

DIREKTIVA EVROPSKEGA PARLAMENTA IN SVETA O UVELJAVLJANJU PRAVIC PACIENTOV NA PODROČJU ČEZMEJNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

EVA GODINA*

UDK: 364.32:349.3(497.4:061.1EU)

Povzetek: V prispevku želim predstaviti pravice zavarovanih oseb do zdravljenja v tujini v skladu s slovensko in evropsko zakonodajo. Poudariti želim razliko med koordinacijskimi pravili na področju zdravstvenega varstva in pravico do zdravljenja v tujini v skladu z določbami PES o prostem pretoku blaga in storitev ter vzpostavitev novega okvira skupnosti za čezmejno zdravstveno varstvo. Poudariti želim pomembne elemente in cilje predloga Direktive Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva ter predstaviti vsebino navedenega predloga Direktive z vidika različne obravnave nebolnišničnega in bolnišničnega zdravljenja. Na zaključku nameravam predstaviti ključne razloge za mobilnosti pacientov.

Ključne besede: čezmejno zdravstveno varstvo, koordinacija sistemov socialne varnosti, javna zdravstvena mreža, referenčni centri

THE DIRECTIVE OF EU PARLIAMENT AND COUNCIL ON EXERCISING THE RIGHTS OF PATIENTS IN THE FIELD OF CROSS- BORDER HEALTH CARE

Abstract: In the contribution the rights of the insured persons to a health treatment abroad on the grounds of the Slovenian and the EU legislation are presented. Special emphasis will be given to the difference between the coordination rules in the field of health care and the right to a health

* Eva Godina, univ. dipl. prav., Vodja oddelka za mednarodno zdravstveno zavarovanje na Direkciji Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. eva.godina@zzzs.si
Eva Godina, LL, The Health Insurance Institute of Slovenia

treatment abroad arising from the provisions in the PES on free movements of goods and services and establishment of a new framework of the community for the cross-border health care. Attention will be paid to important elements and goals of the proposal of the EU Parliament and Council of Europe directive on exercising the rights of patients in the field of cross-border health care and to presentation of the contents of the proposal mentioned above in view of the different attitude towards the in-patient and out-patient treatment. In the conclusion I will present some key reasons for the mobility of patients.

Key words: cross-border health-care, coordination of the social security systems, public health care network, reference centres

1. UVOD

Vse večja aktualnost čezmejnega zdravstvenega varstva tudi v Sloveniji čedalje pogostejše postavlja v ospredje vprašanje na kakšen način lahko zavarovane osebe uveljavljajo zdravstvene storitve v tujini, po kakšnem postopku in kolikšen delež stroškov pokrije nacionalni zdravstveni sistem v skladu z slovensko oziroma evropsko zakonodajo.

Pravica do zdravstvenega varstva je določena že z Ustavo Republike Slovenije¹, pogoje in način uveljavljanja tako zdravstvenih storitev kot denarnih dajatev pa natančneje opredeljuje Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju² (ZZVZZ) ter kot izvedbeni akt zakona Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja³. Po vključitvi Republike Slovenije v EU pa se je slovenskemu pravnemu redu na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja pridružila še evropska zakonodaja, ki poleg ustanovitvenih pogodb in temeljnih načel, ki so opredeljene v navedenih pogodbah vsebuje še uredbe ter direktive, od katerih bo prav Direktiva o uveljavljanju pravic pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva predstavljala eno ključnih zakonodajnih okvirov na tem področju.

Namen tega prispevka je predstaviti ne le vsebino predloga navedene direktive, kateri bo v postopku do sprejema doživel verjetno še precej sprememb in uskla-

¹ Uradni list RS, št. 331/1991-I in naslednji; glej prvi odstavek 51. člena.

² Ur. l. RS, št. 9/92 in naslednji.

³ Ur. l. RS, št. 79/94 in naslednji.

ditev tako na podlagi predlogov držav članic kot amandmajev Evropskega parlamenta in Sveta temveč tudi cilje, ki jih Evropska komisija, ki je pripravila navedeni predlog pri tem zasleduje.

Prispevek želi opozoriti tudi na nekatera sistemska vprašanja, ki jih bo navedena direktiva verjetno odprla tako v slovenskem prostoru kot tudi v nekaterih drugih državah članicah EU in katera bodo po vsej verjetnosti zahtevala spremembo dosedanje prakse nekaterih nosilcev socialnih zavarovanj, ki ne zagotavljajo povračila stroškov zdravstvenih storitev, če jih zavarovane osebe uveljavljajo pri privatnih izvajalcih, ki niso vključeni v javno zdravstveno mrežo. Morda bo reforma na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, ki se napoveduje v zadnjem času v Republiki Sloveniji že vključevala navedene rešitve, ki bi na vsak način olajševale zavarovanim osebam uveljavljanje zdravstvenih storitev ne le v tujini skladu z evropsko zakonodajo temveč predvsem doma na podlagi nacionalne zakonodaje.

