). Tudi slovenskim zdravstvenim izvajalcem iz javnega sektorja se zaradi omejevanja denarnih sredstev krčijo programi, kar se v razmerah enotnejšega zdravstvenega prostora in čezmejnega zdravstvenega varstva še poslabšuje (Strban, 2013). Zaradi nevarnosti, da bodo slovenski kadri zdravstvenih storitev odšli v tuje države, sta nujna njihov nadaljnji razvoj in preprečevanje bega možganov.

SKLEP

V skladu s Pogodbo o delovanju Evropske unije znotraj držav članic velja prost pretok oseb, blaga in storitev, kar pa v celoti ne velja za trg zdravstvenih storitev. Čeprav so prvi dogovori o enotnejši politiki na področju zdravstvenega varstva potekali že ob ustanavljanju Evropske gospodarske skupnosti, so omejene pravice do uresničevanja čezmejnega zdravstvenega varstva pacientom prinesle šele uredbe o koordinaciji nacionalnih zakonodaj na področju socialne varnosti držav članic Evropske unije v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja. V naslednjih letih je naraščalo število sodb pred Sodiščem Evropske unije, ki je v skladu s prostim pretokom pacientom priznalo določene pravice iz prava Evropske unije. Sledile so večletne razprave na temo pomanjkljive pravne varnosti evropskih pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva. Evropski parlament in Svet Evropske unije sta leta 2011 uradno sprejela dolgo pričakovano Direktivo 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, ki kodificira sodno prakso in bolj jasno opredeljuje pravila za zagotavljanje lažjega dostopa do varnega in visokokakovostnega čezmejnega zdravstvenega varstva, krepi mednarodno sodelovanje na različnih področjih zdravstvenega varstva, pri tem pa ohranja pristojnosti posameznih držav članic. Direktiva 2011/24/EU ne vpliva na koristi, ki so evropskim pacientom že zagotovljene v okviru obstoječih uredb o koordinaciji socialne varnosti Evropske unije. Z njeno uvedbo so pacienti pridobili več pravic v zvezi z možnostjo povračila stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo kot so to urejale predhodne ureditve in bolj prost dostop do zdravstvene oskrbe v tujini, za katero ni zahtevana predhodna odobritev. Pravila, ki izhajajo iz Direktive 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, se precej razlikujejo od pravil koordinacijskih uredb glede pogojev, vrste zdravstvenih storitev, predhodne odobritve,

načinov plačila in pravil glede povračil, posledično pa pri uveljavljanju pravic na njeni podlagi za pacienta obstajajo večja tveganja kot iz koordinacijskih uredb. Da bi pacienti za sprejemanje svojih odločitev za čezmejno zdravstveno varstvo razpolagali z vsemi potrebnimi informacijami, so bile v vseh državah članicah Evropske unije ustanovljene nacionalne kontaktne točke. V skladu z zastavljenim ciljem bolj enostavnega dostopa do visokokakovostnega in varnega čezmejnega zdravstvenega varstva je bilo v Evropski uniji v letih po sprejetju Direktive 2011/24/EU že opaziti porast načrtovanega čezmejnega zdravstvenega varstva, kljub temu pa je vrednost glede na celotne izdatke za zdravstvo še vedno zelo nizka. Tudi posodobitev slovenske nacionalne zakonodaje je vplivala na visok porast vlog za načrtovano čezmejno zdravstveno varstvo. V primeru povračila stroškov na podlagi Direktive 2011/24/EU je bilo število pozitivno rešenih vlog zelo visoko, medtem ko so bile vloge iz naslova dolgih čakalnih dob v večini primerov zavrnjene. Slednje dejstvo je nenavadno glede na trenutno stanje v Republiki Sloveniji, ki se sooča s problemom dolgih čakalnih dob. Pojasniti ga je mogoče z definicijo najdaljše dopustne čakalne dobe, saj ta pogoj ni izpolnjen, če zdravstveno storitev vsaj en izvajalec v Republiki Sloveniji nudi v okviru čakalne dobe znotraj postavljenih meja.

