

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Neva Šuštar

Načrtovano zdravljenje v tujini

Diplomsko delo

Ljubljana, 2015

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

Neva Šuštar

Mentor: izr. prof. dr. Andrej A. Lukšič

Načrtovano zdravljenje v tujini

Diplomsko delo

Ljubljana, 2015

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorju izrednemu prof. dr. Andreju A. Lukšiču za vso pomoč in spodbudne besede pri nastajanju tega dela.

NAČRTOVANO ZDRAVLJENJE V TUJINI

Sistemi zdravstvenega zavarovanja in zdravstvenega varstva so kompleksni in zapleteni sistemi, ki so prisotni v vseh državah Evropske unije, vendar se med seboj nekoliko razlikujejo. Zdravstveni sistemi znotraj Evropske unije se vedno bolj prepletajo, zato je za prebivalce Evropske unije nujno, da so pravila o čezmejnem zdravstvenem varstvu jasna, saj jim je s tem omogočen lažji dostop do zdravstvenih storitev izven svoje države. Direktiva (24/11/EU) o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu zagotavlja lažji dostop do varnega in kakovostnega čezmejnega zdravstvenega varstva v drugi državi članici. Slednjo je slovenski zakonodajalec implementiral v nacionalno zakonodajo oktobra 2013, in sicer s spremembo Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Posledično so bile potrebne tudi nekatere spremembe v Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki skupaj z zakonom natančno določajo pravice in pogoje do načrtovanega zdravljenja v tujini. Zavarovane osebe imajo pravico do zdravljenja v tujini, če so v Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja ali če čakalne dobe presegajo najdaljšo dopustno dobo oziroma razumni čas. S prenosom Direktive ima zavarovana oseba pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in jih uveljavlja v drugi državi članici EU.

Ključne besede: načrtovano zdravljenje v tujini, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje, povračilo stroškov zdravstvenih storitev.

PLANNED MEDICAL TREATMENTS ABROAD

Health insurance systems are complex and complicated systems. Despite being present in all countries of the European Union they differentiate from one another. Healthcare systems within the European Union are getting further intertwined, thus it is of paramount importance that the rules of cross-border healthcare are clear in order to provide people with an easier access to healthcare services outside their native country. The directive (24/11/EU) on asserting patients' rights on cross-border healthcare, offers an easier and safer access to quality cross-border healthcare in other members of the European Union. It was implemented in the Slovenian national legislation in October 2013 with changing the Act on Healthcare and Health Insurance. Consequently, some changes needed to be made to the Regulation on Obligatory Health Insurance which together with the legislation accurately set the rights and conditions to planned medical treatments abroad. These apply only in case of exceeding all possible options in Slovenia or the longest possible or reasonable waiting period. Transferring the Directive provides the insured individual with the right to a refund of health service expenses which fall under obligatory health insurance and are asserted in another member country of the EU.

Keywords: planned medical treatments abroad, health care, health insurance, refund of health service expenses.

KAZALO

1	UVOD	7
2	METODOLOŠKI OKVIR	8
2.1	Teoretski okvir.....	8
2.2	Raziskovalno vprašanje	12
2.3	Metode preučevanja.....	12
2.4	Cilji in namen	12
3	SISTEMI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA PO SVETU.....	13
3.1	Sistem obveznega zdravstvenega varstva ali Bismarckov sistem	14
3.2	Sistem nacionalnega zdravstvenega varstva ali Beveridgov model	14
3.3	Tržni sistem zdravstvenega varstva.....	15
4	SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IN ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI.....	15
4.1	Obvezno zdravstveno zavarovanje	16
4.2	Prostovoljno zdravstveno zavarovanje	19
4.3	Dejavniki, ki vplivajo na stabilnost slovenskega zdravstvenega sistema.....	20
5	PRAVNI RED EVROPSKE UNIJE IN SPREJEM V NACIONALNE ZAKONODAJE 21	
6	PRAVICA DO ČEZMEJNIH ZDRAVSTVENIH STORITEV	24
6.1	Pravica do načrtovanega zdravljenja tujini v skladu s 44. a-členom ZZVZZ-M	25
6.2	Pravica do pregleda, preiskave ali zdravljenja v državah z evropskim pravnim redom, v skladu 44. b-členom ZZVZZ.....	27
6.3	Pravica do načrtovanega zdravljenja v drugi državi članici EU v skladu s 44. c- členom ZZVZZ	29
7	NACIONALNA KONTAKTNA TOČKA	33
8	EMPIRIČNI DEL.....	34
8.1	Analiza odgovorov po demografskih podatkih	35
9	SKLEP.....	38
10	LITERATURA.....	40
	PRILOGE	43
	Priloga A: Anketni vprašalnik.....	43

KAZALO TABEL

Tabela 4.1: Obseg pravic do zdravstvenih storitev	18
Tabela 6.1: Načrtovana zdravljenja v tujini v letu 2014	33
Tabela 8.1: Frekvenčna porazdelitev glede na spol anketirancev	35
Tabela 8.2: Frekvenčna porazdelitev glede na starost anketirancev	35
Tabela 8.3: Frekvenčna porazdelitev glede na izobrazbo anketirancev	36
Tabela 8.4: Frekvenčna porazdelitev glede na status anketirancev.....	36
Tabela 8.5: Pripravljenost za koriščenje zdravljenja v tujini glede na starost	37
Tabela 8.6: Pripravljenost za koriščenje zdravljenja v tujini glede na spol	37