2. UVELJAVLJANJE PRAVICE DO ZDRAVLJENJA V TUJINI V SKLADU S SLOVENSKO IN EVROPSKO ZAKONODAJO

Zdravje je največja vrednota za posameznika in hkrati ena najvišjih vrednot človeške družbe. Temeljnimi socialnim pravicam, kamor sodi tudi pravica do zdravstvenega varstva je v slovenski ustavi priznana narava človekovih pravic⁴.

Pravica do zdravstvenega varstva se v skladu z slovensko Ustavo uresničuje preko obveznega zdravstvenega zavarovanja. Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem se zavarovanim osebam omogoča uveljavljanje tako pravic do zdravstvenih storitev kot tudi denarnih dajatev kamor sodijo pravica do potnih stroškov, pogrebne in posmrtnine ter nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela.

Če so v Republiki Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja, z zdravljenjem oziroma pregledom v drugi državi pa je utemeljeno pričakovati izboljšanje zdravstvenega stanja oziroma ozdravitev, ima zavarovana oseba Republike Slovenije v skladu z Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja pravico do napotitve na pregled, preiskave ali zdravljenje v tujino⁵.

⁴ Strban G.: Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja. Cankarjeva založba, Ljubljana 2005, str. 83.

⁵ Glej prvi odstavek 135. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Kadar obstajajo v Republiki Sloveniji za posamezno zdravstveno storitev dolge čakalne dobe oziroma storitev no mogoče zagotoviti v zadostnem obsegu lahko Upravni odbor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije določi katere zdravstvene storitve lahko zavarovane osebe uveljavljajo v tujini, Zavod pa jim povrne stroške v višini kot bi enaka storitev stala v Sloveniji oziroma določi drugačno višino povračila⁶.

Po vstopu Republike Slovenije v EU pa lahko slovenske zavarovane osebe uveljavljajo zdravstvene storitve v drugih državah članicah tudi na podlagi Uredbe (EGS) 1408/71⁷ ter Uredbe (EGS) 574/72⁸. Poleg nujnih in potrebnih zdravstvenih storitev⁹ katere zavarovane osebe držav članic EU uveljavljajo v drugi državi članici najpogosteje, pa ima zavarovana oseba ene države članice pravico, da uveljavlja zdravstvene storitve v tujini takrat, kadar ji pristojni nosilec odobri, da odide na ozemlje druge države članice, da bo prejela zdravljenje, ki ustreza njenemu zdravstvenemu stanju. Odobritve pa se ne sme zavrniti, če tako zdravljenje spada med dajatve, določene v zakonodaji države članice, na ozemlju katere oseba stalno prebiva in na katerem ji ob upoštevanju njenega trenutnega zdravstvenega stanja in verjetnega razvoja bolezni ni možno nuditi takega zdravljenja v časovnem obdobju, ki je v državi, v kateri prebiva, za tako zdravljenje običajno potreben.¹⁰

Navedena uredba sicer še velja vendar pa jo bo kmalu nadomestila Uredba (ES) 883/04 o koordinaciji sistemov socialne varnosti¹¹, ki je sicer že uveljavljena vendar pa se bo začela uporabljati skupaj z izvedbeno uredbo, ki še ni sprejeta in sicer predvidoma marca 2010.

S tem se bo zaključil postopek posodobitve evropskih predpisov na področju koordinacije sistemov socialne varnosti kateri je imel za cilj tudi izboljšanje pravic zavarovancev in čim večjo poenostavitev postopkov ter predvsem večjo preglednost posameznih pravic vključno z modernizacijo procesov z uporabo informacijske tehnologije.

⁶ Glej drugi odstavek 135. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja.

⁷ Uredba (EGS) 1408/71 o uporabi sistemov socialne varnosti za zaposlene osebe, samozaposlene osebe in njihove družinske člane, ki se gibljejo znotraj Skupnosti (UL L. 149, 5. julij 1971).

⁸ Uredba (EGS) 574/72 o izvajanju Uredbe (EGS) 1408/71, (UL L. 74, 27. marec 1972).

⁹ Glej točko (a) prvega odstavka 22. člena Uredbe (EGS) 1408/71

¹⁰ Glej točko (c) prvega odstavka in drugi odstavek 22. člena Uredbe (EGS) 1408/71

¹¹ UL L. 166, 30. april 2004.

3. PRAVICA DO ZDRAVLJENJA V TUJINI V SKLADU Z DOLOČBAMI PES O PROSTEM PRETOKU BLAGA IN STORITEV

Evropsko sodišče pri ugotavljanju upravičenosti do zdravljenja v tujini v skladu z Uredbo (EGS) 1408/71 ni preučevalo in razlagalo le vsebine določb navedene uredbe temveč je hkrati ugotovilo, da tudi zdravstvene storitve sodijo med storitve za katere veljajo določbe PES o prostem pretoku blaga in storitev. Sodišče je to prvič ugotovilo v sodbah v primerih Kohll in Decker¹², ki sta v vseh pogledih zgodovinski, saj sta zamajali dotedanje prepričanje, da je predhodna odobritev s strani nacionalnih nosilcev obveznega zavarovanja v primeru uveljavljanja čezmejnih zdravstvenih storitev, kadar ne gre za nujne zdravstvene storitve, vedno potrebna.

