

ODOBRITEV ČEZMEJNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Primož Rataj*

UDK: 342.7-056.24:616-08

Povzetek: Konec leta 2013 je področje zdravstvenega zavarovanja zaznamovalo sprejetje novele Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-M). Z novelo so bila v notranji pravni red prenesena pravila Direktive (EU) št. 2011/24 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, hkrati pa je bila podrobneje urejena pravica do zdravljenja v tujini, ki določa tri pravne položaje. Članek se osredotoča na primerjavo posameznih položajev med seboj z vsebinskega in postopkovnega vidika, na kratko pa so našteje tudi rešitve drugih držav članic EU pri prenosu pravil Direktive 2011/24.

Ključne besede: Direktiva 2011/24, Uredba 883/2004, pravica do zdravljenja v tujini, predhodna odobritev, povrnitev stroškov, postopek

AUTHORISATION OF CROSS-BORDER HEALTHCARE

Abstract: In the field of mandatory health insurance, the end of 2013 was marked with the change of Health Care and Health Insurance Act (ZZVZZ-M). Rules of Directive (EU) no. 2011/24 on the application of patients' rights in cross-border healthcare were transposed into national legislation and at the same time the right to cross-border healthcare was enacted in a more detailed way. The article focuses on comparing material and procedural aspects of all three enacted positions. Some solutions of other Member States regarding the transposal of rules of Directive 2011/24 are also stated.

Keywords: Directive 2011/24, Regulation 883/2004, right to cross-border healthcare, prior authorisation, reimbursement of expenses, process

* Primož Rataj, magister prava, asistent na Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani
primoz.rataj@pf.uni-lj.si

Primož Rataj, Teacher Assistant at the Faculty of Law, University of Ljubljana, Slovenia

1. UVOD

Razprava o pravici do zdravljenja v tujini je bila v zadnjem desetletju izredno razgibana, zlasti v Evropski uniji (EU). Na ravni EU sedaj to področje urejata predvsem dva pravna dokumenta.

Prvi dokument je Uredba (ES) št. 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (Uredba 883/2004),¹ za izvedbo njenih pravil pa je bila sprejeta tudi izvedbena Uredba (ES) št. 987/2009.² Uredba 883/2004 za načrtovano zdravljenje v drugi državi članici EU kot splošno pravilo zahteva predhodno odobritev pristojnega nosilca. Slednji odobri tisto zdravljenje, ki spada med storitve, določene v zakonodaji države članice, v kateri oseba stalno prebiva, in ji ga ob upoštevanju njenega trenutnega zdravstvenega stanja in verjetnega razvoja bolezni ni možno nuditi v časovnem obdobju, ki je medicinsko utemeljeno.³ Kadar zavarovana oseba uveljavlja pravico do zdravljenja v drugi državi članici EU, Evropskega gospodarskega prostora (EGP) ali Švici, pristojni nosilec krije stroške zdravstvenih storitev neposredno tujemu izvajalcu, ki ga tudi sam določi. Stroški so kriti po cenah v državi zdravljenja.

Drugi dokument pa je Direktiva (EU) št. 2011/24 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (Direktiva 2011/24).⁴ Njena pravila so morala biti prenesena v pravne rede držav članic EU do 25. oktobra 2013. Direktiva 2011/24, drugače kot Uredba 883/2004, zahtevo po predhodni odobritvi dopušča le izjemoma. Predhodna odobritev se lahko zahteva pri bolnišničnih storitvah, ki vključujejo prenočitev pacienta; pri uporabi visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme; kadar gre za oblike zdravljenja, ki pomenijo posebno tveganje za pacienta ali prebivalce; in za zdravljenje, ki ga opravi izvajalec zdravstvenega varstva, ki bi lahko v posamičnih primerih pomenil resne in konkretne pomisleke glede kakovosti ali varnosti oskrbe.

V vseh drugih primerih, torej kot splošno pravilo, določa, da gre lahko zavarovana oseba k tujemu izvajalcu zdravstvenih storitev v EU, tako zasebnemu kot javnemu, sama plača zdravstveno storitev in nato uveljavlja povrnitev stroškov od pristojnega nosilca po cenah v državi zavarovanja. Povrnitev stroškov lahko uveljavlja le za tiste zdravstvene storitve, ki so določene v zakonodaji države čla-

¹ UL L 166, 30.4.2004.

² UL L 284, 30.10.2009.

³ 20. člen Uredbe 883/2004.

⁴ UL L 88, 4.4.2011.

nice. Potrebno je omeniti še eno pomembno pravilo. Pravila Direktive 2011/24 se ne nanašajo na storitve na področjih dolgotrajne oskrbe, dodelitve in dostopa do organov za namene presaditve organov in javnih programov cepljenja proti nalezljivim boleznim.

Prispevek je v nadaljevanju razdeljen na tri sklope. Prvi sklop opisuje materialne (vsebinske) določbe, ki se nanašajo na pravico do zdravljenja v tujini, drugi sklop opisuje formalni (postopkovni) del uveljavljanja pravice do zdravljenja v tujini, tretji sklop pa v krajši obliki povzema primerjalno ureditev prenosa pravil Direktive 2011/24 in povezavo teh pravil s pravili koordinacijske Uredbe 883/2004 v drugih državah članicah EU. Prispevek želi na eni strani odgovoriti na vprašanje (ne)enakosti upravnih postopkov, po drugi strani pa pojasniti, katerim pravilom morajo zavarovane osebe posvetiti še posebno pozornost pri uveljavljanju pravice do čezmejnega zdravljenja.

2. PRAVICA DO ZDRAVLJENJA V TUJINI IN PREDHODNA ODOBRITEV

2.1. Pravica do zdravljenja v tujini

Državni zbor je v slovenski pravni red prenesel pravila Direktive 2011/24 25. oktobra 2013 (zadnji dan roka) z novelo Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-M).⁵ Pred novelo je bila v ZZVZZ pravica do zdravljenja v tujini le navedena med pravicami iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki se v višini najmanj 90% zagotavljajo iz sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Z novelo ZZVZZ-M pa je bilo dodano novo poglavje "Pravica do zdravljenja v tujini", ki zajema člene 44.a do 44.e ZZVZZ. Zakonodajalec je v ZZVZZ podrobneje uredil pravico do zdravljenja v tujini in ni prenesel le pravil Direktive 2011/24. Zakonodajalca je k podrobnejši zakonski ureditvi pravice do zdravljenja v tujini usmerilo tudi ustavno sodišče,⁶ ki je zavzelo stališče, da je določanje pogojev uveljavljanja pravice do zdravstvenega varstva in načina izvrševanja te pravice izrecno pridržano zakonu.⁷ Ustavno sodišče je

⁵ Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Ur. l. RS, št. 91/13.