1 UVOD

Sisteme zdravstvenega varstva in zavarovanja lahko razdelimo glede na vlogo in prisotnost države pri upravljanju področja. Obstajajo trije glavni modeli sistema zdravstvenega zavarovanja: Beveridgov, tržni sistem in Bismarckov, pri čemer ima slovenski zdravstveni sistem značilnosti zadnjega. Glavna značilnost je, da država postavi zakonski okvir, izvajanje pa prepusti drugim institucijam. Državljeni z dohodki morajo plačevati prispevke in biti vključeni v obvezno zdravstveno zavarovanje, prispevke pa morajo plačevati tudi delodajalci. Pravo nasprotje je tržni sistem, v katerem ima država le ohlapno vlogo pri določanju predpisov s področja zdravstvenega varstva ter ne zagotavlja načinov in oblik financiranja zdravstvenih storitev (Toth 2003, 143–147). V Sloveniji poleg obveznega zdravstvenega zavarovanja obstaja prostovoljno dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki skupaj predstavljata del socialne varnosti zavarovanih oseb in javni interes Republike Slovenije. Nenadzorovana rast stroškov v zdravstvu sili države v različne reforme zdravstvenih sistemov, s ciljem racionalizirati porabo in rast stroškov. Po ustavi je Slovenija pravna in socialna država, državljani imajo pravico do socialne varnosti in zdravstvenega varstva. Sistem zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji temelji na načelu solidarnosti (Toth 2003, 250). Vključuje pokrivanje stroškov zdravljenja in rehabilitacije ter nadomestilo plače za čas odsotnosti z dela zaradi bolezni ali poškodbe. Krovni zakon, ki opredeljuje sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, je Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Zdravstveno zavarovanje deli na dve osnovni obliki: na obvezno zdravstveno zavarovanje in prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki skupaj predstavljata del socialne varnosti zavarovanih oseb. Obvezno zdravstveno zavarovanje se skladno z zakonom opravlja kot javna služba po načelih javnih financ in v breme javne porabe. Edini izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja je Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije. Prostovoljna zdravstvena zavarovanja izvajajo tri zavarovalnice (Bobunov Škoberne 2002, 55). Staranje družbe in s tem razvoj kroničnih bolezni ter višanje stroškov zdravstva sta le dva razloga, ki skozi zadnja desetletja obremenjujeta zdravstveni sistem. Te težave, ki se odražajo tudi v drugih državah Evropske unije, pa je gospodarska kriza le še poglobila. Zdravstveni sistemi v Evropski uniji temeljijo na vrsti evropskih vrednot in cilj je izboljšanje učinkovitosti zdravstvenih sistemov. Na eni strani morajo biti osnovni ukrepi spodbujanje zdravega življenja in preprečevanje bolezni, na drugi strani pa je povezovanje sistemov zdravstvenega varstva ključ, ki prebivalcem Evropske unije omogoča lažji dostop do kakovostnih zdravstvenih storitev tudi izven svoje države. Evropsko sodišče je z nekaj sodbami določilo,

da so bili pacienti upravičeni do povračila stroškov za čezmejne zdravstvene storitve¹ (Sodišče evropske skupnosti). Na podlagi sodb Evropskega sodišča in dejstva, da se zdravstvene politike in sistemi v Evropski uniji vse bolj povezujejo, je bila logična posledica ureditev pravil o zdravljenju in povračilu stroškov v primeru čezmejnih zdravstvenih storitev. Z direktivami Evropske unije (v nadaljevanju EU) se uskladijo različni nacionalni predpisi. Določajo rezultate, ki jih morajo doseči v vseh državah članicah, način in metodo uresničevanja teh rezultatov nato določijo nacionalni organi sami. Sprejem Direktive 2011/24/EU o pravici do čezmejnih zdravstvenih storitev se je pričakoval vrsto let. Gre za izvajanje evropskega pravnega reda o uveljavljanju čezmejnih zdravstvenih storitev državljanov EU, katere cilj je zagotavljanje lažjega dostopa do varnega in kakovostnega čezmejnega zdravstvenega varstva in povrnitev stroškov. Zavarovana oseba lahko na podlagi napotnice ali recepta, izdanega v Sloveniji, poišče zdravstveno storitev v drugi državi članici EU, pri čemer je to pravico mogoče poiskati ali pri izvajalcih iz mreže javne zdravstvene oskrbe ali pri zasebnikih (Direktiva 2011/24/EU). Pred implementacijo Direktive so slovenske zavarovane osebe lahko v drugih državah uveljavljale pravico do načrtovanega zdravljenja v tujini, če so bile v Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja in če so bile v Sloveniji presežene najdaljše dopustne čakalne dobe ali razumen čas.

V nadaljevanju bom na kratko predstavila vrste sistemov zdravstvenega zavarovanja in slovenski zdravstveni sistem kot podlago za opis in primerjavo pogojev uveljavljanja in povračila stroškov med zakonsko določenimi tremi možnostmi uveljavljanja načrtovanega zdravljenja v tujini.

2 METODOLOŠKI OKVIR

2.1 Teoretski okvir

Čakalne vrste v zdravstvu so javno politični problem. Vzroke lahko iščemo v omejenih proračunskih sredstvih in posledično premajhnem številu ustreznega kadra, ustrezno opremljenih prostorov in pomanjkanju tehničnih pripomočkov ter medicinskih naprav, ki privedejo do predolgih čakalnih vrst v zdravstvu. S povečanjem možnosti koriščenja zdravstvenih storitev v tujini pacient pridobi večjo možnost izbire in lahko posledično hitreje dostopa do ustreznih zdravstvenih storitev, kar je njegova ustavna pravica. Evropsko sodišče

¹ Kot primer sodba Smits in Peerbooms iz 2001.

je izdalo nekaj sodb in tako potrdilo pravice pacientov, da se pod določenimi pogoji zdravijo v tujini in so upravičeni do povračila stroškov zdravljenja. Javni interes je, da imajo prebivalci EU dostop do kakovostnih zdravstvenih storitev, kjer koli se odločijo, naloga državnih akterjev zdravstvene politike pa je, da v največji možni meri pacientom zagotovi dostop do kakovostnih zdravstvenih storitev že v svoji državi. V okviru zdravstvenega varstva in socialne varnosti je bila torej potrebna ureditev pravil, ki bi jasno določala načrtovano zdravljenje v tujini za vse države članice. Cilj je ustrezno ravnovesje med ohranjanjem vzdržnosti zdravstvenega sistema in varstvom pravic pacientov do zdravljenja zunaj domače države. Nova zakonodaja mora torej jasno zagotoviti pravila in zanesljive informacije o zdravljenju in povračilu stroškov za zdravstvene storitve v drugi državi EU. V interesu pacientov je tako tesnejše sodelovanje držav EU in s tem odprava dolgoletne pravne negotovosti. Vpleteni so različni akterji, in sicer na ravni EU in na ravni nacionalne države. Različni sektorji se ukvarjajo z zdravstveno in socialno zakonodajo: vladni in nevladani akterji, strokovnjaki s področja javnega zdravja, zdravstveni delavci in raziskovalne institucije. Akterji v procesih oblikovanja in izvajanja javnih politik prevzemajo ključno vlogo, saj v fazi oblikovanja dnevnega reda zasedejo eno pomembnejših mest. Hogwood in Gunn (1984, v Fink Hafner 2007, 130) sta celo trdila, da brez poznavanja preteklih lastnosti in reakcij akterjev, ki sodelujejo v fazi oblikovanja dnevnega reda, sploh ne moremo analizirati in nadalje napovedovati izidov te faze. Grdešič (v Fink Hafner 2007, 131) med nedržavne in državne akterje uvršča skupine igralcev, ki imajo pri oblikovanju dnevnega reda stalno pomembno vlogo in kot ključne oblikovalce dnevnega reda prepozna predvsem naslednje: nosilce izvršilne veje oblasti, parlamentarne zastopnike, državno administracijo, javnopolitične podjetnike, interesne skupine, politične stranke, strokovno javnost (javnopolitični analitiki in svetovalci) ter množične medije.