V kasnejših sodbah je Evropsko sodišče nekoliko korigiralo svoje prvotno stališče, da zavarovane osebe lahko uveljavljajo zdravstvene storitve v tujini, država v kateri so zavarovane pa jim mora povrniti stroške zdravstvenih storitev v višini kot stane enaka storitev doma. Kasnejša sodna praksa je uveljavila načelo, da je predhodna odobritev sicer lahko utemeljena vendar le, če je bistvena za javno zdravje ali celo preživetje prebivalstva, če je namen vzdrževati uravnotežene zdravniške in bolnišnične storitve, ki so vsem dostopne in s tem visoko raven zdravstvenega varstva, ali če bi šlo za nevarnost resne ogrožitve finančnega ravnovesja oziroma vzdržnosti sistema socialne varnosti. Tako je Evropsko sodišče ocenilo, da je predhodna odobritev dopustna pri bolnišničnem zdravljenju, saj ga je potrebno vnaprej načrtovati, ne pa tudi pri ambulantnem zdravljenju. Ne glede na to, pa je Evropsko sodišče v nekaj primerih ocenilo, da omejitve nacionalne zakonodaje tudi v primeru bolnišničnega zdravljenja v drugi državi članici EU lahko pomenijo neutemeljeno oviro prostemu pretoku storitev, kot na primer v primeru administrativno določene čakalne liste¹³.

Ker so se države članice različno odzivale na judikate Evropskega sodišča, so ministri za zdravje leta 2003 pozvali Evropsko komisijo, da prouči na kakšen način bi bilo mogoče izboljšati pravno varnost na področju čezmejnega zdravstvenega varstva ter zagotoviti učinkovitejše in enotnejše izvajanje sodne prakse v zvezi s pravicami pacientov do zdravljenja v drugi državi članici saj so nekatere države menile, da sodbe v celoti veljajo predvsem za nacionalne sisteme, ki temeljijo na povračilih stroškov za uveljavljene zdravstvene storitve.

¹² Kohll (C-158/96, ECR 1998) in Decker (C-120/95, ECR 1998).

¹³ Watts (C-372/04, 16.maj 2006)

4. VZPOSTAVITEV NOVEGA OKVIRA SKUPNOSTI ZA ČEZMEJNO ZDRAVSTVENO VARSTVO

Komisija je sledila cilju, da se kodificira sodna praksa in je zato prvotno zdravstvene storitve v začetku leta 2004 vključila v predlog Direktive o storitvah na notranjem trgu. Vendar pa so bile zdravstvene storitve spomladi 2006 izključene iz pozneje sprejete Direktive Evropskega parlamenta in Sveta 2006/123/ES o storitvah na notranjem trgu (t.i. Bolkesteinova direktiva),¹⁴ saj sta Evropski parlament in Svet menila, da specifičnost področja zdravstvenih storitev ni bila ustrezno upoštevana saj gre za storitve javnega značaja in da navedena direktiva, ki se nanaša predvsem na gospodarske storitve ni pravi okvir za to področje.

Da bi omogočila jasnost in pravno gotovost v tej problematiki ter podprla sodelovanje med nacionalnimi zdravstvenimi sistemi, se je Evropska komisija odločila za vzpostavitev novega okvira EU za zagotovitev čezmejnega dostopa do zdravstvenih storitev.

Jesen 2006 je zato sprožila javno posvetovanje glede ukrepov Skupnosti na področju zdravstvenih storitev, ki zadeva zagotavljanje čezmejnih storitev oz. čezmejnega zdravstvenega varstva in učinkovitejše sodelovanje med sistemi zdravstvenega varstva držav članic EU ter pozvala vse države članice ter njihove organe in institucije, naj podajo predloge glede bodoče ureditve.

Na podlagi predlogov in stališč posameznih držav, institucij in zainteresirane medicinske javnosti se je nato Evropska komisija odločila za ureditev področja čezmejnih zdravstvenih storitev z novo direktivo o čezmejnem zdravstvenem varstvu v EU. Vendar pa je bil po številnih zakasnitvah predlog za takšno okvirno direktivo zaradi nesoglasij v Komisiji in tudi kritik poslancev Evropskega parlamenta, večkrat odložen.

Evropska komisija je nato 2. julija 2008 predstavila prenovljeno socialno agendo, ki je nastala na podlagi širokega javnega posvetovanja, ki ga je komisija začela leta 2007 za preučitev sprememb evropske družbene realnosti. Navedena agneda vsebuje 19 pobud, med katerimi je bil tudi Predlog Direktive Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva¹⁵.

¹⁴ L L 376, 27. december 2006, <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/sl/oj/2006/L_376/L_37620061227sl00360068.pdf>. Direktivo morajo vse države članice implementirati do 28. decembra 2009.