⁶ Odločba Ustavnega sodišča št. U-I-25/14, Up-1303/11 z dne 21. marca 2014.

⁷ 1. odstavek 51. člena v zvezi z 2. odstavkom 50. člena Ustave RS, Ur. l. RS, št. 33/91 do 47/13.

z odločitvijo razveljavilo 135. člen⁸ Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Pravila)⁹ in s formalno razlago odprlo široke možnosti uveljavljanja pravice do zdravljenja v tujini pred novelo ZZVZZ-M.¹⁰ Zakonska ureditev je vsekakor koristna iz vidika dostopnosti informacij tako za zavarovane osebe kot tudi uradne osebe, ki odločajo o zahtevah.

ZZVZZ sedaj pravzaprav ureja tri pravne položaje. Prvi se nanaša na zdravljenje v tujini, kadar so v Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja,¹¹ drugi izhaja iz pravil Uredbe 883/2004,¹² tretji pa se nanaša na prenos pravil Direktive 2011/24.¹³

ZZVZZ v 44. a členu določa, da ima zavarovana oseba pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja oziroma do povrnitve stroškov teh storitev, če so v Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja, s pregledom, preiskavo ali z zdravljenjem v tujini pa je utemeljeno pričakovati ozdravitev ali izboljšanje ali preprečitev nadaljnega slabšanja zdravstvenega stanja.

Za drugi položaj je v 44. b členu ZZVZZ (Uredba 883/2004) določena pravica do pregleda, preiskave ali zdravljenja zavarovane osebe v drugi državi članici EU, EGP in Švici¹⁴ oziroma do povrnitve stroškov teh storitev, če ji je bila v Sloveniji pri vpisu v čakalni seznam določena čakalna doba, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, pa v Sloveniji ni drugega izvajalca, ki ne presega najdaljše dopustne čakalne dobe oziroma če ta ni presežena, če ji je bila določena čakalna doba, ki presega razumen čas.¹⁵

Za tretji položaj pa ZZVZZ v 44. c členu (Direktiva 2011/24) določa, da ima zavarovana oseba pravico do povrnitve stroškov zdravstvenih storitev, ki so pravica iz obveznega zavarovanja v Sloveniji in ki jih uveljavi v drugi državi članici EU. V ZZVZZ so bile pravzaprav vnesene vse možnosti omejevanja prostega pretoka zdravstvenih storitev, ki jih Direktiva 2011/24 dopušča. Gre zlasti za določitev

⁸ 135. člen Pravil je do odločitve ustavnega sodišča na podzakonski ravni urejal pravico do zdravljenja v tujini.

⁹ Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, Ur. l. RS, št. 79/94 do 85/14.

¹⁰ Strban, Grega, 2014, str. 360.

¹¹ 44. a člen ZZVZZ.

¹² 44. b člen ZZVZZ.

¹³ 44. c, 44. d in 44. e člen ZZVZZ.

¹⁴ Širše kot po Direktivi 2011/24, ki ureja le zdravljenje v državi članici EU.

¹⁵ 20. člen Uredbe 883/2004 ima malce drugačno besedilo: „Odobri se zdravljenje, ki spada med storitve, določene v zakonodaji države članice, v kateri oseba stalno prebiva, in ji ga ob upoštevanju njenega trenutnega zdravstvenega stanja in verjetnega razvoja bolezni ni možno nuditi v časovnem obdobju, ki je medicinsko utemeljeno.“

zahteve po predhodni odobritvi s strani ZZZS in izključitev povrnitve stroškov za vse zdravstvene storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti. Ali je izključitev vseh zdravstvenih storitev v osnovni zdravstveni dejavnosti utemeljena, je tema, ki zahteva svojo lastno razpravo in na tem mestu ne bo analizirana.

2.2. Razlike v pravnem položaju zavarovanih oseb z vidika predhodne odobritve

Zanimiva razlika se pojavi pri analizi materialnih upravičenj, ki izhajajo iz zahteve po predhodni odobritvi. ZZVZZ jo praviloma zahteva za zdravljenje v tujini, kadar so v Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja, v EU v skladu z Uredbo 883/2004, predvidena pa je v ožjem obsegu tudi po Direktivi 2011/24 pri bolnišničnem zdravljenju, ki zahteva prenočitev pacienta in pri uporabi visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali opreme.¹⁶

Pričakovalo bi se, da se na predhodno odobritev vežejo enake pravne posledice. V skladu s Pravili so te drugačne. Samo v primerih zdravljenja v EU v skladu z Uredbo 883/2004 in v tujini zaradi izčrpanih možnosti zdravljenja v Sloveniji se lahko z odločbo določi, pri katerem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v tujini se uveljavi in v kolikšnem času. Zavarovani osebi se v teh primerih lahko izda listina, na podlagi katere lahko uveljavi to storitev v tujini, ali pa se nakaže izvajalcu zdravstvene dejavnosti v tujini akontacija stroškov. Samo v teh primerih se zavarovani osebi na njeno zahtevo nakaže tudi akontacija za potne stroške.¹⁷

V skladu z ZZVZZ in Direktivo 2011/24 pa se zavarovani osebi povrnejo povprečni stroški, kot jih izplačuje ZZZS izvajalcem v Sloveniji. Ali so slednji višji ali nižji od povprečnih stroškov zdravljenja v Sloveniji je odvisno od kraja zdravljenja. Zavarovana oseba sama krije presežek stroškov, kadar so zdravstvene storitve v tujini dražje. V primeru, ko gre zavarovana oseba k tujemu izvajalcu, ki je cenejši, pa prav tako ne more zaslužiti, saj ZZZS ne povrne večjih stroškov, kot so dejansko nastali.¹⁸ Pri uveljavljanju povrnitve stroškov od ZZZS je za zavarovane osebe pomembna še ena okoliščina, ki jo je potrebno posebej poudariti. Zavarovani osebi je s strani ZZZS povrnjen nižji znesek od celotnega zneska zaračunane

¹⁶ Zdravstvene storitve, za katere se zahteva predhodna odobritev, so navedene v Odredbi o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev, Ur. l. RS, št. 6/14.