Sprejeta politika na področju čezmejnega zdravstvenega varstva je tako Direktiva 2011/24/EU (Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu; UL L št. 88 z dne 4.4.2011), ki so jo bile države članice v nacionalno zakonodajo dolžne vnesti do 25. 10. 2013. V Slovenski pravni red je bila Direktiva implementirana z novelo Zakona o zdravstvenem zavarovanju in zdravstvenem varstvu.

Odločanje o oblikovanju javnih politik se začne s postavitvijo določenega problema na dnevni red institucij političnega odločanja. Proces oblikovanja dnevnega reda je po mnenju mnogih

avtorjev (Grdešić 1995, Lester in Steward 1996, Peters 1996, v Fink Hafner 2007, 126) ključna faza procesa oblikovanja in izvajanja javnih politik, saj ne morejo potekati nikakršne dejavnosti in ni mogoče sprejemati nobenih odločitev o določeni tematiki, dokler le-te ne pridejo na dnevni red ustreznih, legitimnih političnih institucij. Vlada Republike Slovenije je (dne 3. 10. 2013) določila besedilo predloga Zakona o zdravstvenem zavarovanju in zdravstvenem varstvu in ga posredovala v obravnavo Državnemu zboru. Predlagala je obravnavo po nujnem postopku, da bi se preprečile težko popravljive posledice za delovanje države, natančneje zagotavljanje zdravstvenega varstva. Načela, ki jih je treba spoštovati, so operativna, skupna vsem zdravstvenim sistemom v EU. Gre za načela univerzalnosti, enakosti, dobre kakovosti in solidarnosti. Operativna načela so nujna za zagotavljanje zaupanja pacientov v čezmejno zdravstveno varstvo, kar pa je nujno za doseganje mobilnosti pacientov in visoke ravni varovanja zdravja (Dopis Vlade RS s predlogom zakona).

V Državnem zboru se je začela obravnavati postopka sprejema dne 7. 10. 2013, in sicer na predlog vlade po nujnem postopku. Najprej je predlog zakona obravnaval Odbor za zdravstvo, ki v državnem zboru obravnava predloge zakonov, druge akte in problematiko, ki se nanaša na javno zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje in zdravstvene dejavnosti, na zagotavljanje enake, varne in visokokakovostne celostne zdravstvene obravnave in dostopnosti do zdravstvenih storitev, na zdravila in medicinske pripomočke in na druga vprašanja, ki jih obravnava za ta področja pristojno ministrstvo. Odbor obravnava zadeve EU s svojega delovnega področja. Predlog zakona je obravnaval tudi Odbor za finance in monetarno politiko (Državni zbor 2015b).

Oblikovanje alternativnih rešitev družbenih problemov se v resničnem življenju in še posebej v procesih političnega odločanja pogosto prepleta z opozarjanjem na družbene probleme in potrebo po njihovem reševanju. Javnopolitični igralci se ob tem, ko opozarjajo na problem, pogosto že zavzemajo tudi za določene načine reševanja le-tega in pričakovani potek nadaljnjih procesov, ki vodijo k reševanju družbenega problema (Lester in Steward 1996, 81 v Fink Hafner 2007, 144). V drugi obravnavi so bile predstavljene pripombe in predlogi dopolnil zakona, ki so jih predlagali predstavniki interesnih skupin, politične stranke, strokovna javnost (Državni zbor 2015b). Konkretno so pripombe k zakonu podali: Slovensko zavarovalno združenje, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Varuh človekovih pravic, Komisija Državnega sveta za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide, Skupnost občin, Obrtno podjetniška zbornica, poslanske skupine, različni sindikati in društva. Svoje

mnenje sta podala Zakonodajno pravna služba Državnega zbora in Državni svet. Predstavljeni so bili dokumenti s pripombami k Predlogu zakona o spremembah in dopolnitvah zakona. Varuh človekovih pravic je naslovil na matično delovno telo, Odbor za zdravstvo, dopis, v katerem je opozoril, da 44. c-člen neutemeljeno omejuje pravice otrok do zdravljenja v tujini in s tem zmanjšuje že doseženo raven zdravstvenega varstva ranljive populacije. Društvo za cistično fibrozo Slovenije in Slovensko društvo Transplant sta podala predlog za spremembo 44. a, b in c člena in pozvala Državni zbor naj vloži amandmaje, ki bi omogočili pravico do spremstva otrokom do 18. leta starosti in zavarovanim osebam, ki uveljavljajo zdravstvene storitve na področju presaditve delov človeškega telesa ter potrebujejo zdravljenje v tujini in kot primer so navajali posege, ki se v Sloveniji ne opravljajo (Državni zbor 2015b). Državni svet je podal mnenje, ki se je delno nanašalo tudi na dele Predloga o načrtovanemu zdravljenju v tujini. Menili so, da bodo načrtovano zdravljenje v tujini lahko koristili le finančno močni, prav tako so opozorili na težavo pri razumevanju tujega jezika in poznavanje tujega zdravstvenega sistema. Poslanske skupine so vložile amandmaje k Predlogu zakona o spremembah. Sprejeti so bili amandmaji poslanskih skupin Pozitivne Slovenije, Socialnih demokratov, Državljske liste in Demokratične stranke upokojencev Slovenije (Državni zbor 2015b). Po sprejetih spremembah v Državnem zboru je glasovalo je 83 poslancev, za sprejem zakona je glasovalo 49 poslancev, proti jih je bilo 32, nato je bil 25. 10. 2013 sprejet Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ZZVZZ-M, ki je bil objavljen v Uradnem listu 91/13 dne 5. 11. 2013 (Državni zbor 2015b).

Odločitve, ki jih v javnih politikah sprejemajo zakonodajalci, so pogojene z različnimi vrednostnimi konteksti. Pri analizi različnih virov, kjer najdemo argumentacijo za javnopolitične odločitve (parlamentarne razprave, medijske izjave, nagovori volilcev, programski dokumenti), je pogosto težko definirati, katere vrednote so najpomembnejše vplivale na odločitev. Dejavniki, ki so vplivali na odločitve, so najpogosteje: politična pripadnost, interesi volivcev, javno mnenje, upoštevanje nasvetov drugih, postopkovna pravila (Fink-Hafner 2007, 206).

V grobem lahko rečemo, da je evalvacija sprejete politike delni uspeh. Zaradi pričakovanja pacientov, novih zdravstvenih tehnologij, dostopa zdravstvenega varstva v vsej EU in zaposlovanja zdravstvenih delavcev v različnih državah EU se zdravstvena politika in zdravstveni sistemi v EU vse bolj povezujejo. Tako je nujno, da se je načrtovano zdravljenje v tujini določilo s pravili za vse države članice. Posebnih stroškov se s sprejemom Direktive ne

pričakuje, saj ni pričakovati množičnega odhoda pacientov izven državnih meja. Razlogi so neenakopravnosti pacientov zaradi finančnega stanja, saj si marsikdo ne more privoščiti vnaprejšnjega plačila, različni obsegi košaric zdravstvenih pravic, tuj jezik in morebitne težave pri nadaljnjem zdravljenju doma. To so pravzaprav tudi negativne strani sprejete Direktive. Poleg tega so na ZZS opozorili, da lahko minister za zdravje poleg omejitev, ki jih določa direktiva, omeji odhode domačih bolnikov v tujino in prihode tujih v Slovenijo (Rtv Slo 2014, 1. Decembr 2013). Tako je že v decembru 2013 takratni Minister za zdravje Gantar napovedal omejitve MR- in CT-preiskav v tujini (Rednak, 2013). Slovenski izvajalci bi lahko ustanavljali ambulante čez mejo, delali pa na slovenskih tleh in tako dobili plačilo, pacienti pa povračilo od zavarovalnice (Petavs, 2013).