¹⁵ http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/healthcare/docs/COM_si.pdf

Ta prenovljen načrt evropske socialne politike mora, če želi doseči zastavljene cilje, v celoti upoštevati gospodarske in družbene spremembe, hkrati pa se odzivati na nove okoliščine, ki jih prinaša na eni strani globalizacija, tehnološki napredek, družbene posledice krize na drugi strani pa predvsem hitro staranje prebivalstva in porast nekaterih bolezni. Zato je posebej poudarjeno, da je potrebno med drugim vzpostaviti predvsem tesnejše sodelovanje med državami članicami EU na področju socialne zaščite in vključenosti, ključno je tudi spodbujanje evropskega socialnega dialoga in drugi ukrepi.

Predlog Direktive o uveljavljanju pravic pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva predstavlja v prvi vrsti odziv na zahteve Evropskega parlamenta in Sveta ministrov, da naj Komisija predlaga nov okvir v zvezi z čezmejnimi zdravstvenim varstvom, kateri bo posebej prilagojen posebni naravi področja zdravstvenega varstva in bo hkrati določal temelje bodočega evropskega sodelovanja za izboljšanje učinkovitosti vseh zdravstvenih sistemov Evropske unije.

Komisija se tako ni odločila vključiti sodne prakse med koordinacijska pravila, čeprav se je med javnim posvetovanjem večkrat izpostavila potreba po celovitosti in enotnem okviru, ki bi združeval vse segmente čezmejnega zdravstvenega varstva.

4.1. Pomembni elementi in cilji predloga Direktive o uveljavljanju pravic pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva

Predlog direktive natančneje opredeljuje tri področja in sicer skupna načela v vseh zdravstvenih sistemih EU, evropsko sodelovanje na področju zdravstvenega varstva in kot najpomembnejše, poseben okvir za čezmejno zdravstveno varstvo.

Pomembno je, da predlog Direktive ne bo spremenil obstoječega okvira za usklajevanje sistemov socialne varnosti kar pomeni, da ne bo posegal v veljavne uredbe o koordinaciji sistemov socialne varnosti. Cilj nove direktive o čezmejnem zdravstvenem varstvu je vzpostavitev novega vzporednega mehanizma za zagotavljanje zdravstvenih storitev v drugih državah članicah, kateri bi temeljil v prvi vrsti na načelu prostega pretoka zdravstvenih storitev, hkrati pa bi natančneje nadgradil še druga načela, na katerih temeljijo sodbe Evropskega sodišča.

Predlog direktive upošteva dejstvo, da so zdravstveni sistemi v prvi vrsti v pristojnosti držav članic in zagotavlja, da učinki čezmejnega zdravstvenega varstva ne

bi ogrozili sistemov zdravstva in socialne varnosti nasploh v smislu morebitnih nevzdržnih finančnih učinkov. Države članice so v vsakem primeru pristojne za organizacijo in izvajanje zdravstvenih storitev ter za izbiro in določanje standardov in pravil, ki se bodo uporabljali pri povračilu stroškov pacientu in pri izvajanju zdravstvenega varstva. Vendar pa navedeno ne izključuje možnosti, da bi morale države članice morda prilagoditi svoje nacionalne sisteme zdravstvenega varstva saj to nikakor ne ogroža njihove suverenosti na tem področju.

Pomemben cilj je tudi vzpodbuditev širšega evropskega sodelovanja na področju zdravstvenega varstva z vzpostavljanjem evropske mreže referenčnih centrov, izmenjave nove zdravstvene tehnologije, uporabe informacijske tehnologije (projekt E-zdravje) kar bi državam članicam nudilo dodatno podporo pri doseganju splošnih ciljev dostopa do visoko kakovostnega zdravstvenega varstva na podlagi načela enakosti in solidarnosti.

Ne glede na vse navedeno pa je potrebno poudariti, da navedeni ukrep Skupnosti ne posega v posamezne pravice, ki jih opredeljuje nacionalna zakonodaja, ne posega v oblike in načine zagotavljanja le teh, jih ne spreminja ali uvaja nove temveč le določa splošna načela za vzpostavitev okvira EU, hkrati pa državam članicam omogoča širok manevrski prostor, da ta načela izvajajo v skladu z svojimi nacionalnimi, regionalnimi in lokalnimi okoliščinami. To tudi pomeni, da predlog ne spreminja pravice držav članic do opredelitve tistih zdravstvenih storitev, ki jih želijo zagotoviti svojim zavarovancem oziroma, če nekaterih pravic njihov zdravstveni sistem ne vključuje, tudi ne uvaja novih pravic za zavarovance za zdravljenje v drugi državi članici oziroma povračil zanje. Predlog tudi ne spreminja pravice držav članic do določitve nekaterih pogojev pri uveljavljanju zdravstvenih storitev, kot je npr. napotnica splošnega zdravnika za zdravljenje pri specialistu ali kaj drugega.

Glede na to, da je splošni cilj tega predloga zagotoviti jasen okvir za čezmejno zdravstveno varstvo v EU, to predvsem zahteva ukrepe za odpravo različnih ovir. Ker so pri uveljavljanju zdravstvenega varstva za paciente ključnega pomena predvsem informacije, tako o možnostih zdravljenja kot ustreznih izvajalcih v drugih državah, kar pacientom omogoča sprejemati ustrezne odločitve glede zdravljenja, je posebej pomembno zagotavljanje takšnih informacij, hkrati pa je potrebno vzpostaviti tudi potrebne mehanizme za zagotavljanje kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe ter zagotoviti ključne informacije o možnostih uporabe ustreznih pravnih sredstev in uveljavitve morebitnih odškodnin.