Razvoj enotnejšega evropskega zdravstvenega prostora in vključitev Republike Slovenije vanj bosta nedvomno vplivala na vse deležnike nacionalnega zdravstvenega sistema. Ob tem je mogoče pričakovati, da se bo pojavilo veliko število dilem. Kratkoročno je bilo z vidika pacientov že mogoče zaznati lažjo dosegljivost zdravstvenih storitev v drugi državi članici, ki je omogočila povečano mobilnost pacientov. Ta je po eni strani lahko signal neustrezne kakovosti zdravstvenih storitev in proizvodov, zajetih v zdravstveno košarico v Republiki Sloveniji. Po drugi strani so ključni dejavnik mobilnosti slovenskih pacientov tudi nedopustno dolge čakalne dobe, ki se jim pacienti lahko izognejo z uresničevanjem pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva. Na ta način pacienti prej pridobijo omejena sredstva iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in še podaljšajo čakalno vrsto za druge paciente v domačem zdravstvenem sistemu. Pacienti imajo v razmerah enotnejšega evropskega zdravstvenega prostora tudi večjo možnost izbire izvajalcev zdravstvenih storitev, saj lahko izbirajo med vsemi tujimi izvajalci zdravstvenih storitev ne glede na to, ali so javni ali zasebni, medtem ko so znotraj nacionalnega zdravstvenega sistema omejeni le na javno mrežo izvajalcev. Ob tem so tudi izvajalci zdravstvenih storitev v neenakem položaju, saj slovenski zasebniki brez koncesije niso upravičeni do kritja stroškov zdravstvenih storitev s strani pristojnega nosilca zdravstvenega zavarovanja. Tudi že omenjeni preskok nacionalne čakalne vrste vpliva na izvajalce, saj zagotovi plačilo stroškov zdravstvenega varstva tujim izvajalcem zdravstvenih storitev, hkrati pa zmanjša razpoložljiva sredstva za domače izvajalce. Da bi v danih razmerah povečali svojo konkurenčnost in tako obdržali domače paciente ter privabili tuje, so izvajalci zdravstvenih storitev pridobili mednarodne akreditacije. Z vidika slovenskega zdravstvenega sistema je razvoj enotnejšega trga z večjo mobilnostjo pacientov vplival na težje obvladovanje izdatkov, kar ogroža vzdržnost financiranja nacionalnega zdravstvenega sistema. Glede na dinamiko izdatkov v primerjavi z razpoložljivimi viri financiranja sta za ohranjanje

obstoječega obsega in strukture košarice ključna učinkovito izvajanje zdravstvenih dejavnosti ter obvladovanje čakalnih dob, ki so ključni dejavnik mobilnosti pacientov. Eden od mehanizmov za zagotavljanje enakega dostopa do zdravstvenih storitev za vse državljane na podlagi jasnih in celovitih informacij so nacionalne kontaktne točke, ki so pripomogle k vzpostavitvi transparentnejšega sistema zdravstvenega varstva.