2.2 Raziskovalno vprašanje

Načrtovano zdravljenje v tujini je specifična pravica, za katero obstajajo določeni pogoji in omejitve. Raziskala bom, kakšne zakonske možnosti ima zavarovana oseba v Sloveniji pri načrtovanju zdravljenja v tujini, in s kratko anketo ugotavljala, koliko je javnost o tem dejansko seznanjena. Na osnovi zastavljenih ciljev, pridobljenih izkušenj in znanj sem si v nalogi zastavila naslednji hipotezi:

Hipoteza 1: Starejši bolje poznajo pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini kot mlajši.

Hipoteza 2: Ženske bi v večji meri koristile možnost zdravljenja v tujini kot moški.

2.3 Metode preučevanja

Pri raziskovanju bom se bom poslužila analize primarnih in sekundarnih virov, metode klasifikacije (s pomočjo katere bodo definirani pojmi), deskriptivne metode (s katero bom opisala dejstva, procese in pojave) in metode kompilacije (sestavljanje besedila s pomočjo povzemanja in primerjanja stališč, sklepov in rezultatov drugih avtorjev). Informacije bom pridobivala tudi iz vsakdanjega opazovanja na delovnem mestu in izdelavo ankete.

2.4 Cilji in namen

Osrednji namen naloge je predstaviti možnosti, ki jih ima zavarovana oseba pri uveljavljanju pravice do načrtovanega zdravljenja v tujini, izpostaviti pogoje in morebitne omejitve, razlike

med postopki uveljavljanja pravice ter morebitna povračila nastalih stroškov. Ugotoviti želim, v kolikšni meri zavarovane osebe poznajo možnosti in pravice do zdravljenja v tujini.

Cilji, ki jih želim doseči v nalogi in raziskavi, so naslednji:

- preučiti in analizirati razpoložljivo znanstveno in strokovno literaturo s področja zdravstvenih sistemov v svetu,
- teoretično predstaviti in opredeliti pomen ter razumevanje pojma zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje,
- primerjati in predstaviti razlike med pogoji in izključitvami v okviru treh zakonsko določenih možnosti uveljavljanja načrtovanega zdravljenja v tujini,
- ugotoviti, v kolikšni meri naključno izbrani anketiranci poznajo pravice do načrtovanega zdravljenja v tujini,
- analizirati in interpretirati rezultate ankete ter podati ugotovitve.

3 SISTEMI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA PO SVETU

Svetovna zdravstvena organizacija² ima vodilno vlogo na področju zdravstvenih vprašanj na globalni ravni. Oblikuje zdravstvene raziskave, postavlja norme in standarde, oblikuje na dokazih temelječe politike, zagotavlja tehnično podporo državam ter nadzira in ocenjuje zdravstvene trende pod okriljem Združenih narodov, s sedežem v Ženevi. Ustanovljena je bila 7. aprila 1948. Vodi statistiko o številnih boleznih, bori se proti podhranjenosti, ukvarja se z reševanjem zdravstvenih problemov, skrbi za cepljenje, vodi raziskave o različnih boleznih. WHO v definiciji o zdravstvenem varstvu govori, da je to praksa preprečevanja in zdravljenja bolezni (Svetovna zdravstvena organizacija). Prizadevanja, da bi tisti, ki so potrebni družbene pomoči, to pomoč dobili, segajo že daleč v preteklost razvoja človeške družbe. Preprosta socialna zaščita je obstajala že v najstarejših časih, ko so si ljudje med seboj pomagali ob najrazličnejših prilikah, posebno še v primeru bolezni in smrti. Skozi zgodovinski pregled ugotovimo, da so prvi dobili zdravstveno zavarovanje rudarji leta 1854, ki so bili najmočnejši po številu in pomembnosti v delavskem razredu, ki se je pričel organizirati. To zavarovanje je bilo uvedeno v okviru bratovskih skladnic za pomoč rudarjem ob bolezni, onemoglosti v starosti in ob smrti. Železničarji so dobili svoje bolniško zavarovanje v letu 1858, pomorščaki pa leta 1913 (Bitežnik 1981, 17–27).

² Angleško World Health Organization, kratko WHO.

Sisteme zdravstvenega varstva in zavarovanja lahko razdelimo predvsem glede na vlogo in prisotnost države pri upravljanju področja. Na podlagi teh meril poznamo tri temeljne modele sistemov, in sicer Bismarkov, Beveridgov in tržni sistem. Tako lahko sistemi temeljijo na solidarnosti in vzajemnosti ali pa na posebni organizaciji in sistemu upravljanja, kjer je odločitev in financiranje področja neposredno v rokah države. Za Evropo bi lahko rekli, da prevladujejo državno vodeni in partnerski modeli, medtem ko tržno naravnani model prevladuje v Združenih državah Amerike (Toth 2003, 145).

3.1 Sistem obveznega zdravstvenega varstva ali Bismarckov sistem

Gre za najstarejši model in se imenuje po ustanovitelju nemškemu kanclerju Ottu von Bismarku. Tak sistem imajo v Nemčiji, Avstriji, Belgiji, Franciji, Luksemburgu, na Nizozemskem in v Sloveniji. Gre za model zdravstvenega varstva, ki temelji na načelih obveznega, z zakonom predpisanega javnega zavarovanja, področja zavarovanja pa nato avtonomno upravljajo predstavniki delodajalcev in zavarovanih oseb. Vsi, ki imajo dohodke, plačujejo prispevke, prav tako delodajalci. Država določa prispevne stopnje in tudi opredeljuje pravice do posameznih zdravstvenih storitev. Opravljanje dejavnosti v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja je kljub zasebništvu neprofitno. Zasebna zavarovanja in zasebna sredstva so dovoljena, vendar ne dosegajo pomembnega deleža. Posebnost sistema sta ločenost zdravstvene blagajne od proračuna in tako imenovana tripartitnost, ki jo predstavljajo država, nosilci obveznega zdravstvenega zavarovanja in predstavniki izvajalcev (Toth 2003, 145–146).