4.2. Vsebina predloga direktive, ki zadeva povračilo stroškov uveljavljanja zdravstvenih storitev v drugih državah članicah

Predlog direktive, ki ga je predložila Evropska komisija obsega 22. členov, kateri določajo okvir zagotavljanja čezmejnega zdravstvenega varstva. Ta direktiva ne določa prenosa pravic socialne varnosti med državami članicami in glede na to je edini sistem socialne varnosti, za katere veljajo določbe II. in III. Poglavja direktive sistem socialne varnosti države članice, v kateri je pacient zavarovan.

V III. Poglavju, katerega vsebino povzemam v nadaljevanju, je opredeljena uporaba zdravstvenega varstva v drugi državi članici.

V postopku sprejemanja in oblikovanja besedila se vsebina navedene direktive še spreminja, saj se tako kompromisni predlog francoskega kot sedaj češkega predsedstva, ki se pripravlja znotraj Sveta, precej oddaljujeta od prvotnega teksta. Vzporedno pa se sprejemajo še amandmaji v Evropskem parlamentu kateri se oblikujejo na podlagi prvotnega teksta, ki ga je predložila komisija. Ob tem je mogoče predvidevati, da amandmaji Evropskega parlamenta za Svet ne bodo sprejemljivi v takšni obliki, kot jih predlaga parlament, verjetno pa tudi ne vsi. Ob zaključku zakonodajnega postopka pred sprejemom bodo na mizi vsi ti predlogi in težko je predvideti kakšno besedilo bo na koncu sprejeto in kakšni kompromisi bodo za to potrebni.

Glede na to je verjetno najustreznejše, če pogledamo vsebino predloga Evropske komisije, saj predstavlja osnovo na podlagi katere se oblikujejo vsi nadaljnji predlogi.

V predlogu je določeno, da država članica pacientovega zdravstvenega zavarovanja zagotovi, da se zavarovani osebi, ki potuje v drugo državo članico z namenom uveljavljanja zdravstvenih storitev, tega ne prepreči, če tako zdravljenje sodi med pravice v državi zavarovanja in je oseba do njega upravičena. **Država članica pacientovega zdravstvenega zavarovanja zavarovani osebi v tem primeru povrne stroške v višini, ki bi bili kriti iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja za enako ali podobno zdravljenje na njenem ozemlju.** V vsakem primeru država članica pacientovega zdravstvenega zavarovanja določi, katere zdravstvene storitve sodijo med pravice iz naslova zavarovanja, ne glede na kraj izvajanja. Stroške zdravstvenih storitev v drugi državi članici povrne država članica pacientovega zavarovanja torej do takšne višine, da ne bi bili hkrati preseženi dejanski stroški za prejeta zdravljenje.

Država članica pacientovega zdravstvenega zavarovanja lahko za pacienta, ki uveljavlja zdravstvene storitve v drugi državi članici zahteva enake pogoje, merila za izpolnjevanje pogojev ter določene administrativne formalnosti, ki veljajo za enako ali podobno zdravstveno varstvo na njenem ozemlju, v kolikor niso diskriminatorni in ne ovirajo prostega pretoka oseb.¹⁶

Nadalje je v predlogu direktive določeno, **da država članica pacientovega zdravstvenega zavarovanja ne zahteva predhodne odobritve za povrnitev stroškov za nebolnišnično zdravljenje v drugi državi članici, kadar bi bili stroški navedene oskrbe, če bi se zagotavljala na njenem ozemlju kriti iz njenega sistema socialne varnosti.**¹⁷

V naslednjem členu je navedeno kaj je bolnišnična oskrba in sicer je to storitev zdravstvenega varstva, ki zahteva prenočitev pacienta vsaj za eno noč, oziroma zdravstvena storitev, vključena v poseben seznam, ki ne zahteva prenočitve vsaj za eno noč v primeru, da gre za storitve, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme ali storitev, ki zahteva posebno tveganje za pacienta ali prebivalstvo. Seznam teh storitev sestavi Komisija in ga lahko tudi redno posodablja.

Država članica, kjer je pacient vključen v zavarovanje lahko uvede sistem predhodne odobritve za povračilo stroškov bolnišničnega zdravljenja, ki se uveljavi v drugi državi kadar so izpolnjeni naslednji pogoji;

- da gre za storitev, ki je vključena med pravice v sistemu zdravstvenega zavarovanja v njeni državi
- in če bi odhod pacientov v tujino resno ogrožal ali verjetno ogrožal finančno stabilnost sistema socialne varnosti države članice ali načrtovanje in racionaliziranje, ki se izvaja na področju bolnišnične oskrbe v izogib preobremenjenosti bolnišnic, če bi grozila neuravnoteženost zagotavljanja bolnišnične oskrbe ter logistična in finančna izguba, če bi bilo ogroženo vzdrževanje vsem dostopne uravnotežene ponudbe do zdravstvene in predvsem bolnišnične oskrbe.