Na daljši rok je večja pravna varnost in ozaveščenost o pravicah pri čezmejnem zdravstvenem varstvu za paciente ključna dobrobit Direktive 2011/24/EU, saj jim omogoča lažji dostop do varnega in visokokakovostnega čezmejnega zdravstvenega varstva v Evropski uniji. Kljub temu iz njene uporabe za paciente izhajajo določena tveganja, ki zaradi morebitne zavrnitve povračila stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo lahko resno finančno ogrozijo paciente in njihove družine. Prvo izmed omenjenih tveganj je interpretacija pojma bolnišnično zdravstveno varstvo. Kljub temu da je od njega odvisen obseg pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, Direktiva 2011/24/EU ne vključuje njegove definicije. Prav tako tveganje za paciente predstavlja abstraktna definicija dopustnih čakalnih dob, na podlagi katerih je predhodna odobritev lahko zavrnjena. To tveganje je še posebej aktualno za slovenske paciente, ki se želijo izogniti dolгим čakalnim dobam v Republiki Sloveniji, kar je razvidno tudi iz naraščajočega števila vlog za čezmejno zdravstveno varstvo iz tega razloga. V slovenski zakonodaji je pogoj dopustnih čakalnih dob sicer konkretiziran, o medicinski utemeljitvi razumnih čakalnih dobah pa presoja razširjeni strokovni kolegij ob odsotnosti vnaprej znanih meril. Tveganje predstavlja tudi morebitna zavrnitev predhodne odobritve zaradi neustreznosti izbranega izvajalca zdravstvenih storitev oziroma zaradi nezadostne kakovosti zdravstvenega varstva v drugi državi članici. To je sporno tudi zato, ker upravičenost ocenjuje država članica zdravstvenega zavarovanja ob odsotnosti konkretno določenih meril. Kljub temu da mora o tovrstnih zavrnitvah predhodnih odobritev obvestiti Evropsko komisijo, je pri svojih ocenah lahko pristranska. Poleg opisanih tveganj so pacienti pri uresničevanju pravic na podlagi Direktive 2011/24/EU izpostavljeni tudi finančnim tveganjem, ki izhajajo iz razlik v ceni zdravstvenih storitev. Po eni strani pristojni nosilec zdravstvenega zavarovanja predvideva povračilo stroškov, ki jih krije domače zdravstveno zavarovanje, ne da bi bili pri tem preseženi dejanski stroški za prejeto zdravstveno varstvo. Poleg morebitne razlike v ceni morajo pacienti kriti tudi ostale stroške, povezane s potovanjem v drugo državo članico z namenom uresničitve čezmejnega zdravstvenega varstva. Nadalje so pacienti izpostavljeni tveganju zaradi potencialne neenakosti cen za zdravstvene storitve, ki v drugih državah članicah zdravljenja veljajo za domače in tuje paciente. Če zdravstvenih storitev ne uveljavljajo na način in ob pogojih, ki veljajo v javnem zdravstvenem sistemu, so obravnavani kot samoplačniki in za njih veljajo druge cene. Če so pacienti upravičeni do čezmejnega zdravstvenega varstva v skladu s koordinacijskimi uredbami, se lahko izognejo opisanim tveganjem, saj iz same napotitve oziroma predhodne odobritve izhaja, da ne bodo imeli težav pri višini povrnjenih stroškov, predvidoma pa bo pristojni nosilec zdravstvenega zavarovanja stroške poravnal neposredno tujemu nosilcu, zato pacienti ne bodo zalagali finančnih sredstev. Z vidika izvajalcev zdravstvenih storitev bosta odpiranje