3.2 Sistem nacionalnega zdravstvenega varstva ali Beveridgov model

Beveridgov sistem povezujemo z Anglijo, kjer je nastal po drugi svetovni vojni. Gre za izrazito državno vodeno in upravljano model, ki temelji na prepričanju, da lahko le država zagotovi vsem prebivalcem primerno dostopnost do zdravstvenih storitev. O deležu proračuna za zdravstveno varstvo določa država, ki tudi predpisuje naloge in delovanje zdravstvene službe. Zdravstveni delavci so državni uslužbenci. V sistem so vključeni vsi državljani, ki so jim zagotovljene pravice minimalnega obsega zdravstvenih storitev, zato premožnejši svoje potrebe zadovoljujejo še v okviru prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Poleg Anglije imajo take sisteme še Danska, Švedska, Italija, Portugalska, Grčija, Španija, Kanada in Avstralija (Toth 2003, 147).

3.3 Tržni sistem zdravstvenega varstva

Temelji na temeljnem tržnem načelu ponudbe in povpraševanja, pri katerem ima država le ohlapno vlogo pri določanju predpisov s področja zdravstvenega varstva ter ne zagotavlja načinov in oblik financiranja zdravstvenih storitev. Zdravstveno zavarovanje ni obvezno, ampak je stvar prostovoljne odločitve posameznika. Nosilci zdravstvenega zavarovanja so zavarovalnice. Tipičen predstavnik tega sistema so Združene države Amerike, kjer nekaj deset milijonov prebivalcev nima nobenega zdravstvenega zavarovanja (Toth 2003, 143).

V praksi se značilnosti posameznih sistemov zdravstvenih varstev prepletajo, slovenski sistem zdravstvenega varstva pa temelji na Bismarckovem sistemu.

4 SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IN ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI

Zdravstveno varstvo je specifičen sistem. Je skupek družbenih, skupinskih in individualnih dejavnosti, ukrepov in storitev, ki se na eni strani nanašajo na krepitev in ohranjanja zdravja, po drugi strani pa na preprečevanje in zgodnje odkrivanje ter zdravljenje bolezni in poškodb (Strban 2010, 275). Sestavine sistema zdravstvenega varstva razdelimo na:

- pravne (zakoni, pravilniki, odločbe, obvezna navodila),
- institucionalne (državni organi: Ministrstvo za zdravje, Svet za zdravje, Zdravstveni svet itd.).

Ko govorimo o sistemu zdravstvenega varstva ločimo (Bešter in drugi 2008, 3.4–2):

- primarno zdravstveno varstvo,
- sekundarno zdravstveno varstvo.

Primarno zdravstveno varstvo je celota vseh najrazličnejših dejavnosti in ukrepov vseh državnih in družbenih ustanov, skupin, organizacij, društev in posameznikov, ki se nanašajo na ohranjanje, krepitev, napredovanje, utrjevanje in varovanje zdravja. Po svoji temeljni usmeritvi je usmerjeno v zdravje. Je nov pogled v sodobnem sistemu zdravstvenega varstva, nova vrednota in je dejavnost vseh in vsakogar. Svoj institucionalni izraz ima v Sloveniji v Svetu za zdravje, kot posebnem organu Vlade Republike Slovenije, ki ima nalogo usmerjanja, spremljanja in uresničevanja vseh potrebnih ukrepov za doseganje čim višje ravni zdravja vsakega posameznika. Ta filozofija primarnega zdravstvenega varstva je v Sloveniji še

premalo razvita in kategorično neučinkovita. Sekundarno zdravstveno varstvo ali zdravstveno varstvo v ožjem pomenu besede je dejavnost organiziranih, državnih in zasebnih ustanov, ki se ukvarjajo s problematiko bolezni in poškodb (Bešter in drugi 2008, 3.4– 3).

Po ustavi je Slovenija pravna in socialna država. Državljeni imajo pravico do socialne varnosti in zdravstvenega varstva. Krovni zakon, ki opredeljuje sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja je Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), ki zdravstveno zavarovanje deli na dve osnovni obliki:

- obvezno zdravstveno zavarovanje in
- prostovoljno zdravstveno zavarovanje.

Z zdravstvenim zavarovanjem se zagotavlja socialna varnost ljudi v primeru bolezni in poškodbe, pri preprečevanju bolezni in njihovem zgodnjemu odkrivanju (Toth 2003, 249–266). Gre za obvezno zavarovanje, ki temelji na načelu solidarnosti. Na eni strani gre za obveznost vseh, ki so vanj vključeni, da plačujejo prispevke glede na dohodke, na drugi strani pa za pravico, da zadovoljujejo svoje potrebe po zdravstvenih storitvah. O pravicah odloča zakonodajalec oziroma država.

Ministrstvo za zdravje ima določene prioritete kot so krepitev javnega zdravstva, zagotovitev finančne vzdržnosti obveznega zdravstvenega zavarovanja ob solidarnjši prispevni obremenitvi zavarovancev in čim večji ohranitvi pravic ter uveljaviti pregleden in enoten sistem javnega naročanja v zdravstvu. Pripravlja nacionalni program zdravstvenega varstva in sodeluje z mednarodnimi organizacijami ter skrbi za vključevanje Slovenije v mednarodne institucije s področja zdravja. Ministrstvo določa tudi mrežo izvajalcev zdravstvene dejavnosti, tako da je zagotovljena pravična dosegljivost in dostopnost zdravstvene oskrbe za vse prebivalce Slovenije (Ministrstvo za zdravje).

4.1 Obvezno zdravstveno zavarovanje

Obvezno zdravstveno zavarovanje se imenuje obvezno, ker so vanj vključene določene skupine oseb na podlagi zakona. Na vključitev ne vplivajo razlike v spolu, starosti ali zdravstvenem stanju niti nimajo zavarovanci možnosti izbire zavarovalnice ali obsega košarice (Strban 2010, 277). Zavarovance lahko razvrstimo v štiri skupine: aktivne zavarovance, prejemnike različnih socialnih dajatev, druge osebe z dohodkom in državljane