Takšen sistem predhodne odobritve je omejen le na tisto kar je nujno in sorazmerno za izogibanje navedenemu učinku in ne predstavlja sredstva za samovoljno diskriminacijo.¹⁸ Nadalje pa so določena tudi postopkovna jamstva, ki zadevajo

¹⁶ 6. člen Predloga Direktive

¹⁷ 7. člen Predloga direktive

¹⁸ 8. člen predloga Direktive

možnost zahteve za predhodno odobritev ter da morajo države članice vnaprej in na pregleden način določiti merila za zavrnitev zahtevka za predhodno odobritev povračila stroškov.¹⁹

Predlog direktive vsebuje tudi določila, ki zadevajo uvedbo mehanizmov, ki pacientom zagotovijo potrebne informacije o uveljavljanju zdravstvenega varstva v drugi državi ter uvedbo in upravljanje mreže nacionalnih kontaktnih služb za čezmejno zdravstveno varstvo, ki bo pacientom zagotavljala in posredovala vse potrebne informacije, ki zadevajo pravice v zvezi z čezmejnimi zdravstvenim varstvom, jamstvih kakovosti in varnosti, varstvo osebnih podatkov, pravno varstvo v primeru sporov in drugo.

Glede na navedeno je mogoče izpostaviti dve ključni vprašanji, ki bosta verjetno zahtevali največ usklajevanja in kompromisnih rešitev in sicer vprašanje opredelitve bolnišničnega zdravljenja ter sistem predhodne odobritve za povračilo stroškov zdravljenja v drugi državi članici.

4.2.1. Opredelite nebolnišničnega in bolnišničnega zdravljenja

Vprašanje definicije bolnišničnega zdravljenja je odprto že dalj časa in tudi sodna praksa je bila že večkrat pred dilemo kako izvesti delitev na bolnišnično in nebolnišnično zdravljenje, saj se nekatere storitve lahko izvajajo na tak ali drugačen način in tudi od države do države različno. Ker torej ni neke enotne in dosledne opredelitve bolnišnične oskrbe, ki bi veljala v vseh zdravstvenih sistemih EU, si tudi zaradi tega države članice različno razlagajo načela prostega pretoka zdravstvenih storitev. Zaradi teh razlik v opredelitvah je v predlogu kot osnovni kriterij bolnišničnega zdravljenja določeno, da mora pacient vsaj eno noč ostati v bolnišnici ali kliniki.

Ker pa se je pojavilo vprašanje ali je takšna definicija povsem ustrezna, saj bi bilo morda za nekatere visoko specializirane storitve primerno, da se jih obravnava na enak način je komisija predlagala, da se oblikuje seznam takšnih storitev, ki sicer ne zahtevajo prenočitve pacienta vsaj za eno noč vendar pa ker gre za specializirano oskrbo, ki zahteva uporabo drage medicinske infrastrukture, se jo kot tako obravnava enako kot bolnišnično oskrbo.

¹⁹ 9. člen predloga Direktive

4.2.2. Vprašanje predhodne odobritve povračila stroškov

Glede vprašanja predhodne odobritve Evropska komisija stoji na stališču, da nobeni podatki in ocene ne kažejo, da bi nebolnišnična oskrba lahko resno ogrožala finančno vzdržnost sistemov, ali organizacijo načrtovanja in izvajanja zdravstvenih storitev.²⁰ Zato predlog direktive določa, da nobena ovira za povračilo stroškov ni utemeljena in zato se tudi na noben način ne sme zahtevati predhodne odobritve v primeru nebolnišničnega zdravljenja.

Drugače pa je v primeru bolnišničnega zdravljenja, kjer pa je sistem predhodne odobritve povračila stroškov v drugi državi članici lahko utemeljen na podlagi dejstva, da je v primeru bolnišnic potrebno ne le načrtovanje bolnišnične infrastrukture in njene organizacije temveč tudi finančnih in človeških virov za načrtovanje in zagotavljanje zdravstvenih storitev. Cilj takega načrtovanja je v vsaki državi članici zagotoviti dostop do uravnotežene in kakovostne bolnišnične oskrbe ob učinkovitem upravljanju stroškov.

Ker pa to ne velja za vse zdravstvene sisteme, sploh pa ne v vseh državah članicah je komisija določila, da morajo države članice, ki želijo uvesti predhodno odobritev v primeru bolnišničnega zdravljenja dokazati, da bi morebiten odhod pacientov v tujino ogrozil oziroma verjetno ogrozil finančno stabilnost celotnega sistema zdravstva in socialne varnosti v državi nasploh in da bi bila takšna predhodna odobritev zato nujna in sorazmerna.