¹⁷ 226. člen Pravil.

¹⁸ 44.c člen ZZVZZ.

storitve zaradi obsežnega sistema doplačil, ki je uveljavljen v Sloveniji. Povrnitev preostalega dela stroškov morajo zavarovane osebe zahtevati pri zavarovalnici, s katero imajo sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje.¹⁹

Težave so lahko še toliko večje, ker mora zavarovana oseba prejete storitve plačati sama (te so velikokrat zelo drage) in naknadno uveljavljati povrnitev stroškov. Drugače pa ZZVS ravna pri uveljavljanju pravic v skladu z Uredbo 883/2004. V teh primerih neposredno (praviloma ne gre za povrnitev stroškov) plača storitev tujemu izvajalcu zdravstvenih storitev po cenah v državi zdravljenja (zavarovana oseba ne krije razlike v ceni). Poleg tega zavarovani osebi pripada tudi plačilo potnih stroškov. Edina prednost, ki jo zavarovana oseba ima v skladu s 44.c ZZVZZ (Direktiva 2011/24), je prosta izbira tujega izvajalca zdravstvenih storitev.

Vprašanje, ki se zastavlja, je, ali so pri takšnem nesorazmerju med pravicami pri predhodni odobritvi morda uporabljeni drugačni kriteriji odločanja. Kjer ZZVZZ (Direktiva 2011/24) govori o zahtevani predhodni odobritvi, določa tudi primere, kdaj je zahtevo možno zavrniti.²⁰ Takšen primer nastopi, kadar je zdravstveno storitev mogoče uveljaviti v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob pri vsaj enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v Sloveniji, glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in na verjetni razvoj bolezni pa za zdravljenje ne bo presežen razumen čas.²¹ Ravno naveden primer vsebuje ZZVZZ tudi pri urejanju položaja v skladu z Uredbo 883/2004.²² Ta določa, kdaj je predhodno odobritev potrebno izdati – gre torej za pozitivno formulacijo (pri položaju po Direktivi 2011/24 pa za negativno). Za predhodno odobritev se torej v obeh položajih uporablja enak kriterij. Predhodna odobritev pa se po ZZVZZ (Direktiva 2011/24) lahko zavrne tudi v primerih, v katerih bo zavarovana oseba z zadostno gotovostjo izpostavljena tveganju za varnost, ki se ne more razumeti kot sprejemljivo, ali bo takemu tveganju izpostavljena širša javnost. Zavrnitev je možna tudi, če bo 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. Vprašanje je, kako dokazati resne pomisleke glede kakovosti storitev tujih izvajalcev. Razlog

¹⁹ Prav tam.

²⁰ Prav tam.

²¹ Najdaljše dopustne čakalne dobe sicer v Sloveniji določa Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov, Ur. l. RS št. 63/2010.

²² 44.b člen ZZVZZ.

tveganja za varnost zavarovane osebe (npr. zaradi prevoza) ali širše javnosti (npr. pri nalezljivih boleznih) pa bo verjetno tudi redko prišel v poštev. Zanimivo pravno vprašanje je, ali omenjeni razlogi pridejo v poštev tudi pri presoji odobritve v skladu z Uredbo 883/2004. Na to vprašanje npr. opozarjajo nekatere države članice EU.²³

V prihodnosti bo zanimivo opazovati, ali bodo zavarovane osebe sploh imele interes za sklicevanje na 44.c člen ZZVZZ (Direktiva 2011/24), kadar gre za storitve, ki zahtevajo predhodno odobritev. V obeh primerih ima pristojni nosilec nadzor nad odločanjem in uporablja praviloma enak kriterij, obseg pravic pa je popolnoma različen.

3. PRAVILA POSTOPKA

3.1. Splošno

Pravila postopka za predhodno odobritev zdravljenja v tujini in povrnitev stroškov v Sloveniji določajo Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja in Zakon o splošnem upravnem postopku (ZUP).²⁴ V obeh primerih odloča območna enota ZZS na prvi stopnji in Direkcija ZZS na pritožbeni stopnji.²⁵ Informacije o pravicah do zdravljenja v tujini in postopku njenega uveljavljanja so objavljene s strani ZZS,²⁶ dostopne v pravno-informacijskem sistemu²⁷ (ZZVZZ, ZUP, Pravila) in tudi s strani Nacionalne kontaktne točke (NKT).²⁸ Ustanovitev slednje je zahtevala Direktiva 2011/24.

Nikjer v Pravilih ni mogoče zaslediti roka, v katerem mora pristojni organ odločiti. Ker gre za upravni postopek, se dopolnilno uporabljajo določbe ZUP. Ta določa, da mora pristojni organ odločiti in vročiti upravno odločbo v roku enega

²³ Npr. Belgija. Belgija in Španija sta tako kot Slovenija v zakonodajo vnesli vse razloge za zavrnitev predhodne odobritve po Direktivi 2011/24. FreSsco, Ad hoc prošnja za primerjalno analizo nacionalnih zakonodaj, osnutek, februar 2015.

²⁴ Zakon o splošnem upravnem postopku, Ur. l. RS, št. 24/06 do 82/13.

²⁵ 256. člen Pravil.

²⁶ Dostop na spletni povezavi <http://www.zzs.si/ZZS/INFO/EGRADIVA.NSF/0/C3D3F8C8923A29D2C1257AC2002BA43E>.

²⁷ Dostop na spletni povezavi <http://www.pisrs.si/Pis.web/>.