Slovenije³ s stalnim prebivališčem pri nas. V krog zavarovanih oseb poleg zavarovancev spadajo tudi njihovi ožji in širši družinski člani. Pomembno je opozoriti na razliko med skupinama, saj so prispevke dolžni plačevati le zavarovanci, zavarovanje za družinske člane je prispevkov prosto (Strban 2012, 180). Sredstva se zagotavljajo s prispevki, ki jih plačujejo zavarovanci, delodajalci in drugi z zakonom določeni zavezanci. Obvezno zdravstveno zavarovanje je z vidika financiranja razdeljeno na obvezno zdravstveno zavarovanje za poškodbo in bolezen in za poškodbo pri delu in poklicno bolezen. Pri prvem je plačilo prispevka v celoti v breme delodajalca, pri drugem pa se deli med zaposlenega in delodajalca (Vodovnik 2013, 153). Pri plačilu prispevkov v nekaterih drugih kategorijah veljajo določene posebnosti. Posebni zavarovanci, kot so upokojenci ali brezposelne osebe, ki prejemajo denarno nadomestilo, saj njim zagotavlja plačevanje prispevkov Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje oziroma Zavod RS za zaposlovanje. Osnova za plačilo prispevkov so bruto plače in bruto nadomestila plače za čas odsotnosti z dela oziroma bruto zavarovalne osnove, po katerih so samostojne kategorije zavarovancev zavarovane v pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Vodovnik 2013, 154). Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja glede na način zagotavljanja zajemajo dajatve v naravi in denarju. V naravi prejme dajatve zavarovana oseba v obliki medicinske oskrbe, pri čemer dalje ločimo storitvene in stvarne dajatve. Prve so recimo ambulantno oziroma bolnišnično zdravljenje, druge pa zdravila in medicinsko tehnični pripomočki (Strban 2010, 284). Dajatve v denarju zajemajo denarna nadomestila med začasno zadržanostjo od dela, povrnitve potnih stroškov, pogrebne in posmrtnine. Obseg dajatev je odvisen od tega, ali je bolezen ali poškodba nastala kot posledica opravljanja dela ali ne. V primeru poškodb in bolezni izven dela je treba za zdravstvene storitve doplačati od devet do devetdeset odstotkov zdravstvene storitve oziroma se pred tem plačilom dopolnilno zdravstveno zavarovati. Izključena so doplačila za določene zdravstvene storitve, kot so recimo pregledi in zdravljenje otrok, nujni reševalni prevozi, nosečnost in porod (Strban 2005, 182). Denarno nadomestilo izpadlega dohodka zaradi začasne zadržanosti od dela prvih 30 dni krije delodajalec, dalje pa ZZZS. Višina nadomestila znaša 80 odstotkov zadnje plače, če ga krije delodajalec, in 90 odstotkov povprečne plače v preteklem koledarskem letu, če ga krije ZZZS, v primeru bolezni in 80 odstotkov v primeru poškodbe. Strošek nadomestila gre v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja od prvega dne nastanka v primeru, če je zavarovanec odsoten zaradi dajanja živega tkiva ali organov v korist druge osebe, zaradi krvodajalstva, nege ožjega družinskega

³ Za točno navedene skupine zavarovancev glej 15. člen ZZVZZ in 9. člen Pravil OZZ.

člana, zaradi izolacije in spremstva bolnika (Strban 2010, 293). V primeru poškodbe pri delu ali poklicne bolezni doplačilo zdravstvenih storitev ni potrebno, saj jih v celoti krije ZZZS. Denarno nadomestilo znaša 100 odstotkov, ne glede na to, ali ga krije ZZZS ali delodajalec (Strban 2005, 182).

Kot sem že omenila, je obseg pravic do zdravstvenih storitev določen v odstotku od vrednosti storitev (glej tabelo 4.1). Iz obveznega zdravstvenega zavarovanja se financirajo storitve le v določenem odstotku od njihove cene. Razliko do polne vrednosti morajo plačati zavarovane osebe iz lastnih sredstev, lahko pa se za doplačilo zavarujejo s prostovoljnim dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem (ZZZS 2014). V tem primeru doplačilo krije zavarovalnica, pri kateri ima oseba sklenjeno takšno obliko zavarovanja. Odstotke vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, je na podlagi zakonskih usmeritev določila Skupščina Zavoda s Sklepom o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju (ZZZS 2014).

Tabela 4.1: Obseg pravic do zdravstvenih storitev

1. skupina: v celoti	100 %
2. skupina: najmanj do	90 %
3. skupina: najmanj do	80 %
4. skupina: najmanj do	70 %
5. skupina: največ do	60 %
6. skupina: največ do	50 %

Vir: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Za vse pravice je določen standard, ki zavarovancem zagotavlja določeno kakovostno raven uveljavljanja pravice. Uživanje pravice nad predpisanim standardom ni strošek obveznega zdravstvenega zavarovanja. Sestavni del standarda so tudi tako imenovane čakalne dobe, o njihovem povprečnem trajanju se za posamezne dejavnosti oziroma stroke partnerji dogovorijo z vsakoletno pogodbo. Podatki o čakalni dobi morajo biti objavljeni na vidnem mestu v čakalnici ali v prostorih pri zdravstvenem osebju in tudi na spletnih straneh izvajalcev zdravstvenih storitev (Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja). Celovite informacije o čakalnih dobah v Sloveniji so dostopne na spletni strani <http://www.zzzs.si>, na kateri Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije omogoča vpogled v pogodbeno dogovorjene čakalne

dobe po posameznih zdravstvenih storitvah in ordinacijske čase posameznih izvajalcev zdravstvenih storitev. Nacionalni inštitut za javno zdravje pa na spletni strani <http://www.nijz.si> objavlja tudi podatke o dejanskih čakalnih dobah po izbranih zdravstvenih storitvah (Nacionalni inštitut za javno zdravje).

4.2 Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje je po ZZVZZ dejavnost, ki jo opravljajo izključno zavarovalnice. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje ni slovenska posebnost, poznajo ga skoraj v vseh državah z razvitejšimi sistemi zdravstvenega zavarovanja. Pojavlja se v različnih oblikah in se različno tudi izvaja. Obseg vsebine zavarovanja je odvisen od ponudb zavarovalnic. V osnovi poznamo štiri tipe prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (Toth 2003, 301–302; Toth 2012, 190):

Nadomestno (substitutive) prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Gre za zavarovanje oseb, ki so po nacionalni zakonodaji izključene iz možnosti vključitve v obvezno zavarovanje, ker po doseženem dohodku na družinskega člana presegajo vnaprej določen znesek, zato se za plačilo zdravstvenih storitev zavarujejo pri zasebnih in vzajemnih zdravstvenih zavarovalnicah.

Dodatno (supplementary) prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Gre za zavarovanje za določene storitve, ki so izključene iz obveznega zavarovanja. V to zavarovanje se vključijo tisti, ki si želijo z zavarovanjem zagotoviti tudi uveljavljanje tistih pravic, ki jih obvezno zavarovanje ne pokriva. Sem sodijo na primer zdraviliška zdravljenja, zdravljenje kroničnih bolezni v tujini, dodatna nega v socialnih zavodih, zdravila in pripomočki, ki niso pravice iz obveznega zavarovanja.

Zavarovanje za doplačila (residual insurance)

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je zavarovanje za storitve, za katere postavlja obvezno zavarovanje omejitve glede višine ali deleža cene storitev oziroma stroškov zdravljenja. Storitve zdravstvenega zavarovanja se ne krijejo v celoti iz obveznega zavarovanja, zavarovanci se zavarujejo proti doplačilom za storitve, ki jih to v celoti ne krije. S tem se torej izognejo neposrednemu plačilu izvajalcem zdravstvenih storitev takrat, ko jih uveljavljajo. To je tudi najpogostejša oblika prostovoljnih zavarovanj v Sloveniji.