5. OPREDELITEV POTREBE PO MOBILNOSTI PACIENTOV

Potrebno je poudariti, da je trenutno celoten obseg mobilnosti bolnikov zaenkrat sorazmerno majhen, ocenjuje se na okoli 1% vseh javnih izdatkov za zdravstveno varstvo vendar je lahko v določenih okoliščinah mobilnost bolnikov večja.²¹ To velja predvsem za obmejna območja ali priljubljene turistične kraje in zdravilišča. Obstaja tudi bojazen morebitnega pojava » zdravstvenega turizma« saj na nekaterih območjih že beležimo pojav » zobozdravstvenega turizma«, ker so cene zobozdravstvenih storitev v nekaterih nedavno pridruženih državah EU bistveno nižje kot sicer.

²⁰ Glej Muller-Faure in van Riet (C-385/99, odstavek 93)

²¹ Rezultati projekta«Evropa za bolnike» na www.europe4patients.org.

Če skušamo opredeliti utemeljene razloge oziroma vzroke zakaj bi pacienti iskali možnosti za zdravljenje v drugih državah članicah bi morda najprej podali ugotovitev, da se pacienti želijo prvenstveno zdraviti doma, oziroma v kraju, ki je najbližje njihovega doma. Pacienti želijo biti čim bližje družini, prijateljem in v znanem okolju, saj so že okoliščine bolezni same po sebi dovolj neprijetno dejstvo. Potreba po uveljavljanju zdravstvenih storitev v drugi državi bi morala biti verjetno resnično utemeljena, da pacient ali njegova družina poišče drugačne možnosti kot je zdravljenja doma. To se je pokazalo tudi v primeru, ko je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije v oktobru 2003 z namenom skrajšanja dolgih čakalnih dob za srčne operacije sprejel odločitev, da bo zavarovanim osebam omogočil možnost, da to operacijo opravijo v tujini. Ob tem je bilo kot osnovno načelo opredeljeno, da mora biti zavarovana oseba uvrščena na čakalno listo v Republiki Sloveniji in da se za odhod v tujino odloči sama. Tako je zavod navedeno možnost ponudil prvim 200 zavarovanim osebam s čakalne liste, od teh se je le 23 oseb odločilo za operacijo v Sremski Kamenici oziroma Krapinskih toplicah.²²

Glede na navedeno je morda takšen utemeljen razlog za odločitev za zdravljenje v tujini morebitno iskanje drugega mnenja, morda nekega konkretnega priznanega izvajalca, na vsak način pa je realno pričakovati, da se pacienti odločijo poiskati možnosti uveljavljanja zdravstvenih storitev v tujini v primeru izjemno dolgih čakalnih dob pri domačih izvajalcih. Še posebej to velja za obmejne regije kjer tako prijateljske in sorodstvene vezi na drugi strani meje bistveno pripomorejo, da se pacienti hitreje poslužujejo teh možnosti. Dodatno bi temu lahko prispevalo dejstvo, da v primeru, če bi zdravstveno storitev zaradi nesorazmerno dolgih čakalnih dob v javnem sektorju pacienti uveljavili pri privatnem zdravniku doma, do povračila stroškov ne bi bili upravičeni, če pa bi storitev uveljavili pri zdravniku v tujini pa bi v skladu z predlogom direktive takšno povračilo v primeru nebolnišnične oskrbe lahko uveljavili.

To ima lahko za posledico neuravnoteženo zdravstveno oskrbo tako za državo v kateri pacienti poiščejo te možnosti kot državo, kjer so vključeni v zavarovanje vendar pa seveda le v primeru, da gre za množično prehajanje pacientov. Posledično bi bilo to obremenilno za oba sistema in države bi v takšnem primeru lahko z določenimi administrativnimi ukrepi celo omejile pritok pacientov iz drugih držav, da bi zagotovile uravnoteženost svojega domačega sistema.

²² Poslovno poročilo ZZVS za leto 2003, marec 2004, stran 35

Navedeni predlog direktive bo čezmejno uveljavljanje zdravstvenih storitev na vsak način olajšal, vprašanje pa je ali bo šlo zgolj za deklarativno možnost uveljavljanja zdravstvenih storitev ali pa se bo ta možnost v določenem obsegu tudi resnično uporabljala.

Na vsak način pa lahko resnejšo oviro za takšno prehajanje pacientov iz ene v drugo državo predstavlja tudi ekonomski status pacientov, saj je potrebno storitve najprej plačati in šele nato se lahko uveljavi povračilo. Druga ovira je lahko dejstvo, da je višina uveljavljenega povračila lahko bistveno nižja od plačanega zneska, saj se pri povračilu stroškov upoštevajo cene, ki veljajo v državi kjer je pacient vključen v zavarovanje. To pa lahko hkrati onemogoča enakopraven dostop vseh zavarovancev do čezmejnih zdravstvenih storitev.

6. SKLEP

Glede na to, da večina držav članic načeloma podpira sprejem navedenega predloga direktive o uveljavljanju pravic pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva je mogoče pričakovati, da bo predlog v določeni obliki sprejet. Ker je področje financiranja zdravstva še posebej občutljivo saj se posledice gospodarske krize tu najprej odrazijo je verjetno, da bo v razpravi, ki še teče to posebej izpostavljeno in da bodo nato sprejete kompromisne rešitve v obliki določene vrste omejitev. Kakšne in v kolikšni meri je težko zaključiti vendar pa je iz dosedanje razprave na različnih odborih znotraj Sveta in v Evropskem parlamentu mogoče sklepati, da bodo morda nekatere rešitve kar precej odstopale od sedanjih.