²⁸ Dostop na spletni povezavi <http://www.nkt-z.si/>.

ali dveh mesecev, odvisno, ali gre za skrajšani ali posebni ugotovitveni postopek.²⁹ Vprašanje je, ali je ta rok primeren in razumen. Pri uveljavljanju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so v ZZVZZ določeni krajši roki za odločanje, kar je zaradi predmeta urejanja logično. Zdravstvene težave oziroma slabo zdravstveno stanje terja hitro obravnavo. V ZZVZZ je tako pri odločanju imenovanega zdravnika in zdravstvene komisije določen instrukcijski rok osmih dni.³⁰ Takšen krajši rok je pri uveljavljanju pravice do zdravljenja v tujini bolj smiseln. V časovnem obdobju dvomesečnega odločanja lahko nastane tudi težava, če zavarovana oseba odide v tujino, plača drage zdravstvene storitve in po vrnitvi v Slovenijo uveljavlja povrnitev stroškov. Zaradi dragih zdravstvenih storitev je lahko v vmesnem obdobju odločanja ogrožen njen socialni položaj. Kadar gre za nujne primere je zdravstveno varstvo zavarovanim osebam v Sloveniji sicer nudeno brez čakalne vrste, vendar velikokrat zavarovana oseba dojema svoje zdravstvene težave kot nujne in si želi čimprejšnjo zdravstveno oskrbo (tudi npr. v tujini). Zavarovani osebi, ki ne želi čakati v čakalni vrsti (npr. kadar zdravnik ne odloči, da gre za zdravstveno stanje, ki terja nujno obravnavo) je tako moč pripisati le del odgovornosti.

V ZZVZZ in Pravilih tudi ni mogoče najti splošnega roka za uveljavljanje povrnitve stroškov. V nekaterih drugih državah članicah EU takšen rok namreč obstaja.³¹ Ob odsotnosti posebne ureditve pride v poštev splošni zastaralni rok petih let.³²

Po končanem upravnem postopku je zoper dokončno odločitev možno tudi sodno varstvo v socialnem sporu. Slednji poteka pred Delovnim in socialnim sodiščem, njegov potek pa ureja Zakon o delovnih in socialnih sodiščih – 1 (ZDSS-1).³³

Upošteva dejstvo, da so v ZZVZZ določeni trije različni položaji upravičenosti do zdravljenja v tujini, se zastavlja vprašanje, koliko in na kakšen način (če sploh) se razlikuje postopek predhodne odobritve in povrnitve stroškov pri vsakem izmed njih.

²⁹ Podrobneje v 144. in 145. členu ZUP.

³⁰ 4. odstavek 81. člena in 82. člen ZZVZZ.

³¹ V Latviji je npr. potrebno zahtevati povrnitev stroškov v roku enega leta po prejemu zdravstvenih storitev. FreSso, Ad hoc prošnja za primerjalno analizo nacionalnih zakonodaj, osnutek, februar 2015.

³² 346. člen Obligacijskega zakonika, Ur. l. RS, št. 97/07.

³³ Zakon o delovnih in socialnih sodiščih – 1, Ur. l. RS, št. 2/04 in nadaljnji.

3.2. Zahteva za predhodno odobritev ali povrnitev stroškov

Za začetek je potrebno navesti, kateri(e) dokument(e) zavarovana oseba sploh potrebuje, da vloži svojo zahtevo in kaj mora v njej navesti. Zahteva za predhodno odobritev zdravljenja v tujini mora poleg sestavin, ki jih določa ZUP za upravne vloge, vsebovati tudi navedbo, kje želi zavarovana oseba opraviti pregled, preiskavo ali zdravljenje, navedbo zdravstvene storitve, ki jo želi zavarovana oseba prejeti, in navedbo zavarovalnice ter številke police, pri kateri ima zavarovana oseba sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Zahtevi je potrebno priložiti še zdravstveno dokumentacijo o dosedanjem zdravljenju v Sloveniji ali morebitnem zdravljenju v tujini, dokumentacijo, iz katere je razvidno, da je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam ali je razviden določen datum zdravljenja v Sloveniji in pri katerem izvajalcu, ter na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja.³⁴

Zahteva za povrnitev stroškov zdravljenja v tujini pa mora poleg sestavin, ki jih določa ZUP za upravne vloge, vsebovati tudi podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povrnitev stroškov. Zahtevi je potrebno priložiti tudi izvirnik računa za opravljen pregled, preiskavo ali zdravljenje v tujini z dokazilom o njegovem plačilu, zdravstveno dokumentacijo o dosedanjem zdravljenju v Sloveniji, zdravstveno dokumentacijo o opravljenem pregledu, preiskavi ali zdravljenju v tujini in na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja.³⁵

Pri zahtevah za povrnitev stroškov se pojavijo manjše razlike. Pravila za položaj po Uredbi 883/2004 zahtevajo priložitev dokumentacije, iz katere je razvidno, da je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam, in dokumentacijo, iz katere sta razvidna določen datum zdravljenja v Sloveniji in izvajalec. Za položaj po Direktivi 2011/24 pa je potrebno v zahtevi navesti še podatek o številki in datumu odločbe ZZS o predhodni odobritvi povrnitve stroškov vrednosti zdravstvene storitve. Dodatne razlike so opazne pri zahtevah za povrnitev stroškov nakupa zdravil, živil ali medicinskih pripomočkov. V teh primerih se zahteva bodisi navedba podatka o številki in datumu odločbe zavoda o upravičenosti do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe ali o pravici do zahtevnejšega medicinskega pripomočka, podatek o številki in datumu odločbe zavoda o predhodni odobritvi

³⁴ 1. odstavek 228.a, 1. odstavek 228.b in 2. odstavek 228.c člena Pravil.

³⁵ 2. odstavek 228.a, 2. odstavek 228.b in 3. odstavek 228.c člena Pravil.

povrnitve stroškov vrednosti zdravila in živila bodisi priložitev recepta, naročilnice ali naročilnice EU za njihov nakup.³⁶

Za zavarovane osebe je pomembno tudi vprašanje, kako postopati z zahtevano dokumentacijo v tujem jeziku. Uveljavljanje pravice do zdravljenja v tujini ima po naravi stvari za posledico pridobitev dokumentacije v tujem jeziku. Kadar je ZZSZ predložena zdravstvena ali druga dokumentacija v tujem jeziku, ki ga uradna oseba zavoda ne razume, mora zavarovana oseba na poziv zavoda na lastne stroške predložiti tudi njen prevod v slovenskem jeziku.³⁷ Gre za formalnost, ki lahko pripelje do precejšnjih stroškov zavarovane osebe in jo odvrne od uveljavljanja pravice do zdravljenja v tujini. V skladu s Pravili to velja za vse tri zakonsko predvidene možnosti. Vendar pa za položaj po 44.b členu ZZVZZ (Uredba 883/2004) velja drugačno pravilo. Organ, nosilec ali sodišče ene države članice ne sme zavrniti zahtevkov ali dokumentov, ki so mu predloženi v tujem jeziku, ki je eden izmed uradnih jezikov EU.³⁸ Skupaj je uradnih jezikov EU 24.³⁹ Določbe Uredbe 883/2004, ki se neposredno uporablja v državah članicah EU, pa prevladajo nad določbo Pravil.