trga zdravstvenih storitev in bolj ostra konkurenca dolgoročno pomenila zunanjo prisilo, da postanejo bolj fleksibilni in da izboljšajo svoje delovanje ter organizacijo. Skrbeti bodo morali za ohranitev pridobljenih akreditacij ter slediti uradno sprejetim smernicam glede kakovosti in varnosti s hitrejšim prilagajanjem ter uvajanjem sodobnih medicinskih pristopov in opreme. Konkurenčne prednosti, ki bi jih slovenski izvajalci zdravstvenih storitev lahko dolgoročno razvijali v danih razmerah, so visoka raven znanja, nizke cene storitev in neizkoriščene kapacitete, kar izhaja iz proračunskih omejitev. Da bi izkoristili priložnost za širjenje dejavnosti posameznih slovenskih izvajalcev zdravstvenih storitev, bo za njihovo spodbudo treba vzpostaviti tudi ustrezen način nagrajevanja njihovih zaposlenih. Posledica krepitve čezmejnega zdravstvenega varstva bo tudi internacionalizacija izvajalcev zdravstvenih storitev in sodelovanje s tujimi zdravstvenimi organizacijami. Delovanje v mednarodnem okolju bo privedlo do reorganizacije in formalnega preoblikovanja izvajalcev zdravstvenih storitev, kar bo olajšalo razvoj tržnih dejavnosti in vzpostavilo transparentno računovodsko spremljanje dejavnosti posameznega izvajalca zdravstvenih storitev. Dolgoročno je mogoče pričakovati, da bo slovenski zdravstveni sistem v razmerah enotnejšega zdravstvenega prostora dosegel večje standarde kakovosti in varnosti slovenskega zdravstvenega varstva. Z vidika organizacije je ključno vprašanje načrtovanje in nadziranje mreže izvajalcev zdravstvenega varstva, ki ga bo v razmerah enotnejšega zdravstvenega prostora treba izvesti na evropski in ne zgolj na nacionalni ravni. Več pozornosti bo treba nameniti tudi mobilnosti kadrov zdravstvenega varstva, ki je bila v preteklosti v veliki meri prezrta. Tako imenovani beg možganov za Republiko Slovenijo predstavlja nevarnost, saj se zdravstveni kadri v večini primerov selijo iz držav z nizkimi in srednjimi dohodki v države članice z visokimi dohodki, razpoložljivost kadrov pa je ključnega pomena za krepitev organizacij. Z vidika spodbud na strani ponudbe bo treba hitreje uveljaviti sodobnejše oziroma bolj učinkovite plačilne mehanizme, ki oblikujejo način financiranja in plačevanja izvajalcev zdravstvenih storitev. Če se uresniči tudi večja mobilnost domačih pacientov, bo možnost uveljavljanja čezmejnega zdravstvenega varstva dolgoročno vplivala na še težje obvladovanje izdatkov za zdravstveno varstvo, kar ustvarja resen in neposreden finančni pritisk na financiranje in zagotavljanje vzdržnosti slovenskega zdravstvenega sistema. Trenutna zdravstvena košarica ne odraža omejenih razpoložljivih virov za financiranje slovenskega javnega zdravstva. Ker večja mobilnost pacientov odpravlja vlogo čakalnih dob kot nefinančnih mehanizmov za racionalizacijo povpraševanja pacientov po zdravstvenih storitvah, bo treba v Republiki Sloveniji na novo definirati zdravstveno košarico in razviti ustrezne finančne spodbude na strani povpraševanja, ki v trenutni slovenski ureditvi financiranja zdravstvenega varstva ne opravljajo svoje vloge.

LITERATURA IN VIRI

1. Albrecht, T. (2011). Addressing shortages: Slovenia's reliance on foreign health professionals, current developments and policy responses. V M. Wismar, C. B. Maier, I. A. Glinos, G. Dussault & J. Figueras (ur.). *Health Professional Mobility and Health Systems: Evidence from 17 European countries* (str. 511–532). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
2. Batagelj, K., & Hergouth, A. (2015). Direktiva o čezmejnem zdravstvenem varstvu. *Pravna praksa*, 35(36/37), 11–13.
3. Comission of the European Communities. (2008, 2. julij). *Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare*. Najdeno 30. junija 2016 na spletnem naslovu http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/healthcare/docs/impact_assessment_en.pdf
4. Direktiva 2006/123/ES Evropskega parlamenta in Sveta z dne 12. decembra 2006 o storitvah na notranjem trgu. *Uradni list EU* št. L 376/2006.
5. Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu. *Uradni list EU* št. L 88/2011.
6. Došenović Bonča, P. (2014). *Izzivi vključevanja slovenskega zdravstvenega sistema v enotnejši evropski zdravstveni prostor*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
7. *Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja*. Najdeno 30. junija 2016 na spletnem naslovu <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=559&langId=sl>
8. Evropska komisija. (2008, 2. julij). *Komisija sprejela predlog direktive o pravicah pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu*. Bruselj: Evropska komisija, 2008.
9. Evropska komisija. (2015a). *Special Eurobarometer 425, Patients' rights in cross-border healthcare in the European Union*. Najdeno 30. junija 2016 na spletnem naslovu http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_425_en.pdf
10. Evropska komisija. (2015b). *Poročilo komisije Evropskemu Parlamentu in Svetu*. Poročilo Komisije o izvajanju Direktive 2011/24/EU o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu. Bruselj: Evropska komisija, 2015.
11. Evropska komisija. (2015c). *National Contact Points geared up to answer cross-border healthcare questions*. Najdeno 30. junija 2016 na spletnem naslovu http://ec.europa.eu/health/newsletter/165/focus_newsletter_en.htm
12. *Evropski pravni red in mednarodni sporazumi o socialnem zavarovanju*. Najdeno 30. junija 2016 na spletnem naslovu https://zavarovanec.zzzs.si/wps/portal/portali/azos/zav_tujina/sporazumi/
13. Evropsko sodišče. (1998a). *Sodba Sodišča Evropske unije z dne 28. april 1998 v zadevi C-120/95 Decker*. Najdeno 30. junija 2016 na spletnem naslovu <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:61995CJ0120&rid=1>