Na vsak način predlog direktive izboljšuje položaj tistih pacientov, ki želijo iz kakršnihkoli razlogov uveljaviti zdravstvene storitve v tujini saj se poleg obstoječih koordinacijskih pravil, z direktivo zagotavlja še dodatna možnost za mobilnost pacientov. Ker koordinacijska pravila omogočajo uveljavljanje zdravstvenih storitev v tujini le v primeru nerazumno dolgih čakalnih dob, direktiva pa dopušča uvedbo sistema predhodne odobritve le pri bolnišničnem zdravljenju to pomeni, da bi veljal prost pretok v celoti za nebolnišnično zdravljenje, za nabavo medicinsko tehničnih pripomočkov in zdravil. Pa tudi v primeru bolnišničnega zdravljenja bi morale države eventualno vzpostavljeni sistem predhodne odobritve čimbolj omejiti.

LITERATURA IN VIRI:

Sporočilo Evropske komisije. Posvetovanje glede ukrepov Skupnosti na področju zdravstvenih storitev. SEC(2006) 1195/4 z dne 26.09. 2006

Pogodba o Evropski uniji. Maastricht, 1992 (11992 M). Amsterdam, 1997 (11997 D9. Nica, 2001 812001C).

Direktiva o storitvah na notranjem trgu (UL EU, L 376/36 z dne 27.12.2006).

Strban, Grega: Temelju obveznega zdravstvenega zavarovanja, Cankarjeva založba, Ljubljana 2005

»Mobilnost bolnikov v Evropski uniji – učenje iz izkušenj«, uredili Magdalene Rosenmoller, Martin Mckee, Rita Baeten, objavila Svetovna zdravstvena organizacija leta 2006 v okviru projekta Evropa za bolnike in Evropskega observatorija za zdravstvene sisteme in politike, (ISBN 92 890 22876), ki jo podpira Šesti okvirni program Skupnosti za raziskave in tehnološki razvoj.

THE DIRECTIVE OF EU PARLIAMENT AND COUNCIL ON EXERCISING THE RIGHTS OF PATIENTS IN THE FIELD OF CROSS-BORDER HEALTH CARE

EVA GODINA*

SUMMARY

The proposal of a Directive of the European Parliament and Council of Europe on exercising the rights of the patients for the cross-border health care (in further text Directive) seeks to assert common principles in all the health care systems within the EU by establishment of a clear and transparent legal framework whose main challenge is to be – more so than until recently – to establish a more transparent provision of health care services, but also guarantee their quality, security, effectiveness and competitiveness both within the national systems and the entire European Union. Along with the already existing coordination rules, the Directive envisages an alternative mechanism as another possibility for exercising the cross-border health care on the grounds of the principle of free movements of goods and services. Its goal is perhaps less so to achieve a certain degree of harmonization of the system by introduction of common standards, mechanisms and other measures for providing a higher level of harmonization and comparability of the systems, but also more flexibility in case a higher level of mobility of the patients is required.

This harmonized approach on the European level also presents a significant added value since it encourages new forms of European cooperation in the field of health care with a special emphasis on the development of medical technologies, telemedicine and other highly specialized services. For this purpose it would be necessary to set up European reference networks as soon as possible which would promote the development and the transfer of professional knowledge and allow access to high quality health services on the grounds of professionally verifiable criteria.

* Eva Godina, LL, The Health Insurance Institute of Slovenia. eva.godina@zzzs.si

Here follows a brief summary of the rights of the insured persons according to the proposal of the Directive if adopted as proposed by the European Commission.

For a planned out-of-hospital treatment in another EU Member State the same rules (i.e. regarding medical referrals, etc.) for exercising the rights within the health care system will apply as in the state in which the person concerned is insured. The insurant will be eligible for remuneration of the expenses according to the tariff of the Member State in which the respective person is insured. For the planned hospital treatments the same rules will apply as for the out-of-hospital treatments except in cases a Member State is expected to be faced with serious financial instability in which case a preliminary approval for all or only for certain hospital treatments will be required. The criteria and conditions, however, will have to be determined in advance; they will also have to be transparent and non-discriminatory. In case the service is approved in advance, the insured person will be eligible for remuneration of the expenses according to the tariff for the respective service in the EU country in which he / she is insured.

The health care and health insurance of all EU Member States including Slovenia, will have to observe the common principles and demands of the Directive in the field of health care, regardless of its organisation, financing, and nature (public or private). National legislations will thus have to be harmonised accordingly within a time limit set by the Directive.

This issue will present a significant challenge for the health care systems; it remains open, whether in view of the existing financial, organisational and other circumstances they will be able to cope with the needs of the patients. Will they be able to provide high quality health services within the public health care network and within adequate time limits, or will the patients have to make use of the cross-border health care services?