3.3. Primeri zahtevanih dokumentov pred prejemom zdravljenja v drugi državi članici EU

Po Direktivi 2011/24 je predhodna odobritev predvidena kot izjema, kot splošno pravilo pa je poudarjen prost pretok storitev. Vseeno morajo zavarovane osebe v Sloveniji za uspešno povrnitev stroškov zdravljenja v tujini pri precejšnjem številu zdravstvenih storitev opraviti še dodaten (predhoden) korak v postopku. Tu ne gre za zdravstvene storitve, za katere se zahteva predhodna odobritev ZZSZ (bolnišnične storitve, ki vključujejo prenočitev pacienta in uporaba visoko specializirane medicinske opreme ali infrastrukture), temveč za nekatere druge.

Zavarovana oseba mora za prejem bolnišničnih in specialistično ambulantnih zdravstvenih storitev, vključno v okviru teh storitev predpisanih zdravil in medicinskih pripomočkov, pridobiti napotnico izbranega osebnega ali napotnega zdravnika, kadar jo za prejem teh storitev potrebuje tudi v Sloveniji. Direktiva

³⁶ 228.d, 228.e, 228.f člani Pravil.

³⁷ 228. člen Pravil.

³⁸ 7. odstavek 76. člena Uredbe 883/2004.

³⁹ Dostop na spletni povezavi

http://ec.europa.eu/languages/policy/linguistic-diversity/official-languages-eu_en.htm.

2011/24 namreč omogoča vzpostavitev zahteve držav članic EU po pridobitvi napotitve s strani splošnega ali osebnega zdravnika, ki se sicer potrebuje za vstop v svet zdravstvenih storitev.⁴⁰ Slovenija je to zahtevo v ZZVZZ tudi vzpostavila. Napotnica osebnega ali napotnega zdravnika pa ne bo potrebna za tiste specialistične ambulantne zdravstvene storitve, ki jih zavarovana oseba lahko prejme v javni zdravstveni mreži v Sloveniji brez napotnice, npr. meritev dioptrije v okviru specialistično ambulantnih storitev okulistike.

Pri povrnitvi stroškov zaradi nakupa zdravil, živil ali medicinskih pripomočkov je potreben prejem predhodno predpisanega recepta ali naročilnice izbranega osebnega ali napotnega zdravnika, ki ima ustrezno pooblastilo ZZS.

ZZVZZ pa ureja še en primer dokumenta, ki je potreben za uspešno naknadno povrnitev stroškov. V primerih napotitve na zdraviliško zdravljenje, upravičenosti do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe in pri uveljavljanju pravice do zahtevnejšega medicinskega pripomočka zavarovana oseba potrebuje predhodno izdano odločbo ZZS.

V vseh naštetih primerih gre pravzaprav za pridobitev dokumentov, ki se zahtevajo za prejem storitev v okviru slovenskega obveznega zdravstvenega zavarovanja.

3.4. Pomoč uradni osebi pri odločanju

Ko zavarovana oseba na območno enoto ZZS vloži zahtevo za predhodno odobritev ali povrnitev stroškov, začne teči rok, v katerem mora uradna oseba odločiti in vročiti odločbo. Če uradna oseba zavoda nima določenega strokovnega znanja, lahko pridobi mnenje imenovanega zdravnika, člana zdravstvene komisije ali drugega zdravnika zavoda. To pooblastilo pri odločanju ima uradna oseba pri vseh treh položajih uveljavljanja pravice do zdravljenja v tujini.⁴¹

Prav tako lahko uradna oseba zavoda pridobi mnenje konzilija ustreznega izvajalca na terciarni ravni. Konzilij lahko poda mnenje o nekaterih vidikih zdravljenja zavarovane osebe, ki so pomembni za odločitev o zahtevi za predhodno odobritev zdravljenja ali za povrnitev stroškov tega zdravljenja in jih Pravila primeroma določajo. Gre za vprašanja: kakšno zdravljenje potrebuje zavarovana oseba, ali so v Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja, ali je z zdravljenjem v tujini pričako-

⁴⁰ 7. odstavek 7. člena Direktive 2011/24.

⁴¹ 227. člen Pravil.

vati ozdravitev ali izboljšanje ali preprečitev nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja, kolikšen je razumen čas pri zavarovani osebi za zdravstveno storitev, katero prevozno sredstvo je potrebno, itd.⁴²

3.5. Statistika

V letu 2014 je ZZSZ prejel 558 vlog na podlagi 44. a člena ZZVZZ (izčrpane možnosti zdravljenja v Sloveniji), 127 na podlagi 44. b člena (Uredba 883/2004) in 24⁴³ na podlagi 44. c člena (Direktiva 2011/24) za izdajo predhodne odobritve. Odobrenih je bilo 465 vlog na podlagi 44. a člena, 14 vlog na podlagi 44. b člena in 9 vlog na podlagi 44. c člena (predhodna odobritev).

ZZSZ je obravnaval tudi 1250 vlog za povrnitev stroškov specialistično ambulantnega zdravljenja po 44. c členu ZZVZZ (Direktiva 2011/24), za katerega pa se ne zahteva predhodna odobritev. Na dan 31. 12. 2014 je bilo pozitivno rešenih 1098 vlog, 67 negativno, 85 vlog pa je bilo še v reševanju.⁴⁴

Slovenske zavarovane osebe so v drugih državah članicah najpogosteje opravile preiskavo elektromiografije (EMG), operacije na ožilju ter specialistično ambulantno storitev na področju okulistike in ortopedije. Največ vlog za povrnitev se nanaša na opravljene storitve v Avstriji, Italiji in na Hrvaškem.

Prevladujejo vloge za povrnitev stroškov po 44. c členu ZZVZZ (Direktiva 2011/24). Glede na število odobrenih vlog je možen sklep, da so v Sloveniji pacienti dobro ozaveščeni o svojih pravicah. To je razvidno iz velikega števila zahtev za povrnitev stroškov in uspešne izpolnitve vseh drugih zahtev v postopku (zlasti priložitev in prevod zahtevane dokumentacije).