14. Evropsko sodišče. (1998b). *Sodba Sodišča Evropske unije z dne 28. april 1998 v zadevi C-158/96 Kohll*. Najdeno 30. junija 2016 na spletnem naslovu <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:61996CJ0158&from=EN>
15. Evropsko sodišče. (2001). *Sodba Sodišča Evropske unije z dne 12. julij 2001 v zadevi C-157/99 Geraets-Smits in Peerbooms*. Najdeno 30. junija 2016 na spletnem naslovu <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:61999CJ0157&rid=1>
16. Evropsko sodišče. (2003). *Sodba Sodišča Evropske unije z dne 13. maj 2003 v zadevi C-385/99 Müller-Fauré in Van Riet*. Najdeno 30. junija 2016 na spletnem naslovu <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:61999CJ0385&rid=1>
17. Evropsko sodišče. (2006). *Sodba Sodišča Evropske unije z dne 16. maj 2006 v zadevi C-372/04 Watts*. Najdeno 30. junija 2016 na spletnem naslovu <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:62004CJ0372&rid=1>
18. Glinos, I. A. (2012). Worrying About the Wrong Thing: Patient Mobility Versus Mobility of Health Care Professionals. *Journal of Health Services Research & Policy*, 17(4), 254–256.
19. Godina, E. (2011). Pravice pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva. *Pravna praksa*, 30(21), 6–8.
20. Godina, E. (2013). Čezmejno zdravstveno varstvo po novem. *Pravna praksa*, 32(45), 6–9.
21. Hojnik, J. (2012). Pravice evropskih bolnikov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva v EU: na poti k enotnemu zdravstvenemu območju. *Zdravniški vestnik*, 81(12), 901–912.
22. Hus, I. (2016, 11. februar). V tujino pošljemo dvakrat toliko bolnikov kot pred petimi leti. *Žurnal24*. Najdeno 1. avgusta 2016 na spletnem naslovu <http://www.zurnal24.si/zdravljenje-v-tujini-operacija-v-tujini-clanek-264999>
23. Knez, R. (2014). Uveljavljanje pravic do zdravljenja v tujini. *Pravosodni bilten*, XXXV(4), 121–135.
24. *Koordinacija sistemov socialne varnosti EU*. Najdeno 30. junija 2016 na spletnem naslovu <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=sl&catId=849>
25. Listina Evropske unije o temeljnih pravicah Evropske unije. *Uradni list EU* št. C 83/01/2010.
26. Ministrstvo za zdravje. (2016, 9. junij). *Seznam akreditacije na dan 9. junij 2016*. Najdeno 1. septembra 2016 na spletnem naslovu www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/09062016_Seznam_akreditacije.docx
27. *Model vzpostavitve sistema akreditacije zdravstvenih ustanov v Sloveniji*. Najdeno 2. junija 2016 na spletnem naslovu http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zdravstveno_varstvo/akreditacije/031111_akreditacija.pdf
28. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2016, maj). *Nacionalno spremljanje čakalnih dob, Mesečno poročilo za stanje na dan 1. 5. 2016*. Najdeno 30. junija na spletnem