Vzporedno (alternativo) prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Gre za zavarovanje pred omejitvami, ki v obveznem zavarovanju obstajajo na strani izvajalcev in njihovih zmogljivosti zaradi omejevanja programov po obsegu zdravstvenih storitev ali po zmogljivostih. To so na primer zavarovanja pred čakanjem na vrstni red na čakalni listi, za zdravljenje pri izvajalcih, ki nimajo pogodbe z uradnim nosilcem zdravstvenega zavarovanja, zavarovanje za možnost izbire zdravnika, za višji standard v bolnišnici in podobno. Najbolj poznana vzporedna zavarovanja poznamo v Veliki Britaniji.

4.3 Dejavniki, ki vplivajo na stabilnost slovenskega zdravstvenega sistema

Dejavnikov, ki vplivajo na stabilnost slovenskega zdravstvenega sistema, je veliko: narava prebivalstva, globalizacija, politika, gospodarstvo, razvoj znanosti. Staranje prebivalstva pomeni večje stroške za zdravstveni sistem, manj prilivov v državno blagajno in posledično krčenje sredstev v zdravstveni blagajni. Globalizacija ima posledice v svetovnem merilu na več različnih področjih. Ni enotne definicije, kaj je globalizacija, saj se definicije razlikujejo od avtorja do avtorja. Štiblar recimo globalizacijo opiše kot razširitev učinkov različnih aktivnosti na ves svet (Štiblar 2010, 32). Drugače povedano globalizacija povezuje svet v ekonomsko, socialno, politično in kulturno entiteto, in sicer z razvojem tehnike, informacijske tehnologije in transporta (Štiblar 2010, 31). Na eni strani je prišlo do povečanja negotovosti in tveganj, na drugi pa do povečanja sposobnosti za zavarovanje pred tveganji. Na planetu živi vedno več ljudi, posledično so redkejši naravni viri, poleg tega se podaljšuje življenjska doba in upočasnjuje rodnost. Ti razlogi vplivajo tudi na stabilnost zdravstvenih sistemov. Globalizacija naj bi zmanjšala rasizem in nevednost, morala bi doprinesti večjo enakost dohodkov v razvitih in nerazvitih državah ter povečati zaposlenost in blagostanje vseh ljudi (Štiblar 2010, 35). Dejansko pa prihaja do povečevanja dohodkovne neenakosti, odprave državne blaginje, internacionalizacija dela je zamenjana z internacionalizacijo kapitala in svetovni trgi narekujejo delovanje nacionalnim politikam. Trenutni sistem zdravstvenega zavarovanja potrebuje spremembe v financiranju, o čemer se strinja tako politika kot strokovna javnost. Zaradi občutljivosti tega sistema pa je nujno potreben premišljen korak k spremembam. Dejavniki, ki močno vplivajo na stabilnost zdravstvenih sistemov, so med seboj povezani. Poleg že omenjenih v prejšnji točki dodajam še hitri razvoj medicine in novih zdravil ter kot posledico gospodarske krize tudi zaostrovanje pri zagotavljanju virov s strani

države (Gracar 2011, 7). Dalje to vpliva na slabšo dostopnost do zdravstvenih storitev in posledično daljše čakalne dobe (Gracar 2011, 8).

Kaj je torej vzrok za nastale nestabilnosti? Eden izmed njih je premalo prilagajanja spremenjenim okoliščinam, vendar za nastalo situacijo rešitve obstajajo. V nadaljevanju predstavljam nekatere izzive, za katere strokovna javnost meni, da bi jih politika morala upoštevati pri preurejanju. Gracar meni, da je na prvem mestu zastarela zdravstvena zakonodaja, nato dostopnost in kakovost zdravstvenih storitev, opredelitev mreže javne zdravstvene službe, odgovornost za upravljanje in vodenje javnih zdravstvenih zavodov, neurejena delitev dela med različnimi ravni, ni učinkovitega nadzora nad porabo sredstev, nejasna razmejitev med javnim in zasebnim. Zastarela zdravstvena zakonodaja se nanaša na več deset let staro zakonodajo, ki ni ustrezna za reševanje trenutne situacije niti za prilagajanje razvojnim izzivom, ki jih prinaša globalizacija in demografske spremembe (Gracar 2011, 8). Zaupanje prebivalcev v delovanje sistema zmanjšuje vedno manjša dostopnost do zdravstvenih storitev, saj so čakalne vrste za določene zdravstvene in zobozdravstvene preglede in operacije nerazumno dolge. Težave povzročata tudi nejasna opredelitev mreže javne zdravstvene službe, posledično je neurejena tudi delitev dela med različnimi ravni in slaba razmejitev med javnim in zasebnim, kar povzroči nepregledno porabo sredstev, navsezadnje pa ni dovolj natančno opredeljena niti odgovornost za upravljanje in vodenje javnih zdravstvenih zavodov. Vse to se dogaja, ker ni vzpostavljenega učinkovitega nadzora nad tekočo in investicijsko porabo sredstev in nad kakovostjo storitev.

5 PRAVNI RED EVROPSKE UNIJE IN SPREJEM V NACIONALNE ZAKONODAJE

Slovenski proces približevanja k Evropski uniji se je začel leta 1993, ko sta Evropska unija in Slovenija sklenili sporazum o sodelovanju. Za članstvo v EU je Slovenija zaprosila leta 1996, v letu 1997 pa je Evropska komisija izrazila pozitivno mnenje Sloveniji kot kandidatki za članstvo v Evropski uniji. Pogajanja Slovenije za pristop k EU so se začela leta 1998 in zaključila leta 2002. Slovenija je v letu 2003 izvedla referendum o vstopu v EU (za 86,64 %), v aprilu 2003 pa je bila nato v Atenah podpisana pristopna pogodba med Slovenijo in Evropsko unijo. Državni zbor je ratificiral Pogodbo o pristopu 28. 1. 2004 in Slovenija je postala del evropske družine 1. maja 2004 (Europe direct).

Voditelji držav članic Evropske unije so v Lizboni dosegli dogovor o Pogodbi o reformi, ki naj bi EU omogočila učinkovito delovanje in okrepila njeno vlogo v svetu. 13. decembra 2007 so voditelji v Lizboni slovesno podpisali Pogodbo o reformi, ki spreminja Pogodbo o Evropski uniji (PEU) in Pogodbo o ustanovitvi Evropske skupnosti (PES) (UL C 306, 17. 12. 2007) (Lizbonska pogodba). Podpisu je sledil proces ratifikacije v vseh 27 državah članicah in Evropskem parlamentu, ki se je zaključil 3. novembra, ko je kot zadnja pogodbo podpisala Češka, Lizbonska pogodba pa je nato 1. decembra 2009 stopila v veljavo. Slovenija je Lizbonsko pogodbo ratificirala v Državnem zboru 29. 1. 2008.