Vloženih (in odobrenih) je bilo tudi nekaj zahtev za predhodno odobritev v skladu z 44. c členom (Direktiva 2011/24), vendar bistveno manj kot zahtev za predhodno odobritev v skladu z 44. b členom (Uredba 883/2004). Uspešnost tovrstnih vloženih zahtev je nizka.⁴⁵

⁴² 225. člen Pravil.

⁴³ Za bolnišnične storitve, ki vključujejo prenočitev pacienta, ter uporabo visoko specializirane in drage medicinske opreme ali infrastrukture.

⁴⁴ Statistične informacije so bile na prijazen način posredovane s strani direktorja področja za urejanje zavarovanj in mednarodno zdravstveno zavarovanje ZZSZ dne 16. 1. 2015 in bodo vključene v Poslovno poročilo ZZSZ za leto 2014 (ki je v pripravi).

⁴⁵ Odobrenih zahtev za predhodno odobritev na podlagi 44. b in 44. c člena ZZVZZ je bilo 23 (skupaj je bilo vloženih 151 zahtev).

Z vidika predhodne odobritve je daleč največ zahtev za predhodno odobritev po 44.a členu ZZVZZ (izčrpane možnosti zdravljenja v Sloveniji).

4. PRIMERJAVA UREDITEV DRUGIH DRŽAV ČLANIC EU

Zanimiva je tudi primerjava ureditev prenesenih pravil Direktive 2011/24 v notranje pravne rede držav članic EU in povezave teh pravil s pravili koordinacijske Uredbe 883/2004.⁴⁶ V Sloveniji je postopek predhodne odobritve (in povrnitve stroškov) po obeh dokumentih bolj ali manj enak, razen nekaterih (manjših) razlik pri strukturi obrazcev in zahtevane priložene dokumentacije. Primerjava ureditev nam poleg prevladujočih rešitev prikaže tudi nekatere posebnosti, ki so lahko odraz različnosti sistemov socialne varnosti ali pa različnega pojmovanja obsega in primerne ureditve pravic pacientov oziroma zavarovanih oseb v državi. Na tem mestu ne bodo analizirane pravne ureditve vseh držav članic EU, zlasti zaradi pomanjkanja ustreznih informacij, opozorjeno bo le na temeljne rešitve in nekatere zanimivejše posebnosti držav članic.

Zahtevo po predhodni odobritvi so poleg Slovenije vzpostavili tudi Luksemburg, Poljska, Malta, Latvija, Italija, Irska, Madžarska, Francija, Romunija, Španija, Grčija, Danska, Ciper, Bolgarija, Belgija, Avstrija, Združeno kraljestvo in Hrvaška. V veliko državah odloča o obeh zahtevah (po Direktivi 2011/24 in Uredbi 883/2004) isti organ. Tako je npr. v Sloveniji, Italiji, Luksemburgu, Latviji, Franciji, na Hrvaškem in Madžarskem. V Španiji je npr. vzpostavljena drugačna rešitev. O zahtevah po Uredbi 883/2004 odloča Nacionalni inštitut za zdravstveno varstvo, o zahtevah po Direktivi 2011/24 pa odloča pristojni regionalni Center za zdravstveno varstvo (ki jih je 17) ali pa druga pristojna institucija v posebnih primerih (npr. v mestih Cevta in Melila). Kadar pristojni regionalni Center ugotovi, da zavarovana oseba izpolnjuje pogoje po Uredbi 883/2004, posreduje dokumente Nacionalnemu inštitutu za zdravstveno varstvo.

V večini držav se uporablja tudi enak kriterij za odobritev oziroma zavrnitev predhodne odobritve zdravljenja v tujini. Gre za kriterij, ali je zdravstveno varstvo, glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in verjeten razvoj bolezni možno

⁴⁶ Podatki držav članic EU so bili posredovani s strani prof. Strbana in bodo uporabljeni pri izdelavi poročila FreSsco, Ad hoc prošnja za primerjalno analizo nacionalnih zakonodaj, osnutek, februar 2015. Za primerjavo nacionalnih ureditev glej tudi Rataj, Primož, str. 19-41.

zagotoviti v razumnem času. Takšna rešitev je uveljavljena v Sloveniji, Bolgariji, Franciji, Španiji, Grčiji, Nemčiji, Belgiji, Avstriji, Luksemburgu, na Poljskem, Cipru, Hrvaškem, Madžarskem, Danskem in na Malti. Drugačna pa je ureditev npr. na Irskem. Irska pri presoji odobritev v skladu s pravili Direktive 2011/24 ne postavlja pogoja razumnega časa, temveč zahteva samo ustrezno ravnanje v postopku – gre za pridobitev ustrezne napotitve, kadar je ta na Irskem zahtevana za prejem nadaljnjih zdravstvenih storitev.

V nekaterih državah članicah EU je pri presoji zahtev za predhodno odobritev vzpostavljen tudi pacientu prijazen kriterij. Upravni organ mora namreč preveriti, ali zavarovana oseba izpolnjuje kriterije v skladu z Uredbo 883/2004 (ki so ugodnejši) in če jih, izda ustrezno odobritev, razen v primerih, kadar zavarovana oseba izrecno zahteva odobritev v skladu s pravili Direktive 2011/24 (želi npr. prejeti storitve pri točno določenem tujem izvajalcu). Ta obveznost je predvidena v zakonodajah Madžarske, Španije, Cipra, Bolgarije in Hrvaške.

Zahteva po predhodni odobritvi pa ni vzpostavljena v Litvi, Estoniji, na Finskem, Češkem in Švedskem. V Estoniji in na Češkem je sicer možnost takšne zahteve predvidena v zakonu, vendar še ni prišlo do sprejema ustreznega podzakonskega akta. Potrebe po slednjem ni, saj so cene zdravstvenih storitev nizke. Po drugi strani sta Finska in Švedska relativno bogati državi z visoko stopnjo socialne zaščite. Na Finskem je tako vzpostavljen sistem, ki omogoča povrnitev stroškov zavarovani osebi tudi za zdravstveno varstvo, ki ga zavarovana oseba prejme pri zasebniku na Finskem, vendar le v delu celotnega zneska, ki ga nosilec izplačuje javnim izvajalcem. Enaka stopnja povrnitve velja tudi za zdravstveno varstvo, ki ga izvede tuji izvajalec.⁴⁷ Na Finskem je tako uveljavljena rešitev, ki ne sproža vprašanja obrnjene diskriminacije.⁴⁸ O slednji govorimo, ko ima posameznik zaradi gibanja med državami članicami EU več pravic, kot če ostane znotraj ene države. Za primerjavo, v Sloveniji ZZZS povrne stroške prejetih zdravstvenih storitev pri zasebnih izvajalcih v državah članicah EU, ne pa za prežete storitve od slovenskih zasebnih izvajalcev.