- naslovu http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/porocilo_nacas_1.5.2016.pdf
29. *Nenačrtovane zdravstvene storitve - plačilo in povračilo stroškov*. Najdeno 30. junija 2016 na spletnem naslovu http://europa.eu/youreurope/citizens/health/unplanned-healthcare/payments-reimbursements/index_sl.htm
 30. Odredba o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev. *Uradni list RS* št. 6/2014.
 31. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2014). *Health at a Glance: Europe 2014*. Najdeno 30. junija 2016 na spletni strani http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en
 32. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. *Uradni list RS* št. 30/2003–UPB, 35/2003–popr., 78/2003, 84/2004, 44/2005, 86/2006, 90/2006–popr., 64/2007, 33/2008, 7/2009, 88/2009, 30/2011, 49/2012, 106/2012, 99/2013–ZSVarPre-C, 25/2014–odl. US, 25/2014, 85/2014.
 33. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. *Uradni list RS* št. 79/1994.
 34. Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov. *Uradni list RS* št. 63/2010.
 35. Prečiščena različica Pogodbe o delovanju Evropske unije. *Uradni list EU* št. C 83/02/2010.
 36. Riedel, R. (2016). European patient's cross-border mobility directive. Najdeno 1. avgusta na spletnem naslovu <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2016.04.017>
 37. Sklepi Sveta o skupnih vrednotah in načelih zdravstvenih sistemov Evropske unije. *Uradni list EU* št. C 146/2006.
 38. Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja. *Uradni list RS* št. 61/2000.
 39. Statut Zavoda za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije. *Uradni list RS* št. 87/2001.
 40. Strban, G. (2013, 20. april). Prenova obveznega zdravstvenega zavarovanja. *Delo*. Najdeno 11. junija 2016 na spletnem naslovu <http://www.delo.si/zgodbe/sobotnapriloga/prenova-obveznega-zdravstvenega-zavarovanja.html#>
 41. Šik, A. (2013). Direktiva 2011/24/EU o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu in zdravstvena zavarovanja. *Zavarovalniški horizonti*, 9(2), 31–55.
 42. Tajnikar, M. (2015, julij). *Projekt prenove gospodarskih vidikov slovenskega zdravstva*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani.
 43. Tajnikar, M. (ur.), Došenović Bonča, P., Čok, M., Domadenik, P., Korže, B., Sambt, J. & Skela Savič, B. (2016). *Prenova gospodarskih vidikov slovenskega varstva*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
 44. Tajnikar, M., & Došenović Bonča, P. (2005). What differences between health care systems mean for the single European health care market. *Economic integrations, competition and cooperation*, 25(2), 309–324.