Veliko držav je tudi prevzelo pravila Direktive 2011/24 glede povrnitve stroškov. Slednji se povrnejo po cenah v državi zavarovanja, vendar ne v višjem znesku, kot so bili dejanski stroški. Pri izplačilih za storitve po Uredbi 883/2004 pa

⁴⁷ Dostop na spletni povezavi

http://www.kela.fi/web/en/news-archive/-/asset_publisher/IN08GY2nIrZo/content/changes-to-kela-benefits-in-2014.

⁴⁸ O vprašanju obrnjene diskriminacije glej tudi Strban, Grega, 2014, str. 104-108.

države povrnejo stroške ali vnaprej plačajo storitve izvajalcu po cenah v državi zdravljenja. Takšna rešitev je sprejeta v Sloveniji, Estoniji, Združenem kraljestvu, na Poljskem, Hrvaškem, Madžarskem, Danskem in Švedskem. Švedska ima glede povrnitve stroškov določene posebnosti. Ni uveljavljenih enotnih cen znotraj države, temveč se cene razlikujejo znotraj posameznih okrožij. Švedska ima tudi svojo valuto – krono, zaradi katere se pojavi dodatna razlika. Pri uveljavljanju pravic po Uredbi 883/2004 je odločilen datum odobritve (po menjalnem razmerju, določenem s strani Evropske Centralne Banke – ECB), po Direktivi 2011/24 pa datum plačila storitve.

Pri analizi upravnih ovir za uveljavitev pravic po Direktivi 2011/24 v primerjavi s tistimi po Uredbi 883/2004 je možno posplošeno reči, da večjih razlik ni. Države članice EU praviloma zahtevajo izpolnitev ustreznega obrazca, priložitev računa, potrdila o plačilu računa, zdravstvene dokumentacije in ustrezno napotitev (kjer je ta predvidena).

5. SKLEP

Z novelo ZZVZZ-M je na zakonski ravni naposled le podrobneje urejena pravica do zdravljenja v tujini. Hkrati so bile pri prenosu pravil Direktive 2011/24 v zakon vnesene skoraj vse dopuščene možnosti, ki omejujejo prost pretok zdravstvenih storitev znotraj EU.⁴⁹ Tovrsten pristop so ubrale tudi nekatere druge države v EU. Takšen ukrep je lahko povsem legitimen z dveh zornih kotov. Prvi je finančni vidik poslovanja ZZS, ki je nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja.⁵⁰

ZZS je že več let v nezavidljivem položaju pri razdelitvi sredstev med razne institucije za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja in pri prenosu zapadlih obveznosti v naslednje leto. Po drugi strani lahko pravice, ki izhajajo iz Direktive 2011/24, uveljavi le del zavarovanih oseb – gre za premožnejše posameznike, ki razpolagajo z večjim številom informacij o tujih izvajalcih in razumejo tuj jezik. ZZS razpolaga z omejenim zneskom denarnih sredstev. Večji kot je kos pogache, ki se ga nameni za izplačila tujim izvajalcem, težje je najti ustrezne rešitve v

⁴⁹ V skladu s 44.c členom ZZVZZ lahko minister, pristojen za zdravje, omeji dostop do zdravstvenih storitev pacientom drugih držav članic EU v javni zdravstveni mreži v Sloveniji in povrne stroškov pri uveljavljanju pravice na podlagi 44.c člena ZZVZZ (Direktiva 2011/24).

⁵⁰ Dostop na spletni povezavi <http://www.zzs.si/ZZS/info/gradiva.nsf/o/D339C70AB76FEDE7C1257DD4002D2154?OpenDocument>.

že tako težavni finančni situaciji, s katero se sooča slovensko zdravstvo. Hkrati to tudi povečuje neenako obravnavo med zavarovanimi osebami. Premožnejši in bolje izobraženi lahko "preskakujejo" čakalno vrsto, to pa ima za posledico dodatno podaljšanje čakalne vrste za tiste zavarovane osebe, ki nimajo denarnih sredstev, s katerimi bi si lahko privoščile zdravstvene storitve v tujini in naknadno povrnitev stroškov. Zaradi manjšega preostalega deleža denarnih sredstev, ki je namenjen slovenskim izvajalcem zdravstvenih storitev, lahko pride tudi do ustreznega zmanjševanja pravic znotraj obveznega zdravstvenega zavarovanja ali dogovora o manj obsežnem programu z domačimi izvajalci.⁵¹ Prenos pravil Direktive 2011/24 v ZZVZZ torej temelji na ekonomskih in pravnih argumentih, hkrati pa predstavlja pomembno novost. Slednjega se zavarovane osebe zavedajo in v precejšnjem številu že koristijo možnosti, ki jih imajo na podlagi ZZVZZ.

Za zavarovane osebe so pomembne tudi ugotovitve glede formalnega dela odločanja. Postopek uveljavljanja pravice do zdravljenja v tujini, bodisi s pridobitvijo predhodne odobritve bodisi z zahtevo za povrnitev stroškov, je enostavno dostopen in bolj ali manj podoben (enak). To je razumljivo, saj je materija že tako precej kompleksna, tako za stranko kot za osebe, ki v postopkih odločajo.

LITERATURA, PRAVNI IN DRUGI VIRI

- FreSsco, analitična podpora, Ad hoc prošnja za primerjalno analizo nacionalnih zakonodaj, osnutek, Zadeva: Upravni postopek, ki ga pristojne institucije uporabljajo pri odločanju o predhodni odobritvi ali povrnitvi stroškov po Uredbi (ES) št. 883/2004 in 987/2009, ter Direktivi (EU) 2011/24, februar 2015.
- Rataj, Primož: Spremembe, ki jih v koordinacijo sistemov socialne varnosti vnaša Direktiva (EU) 2011/24 in primerjalna analiza njenega prenosa, magistrsko diplomsko delo, Ljubljana, 2014.
- Strban, Grega: Izzivi obveznega zdravstvenega zavarovanja: iskanje ravnovesja med javno in zasebno odgovornostjo za zdravje, v: Delavci in delodajalci št. 2014/2-3, str. 343-363.
- Strban, Grega: Razmerje med pravico do zdravljenja v tujini in pravico do zdravljenja v domači državi, v: Medicina in pravo : sodobne dileme III, v Mariboru: Pravna fakulteta, 2014, str. 91-110.
- Prečiščena različica Pogodbe o delovanju Evropske Unije, UL C 326, 26. 10. 2012.
- Uredba (ES) 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti, UL L 166, 30.4.2004.
- Uredba (ES) 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 16. septembra 2009 o določitvi pravil za izvajanje Uredbe (ES) 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti, UL L 284, 30.10.2009.