45. *Treaty establishing the European Economic Community*. (1957, 25. marec). Najdeno 8. septembra 2016 na spletnem naslovu http://www.ab.gov.tr/files/ardb/evt/1_avrupa_birligi/1_3_antlasmalar/1_3_1_kurucu_antlasmalar/1957_treaty_establishing_eec.pdf
46. Treaty on European Union. *Official Journal of the European Communities* No. C 191/2001.
47. Urad Vlade Republike Slovenije za komuniciranje. (2013, 3. oktober). *Sporočilo za javnost: 27. redna seja vlade RS*. Najdeno 30. junija 2016 na spletnem naslovu http://www.vlada.si/fileadmin/dokumenti/si/Sporocila_za_javnost/2013/sev113-27.pdf
48. Urad Vlade Republike Slovenije za komuniciranje. (2014a, 19. marec). *Sporočilo za javnost: 50. redna seja vlade RS*. Najdeno 30. junija 2016 na spletnem naslovu http://www.vlada.si/fileadmin/dokumenti/si/Sporocila_za_javnost/2013/sev113-27.pdf
49. Urad Vlade Republike Slovenije za komuniciranje. (2014b, 20. november). *Sporočilo za javnost: 10. redna seja vlade RS*. 30. junija 2016 na spletnem naslovu http://www.vlada.si/fileadmin/dokumenti/si/Sporocila_za_javnost/2013/sev113-27.pdf
50. Uredba (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti. *Uradni list EU* št. L št. 166/2004.
51. Uredba (ES) št. 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 16. septembra 2009 o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti. *Uradni list EU* št. L št. 284/2004.
52. Uredba Sveta (EGS) št. 1408/71 z dne 14. junija 1971 o uporabi sistemov socialne varnosti za zaposlene osebe in njihove družinske člane, ki se gibljejo v Skupnosti. *Uradni list EU* št. L 149/1971.
53. Uredba Sveta (EGS) št. 574/72 z dne 21. marca 1972 o določitvi postopka za izvajanje Uredbe (EGS) št. 1408/71 o uporabi sistemov socialne varnosti za zaposlene delavce in njihove družinske člane, ki se gibljejo v Skupnosti. *Uradni list EU* št. L 74/1972.
54. Višje delovno in socialno sodišče. (2009, 17. december). *VDSS sodba Psp 425/2009*. Najdeno 30. junija 2016 na spletnem naslovu [http://sodnapraksa.si/?q=VDSS%20sodba%20Psp%20425/2009&database\[SOVS\]=SOVS&database\[VDSS\]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2012032113050084](http://sodnapraksa.si/?q=VDSS%20sodba%20Psp%20425/2009&database[SOVS]=SOVS&database[VDSS]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2012032113050084)
55. Višje delovno in socialno sodišče. (2010a, 13. maj). *VDSS sodba Psp 134/2010*. Najdeno 30. junija 2016 na spletnem naslovu http://www.sodnapraksa.si/?q=id:2010040815248632&database%5BSOVS%5D=SOVS&database%5BIESP%5D=IESP&database%5BVDSS%5D=VDSS&database%5BUPRS%5D=UPRS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&page=0&id=2010040815248632
56. Višje delovno in socialno sodišče. (2010b, 30. avgust). *VDSS sodba Psp 327/2010*. Najdeno 30. junija 2016 na spletnem naslovu http://www.sodnapraksa.si/?q=id:2010040815256046&database%5BSOVS%5D=SOVS&database%5BIESP%5D=IESP&database%5BVDSS%5D=VDSS&database%5BUPRS%5D=UPRS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&page=0&id=2010040815256046
57. Zajc, T. (2013, 1. februar). Več odprtih vrat za zdravje? *Mladina*. Najdeno 20. oktobra 2014 na spletnem naslovu <http://www.mladina.si/120107/vec-odprtih-vrat-za-zdravje/>
58. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). *Uradni list RS* št. 15/2008.

59. Zakon o splošnem upravnem postopku (ZUP-UPB2). *Uradni list RS* št. 24/2006.
60. Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-M). *Uradni list RS* št. 91/2013.
61. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ). *Uradni list RS* št. 72/2006-UPB, 114/2006-ZUTPG, 91/2007, 76/2008, 62/2010-ZUPJS, 87/2011, 40/2012-ZUJF, 21/2013-ZUTD-A, 91/2013, 99/2013-ZUPJS-C, 99/2013-ZSVarPre-C, 111/2013-ZMEPIZ-1, 95/2014-ZUJF-C, 47/2015-ZZSDT.
62. Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije. (2011). *Poslovno poročilo za leto 2010*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije.
63. Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije. (2012). *Poslovno poročilo za leto 2011*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije.
64. Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije. (2013). *Poslovno poročilo za leto 2012*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije.
65. Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije. (2014). *Poslovno poročilo za leto 2013*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije.
66. Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije. (2015). *Poslovno poročilo za leto 2014*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije.
67. Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije. (2016). *Poslovno poročilo za leto 2015*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije.
68. Zupančič, J. (2013, 29. september). Z napotnico povsod, za operacijo odobritev. *Nedelo*. Najdeno 11. junija 2016 na spletnem naslovu <http://www.delo.si/novice/slovenija/z-napotnico-povsod-za-operacijo-odobritev.html>
69. Zupanič, J. (2015, 29. avgust). Kako do pravih cen v slovenskem zdravstvu. *Delo*. Najdeno 1. avgusta 2016 na spletnem naslovu <http://www.delo.si/novice/slovenija/kako-do-pravih-cen-v-slovenskem-zdravstvu.html>