⁵¹ Strban, Grega, 2014, str. 359.

- Direktiva (EU) 2011/24 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, UL L 88, 4.4.2011.
- Ustava Republike Slovenije, Ur. l. RS, št. 33/91 – 1, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80. 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121, 140, 143, 47/13 – UZ148 in 47/13 – UZ90, 97, 99.
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (uradno prečiščeno besedilo) (ZZVZZ - UPB3), Ur.l. RS, št. 72/2006, 114/2006 - ZUTPG, 91/2007, 76/2008, 62/2010 - ZUPJS, 87/2011, 40/12 - ZUJF, 21/2013 - ZUTD-A, 91/2013, 99/2013 - ZUPJS-C, 99/2013 - ZSVarPre-C in 111/2013 - ZMPEIZ - 1.
- Zakon o delovnih in socialnih sodiščih – 1, Ur. l. RS, št. 2/04, 10/04 – popr., 45/08 – Zarbit, 45/08 – ZPP-D, 47/10 – odl. US in 43/12 – odl. US.
- Zakon o splošnem upravnem postopku (uradno prečiščeno besedilo), Ur. l. RS, št. 24/06, 105/06 – ZUS-1, 126/07, 65/08, 8/10 in 82/13.
- Obligacijski zakonik (uradno prečiščeno besedilo), Ur. l. RS, št. 97/07.
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (uradno prečiščeno besedilo), Ur.l. RS, št. 30/2003 (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 in 25/2014.
- Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov, Ur.l. RS, št. 63/2010.
- Odredba o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev, Ur. l. RS, št. 6/14.
- Odločba Ustavnega sodišča št. U-I-25/14, Up-1303/11 z dne 21. marca 2014.
- http://ec.europa.eu/languages/policy/linguistic-diversity/official-languages-eu_en.htm - Uradni jeziki Evropske Unije.
- <http://www.pisrs.si/Pis.web/> - Pravno informacijski sistem Republike Slovenije.
- <http://www.nkt-z.si/> - Nacionalna kontaktna točka.
- <http://www.zzzs.si/ZZZS/INFO/EGRADIVA.NSF/0/C3D3F8C8923A29D2C1257AC2002BA43E> - Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.
- <http://www.zzzs.si/ZZZS/info/gradiva.nsf/o/D339C70AB76FEDE7C1257DD4002D2154?OpenDocument> - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije poravnal vse zapadle obveznosti v letu 2014 po treh zaporednih letih prenosov dela obveznosti v naslednje leto.
- <http://www.zzzs.si/> - Poslovno poročilo za leto 2014 (v pripravi).
- http://www.kela.fi/web/en/news-archive/-/asset_publisher/IN08GY2nIrZo/content/changes-to-kela-benefits-in-2014 - Spremembe v letu 2014 - spletna stran Finske nacionalne kontaktne točke.

AUTHORISATION OF CROSS-BORDER HEALTHCARE

Primož Rataj*

SUMMARY

In the field of mandatory health insurance, the end of 2013 was marked with the change of Health Care and Health Insurance Act (ZZVZZ-M). Rules of Directive (EU) no. 2011/24 on the application of patients' rights in cross-border healthcare were transposed into national legislation and at the same time the right to cross-border healthcare was enacted in a more detailed way and regulates three different legal positions. The first regulates situations in which treatment options in Slovenia are exhausted, the second one enacts the rules of coordination Regulation 883/2004 and the third is based on the rules of Directive 2011/24. As a rule, prior authorization of Health Insurance Institute of Slovenia (HIIS) is required in order to receive cross-border healthcare or for the expenses of medical services to be reimbursed. On the basis of prior authorization, HIIS pays the advance to the healthcare provider performing the medical services (according to its prices). Travel costs of the insured person are also covered. However, according to the rules transposing Directive 2011/24, prior authorization is an exception. It is only required for hospital medical services that require an overnight stay of the insured person, and for medical services that require the use of highly specialised and expensive medical infrastructure or equipment. However, rights arising from the rules of Directive 2011/24 are of lower priority. The insured person must pay for the medical services himself and then subsequently demand reimbursement of expenses from HIIS. Expenses are reimbursed according to the average prices of such services in Slovenia, but not more than the actual expenses. Travel costs are not covered either. Despite the fact that the rights arising from prior authorisation are vastly distinct, the criteria for prior authorisation are the same. The procedural aspect of all three positions is mainly the same. The administrative procedure is easily accessible,

* Primož Rataj, Teacher Assistant at the Faculty of Law, University of Ljubljana, Slovenia
primož.rataj@pf.uni-lj.si

information regarding the right to cross-border healthcare and procedural requirements are published by various sources, such as HIIS, National Contact Point and legal information system of Slovenia. Minor differences exist between the content of forms that an insured person must complete in order to lodge a claim for prior authorisation or reimbursement of expenses, and between the documents that must be attached to the claim. Many other EU Member States have also enacted the requirement of prior authorisation in their internal legislation, and united the procedural rules regarding claims for prior authorisation. Many of them also reimburse the medical expenses in different sums. When reimbursing the costs on the basis of Regulation 883/2004, the prices of the Member State where medical services are provided are used. Contrary to that, when reimbursing the expenses on the basis of rules imposed by Directive 2011/24, such reimbursement is made according to the prices of the Member State of insurance. Despite the fact that Slovenia enacted all restrictions that Directive 2011/24 permits regarding free movement of (medical) services, such action may be seen as appropriate, considering the fact that Slovenian HIIS has been having financial struggles. Export of payments for medical services to foreign healthcare providers can only deepen such struggles therefore restricting the free movement of services can be viewed as appropriate.