Lizbonska pogodba za vsako posamezno področje dejavnosti natančno opredeli, katera institucija Evropske unije ali držav članic je zanj pristojna. Odgovori skratka na vprašanje o pristojnosti posameznih institucij. Pogodba razvršča pristojnosti v tri splošne sklope:

- Izključno pristojnost: samo Evropska unija je pooblaščenca za sprejemanje zakonodajnih aktov na področju carinske unije, skupne trgovinske politike in konkurence, države članice pa le izvršujejo zakonodajo.
- Deljeno pristojnost: države članice lahko sprejemajo pravno zavezujoče akte, če EU ne izvaja svoje pristojnosti.
- Podporno: EU sprejema ukrepe v podporo oziroma v dopolnitev politik držav članic.

Vsaka država članica sama odloča o svojem članstvu v Evropski uniji. Lizbonska pogodba vsebuje klavzulo o prostovoljnem izstopu in tako priznava državam članicam pravico, da lahko kadarkoli izstopijo iz Evropske unije.

Pravo EU vsebuje načelo primarnosti, saj pravila, sprejeta na ravni Unije, prevladajo nad pravili, vsebovanimi v pravnih redih držav članic. Gre za avtonomno pravo, saj se opira na zakonodajne pristojnosti institucij in organov EU ter svoje veljavnosti ne črpa iz morebitne poznejše odobritve nacionalnih organov držav članic (Državni zbor 2015a). Pravni red EU sestavljata primarna in sekundarna zakonodaja. Primarno zakonodajo predstavljajo ustanovitvene pogodbe, na katerih temeljita Evropska unija in Evropska skupnost za atomsko energijo, spremembe in dopolnitve ustanovitvenih pogodb in pogodbe o pristopu k Evropski uniji. Sekundarno zakonodajo tvorijo pravni akti Evropske unije in Evropske skupnosti za atomsko energijo, ki jih sprejemajo institucije EU. V ta sklop se uvrščajo uredbe, direktive, sklepi, odločbe, priporočila in mnenja. Pomemben pravni vir so tudi mednarodni sporazumi in

sodna praksa organov Evropske unije s pravosodnimi pooblastili – to sta Sodišče Evropskih skupnosti in Sodišče prve stopnje (Državni zbor 2015a).

Določbe evropskega prava imajo primat glede ustreznih določb domačega prava, zato morajo slovenski državni organi uporabiti norme evropskega prava. Morebitne razlage evropskega prava s strani nacionalnih (ustavnih) sodišč bi vnašale neenotnost v sistem in uporabo evropskega prava. Države članice svoj vpliv lahko uveljavljajo predvsem v času nastajanja in sprejemanja evropskih pravnih aktov z aktivnostjo državnega zbora in njegovim vplivom na vlado ob njenem sodelovanju v Svetu ministrov Evropske unije kot zakonodajalcem evropskega prava (Haček in drugi 2005, 103). Pri pripravi zakonodaje je običajni postopek tako imenovani postopek soodločanja. Sodelujejo tri institucije. Prva je Evropska komisija, ki zastopa interese celotne EU in pripravi zakonodajni predlog. Druga je Svet EU, ki zastopa interese držav članic, in tretja Evropski parlament, ki zastopa državljane EU (Evropska komisija 2015a). Zakonodajni predlog pripravi Evropska komisija, potrditi pa ga morata Evropski parlament in Svet EU, ki zakone sprejemata skupaj. To je običajni postopek odločanja EU, tako imenovan redni postopek ali postopek soodločanja. Izjemoma so možni tudi posebni zakonodajni postopki, ko zakonodajni akt sprejme Svet EU sam po posvetovanju z Evropskim parlamentom, oziroma redkeje Evropski parlament sam po posvetovanju s Svetom EU. Svet EU in Evropski parlament pa lahko komisijo pooblastita, da sprejeme nezakonodajne akte (Evropska komisija 2015a). Pravna akta, ki sta bistvena za nalogo, sta uredba in direktiva. Uredba je pravno zavezujoč akt, ki se uporablja v vseh državah EU. Direktive EU pa so zakonodajni akti z določenimi cilji, ki jih morajo doseči v vseh državah članicah. Način in metodo uresničevanja teh rezultatov nato določijo nacionalni organi sami (Evropska unija 2015). Z direktivami se uskladijo različni nacionalni predpisi, zlasti pogoste so pri zadevah, ki vplivajo na delovanje enotnega trga. V vsaki direktivi je zapisan rok, do katerega mora država članica prenesti direktivo v svojo zakonodajo, torej sprejeti predpis, ki vsebuje obveznosti iz direktive. Države članice morajo Evropski komisiji predložiti besedilo predpisov, s katerimi prenesejo direktive. Evropska komisija pregleda besedilo in preveri ali se s predpisom dosežejo rezultati, ki jih zahteva direktiva ter preverja predpise, s katerimi nacionalni organi direktivo EU prenesejo v nacionalno zakonodajo. Če država članica Komisije pravočasno ne obvesti o nacionalnih predpisih za prenos direktive ali če Komisija pri pregledu besedila ugotovi, da nacionalni predpis direktive ne izvaja v celoti, začne komisija postopek za ugotavljanje kršitve zaradi „neizpolnitve obveznosti sporočanja“. To je

prvi ukrep pri zagotavljanju skladnosti nacionalne zakonodaje z direktivo (Evropska komisija 2015b).

6 PRAVICA DO ČEZMEJNIH ZDRAVSTVENIH STORITEV

Sprejem Direktive 2011/24/EU (t. i. Health services directive⁴) o pravici do čezmejnih zdravstvenih storitev se je pričakoval vrsto let. Gre za izvajanje evropskega pravnega reda o uveljavljanju tako imenovanih čezmejnih zdravstvenih storitev državljanov Evropske unije, ki ima pravni temelj poleg omenjene direktive tudi v Uredbi (ES) št. 883/04 o koordinaciji sistemov socialne varnosti in njeni izvedbeni Uredbi (ES) št. 987/09. Predlog spremembe Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju: novela ZZVZZ-M), ki med drugim ureja prenos omenjene Direktive, je sprejela Vlada Republike Slovenije na svoji 27. redni seji dne 3. oktobra 2013, Državni zbor pa ga je po nujnem postopku in z dopolnitvami potrdil 25. oktobra 2013. Novela ZZVZZ-M v nacionalno zakonodajo prenaša Direktivo 2011/24/EU. Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev, ki so pravica iz obveznega zavarovanja v Republiki Sloveniji, in jih uveljavi v drugi državi članici Evropske unije (ZZVZZ, 44. c-člen):

- »Na podlagi predhodno izdane napotnice izbranega osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika v RS do bolnišničnih in specialistično ambulantnih zdravstvenih storitev, vključno v okviru teh storitev predpisanih zdravil in medicinskih pripomočkov, razen za specialistično ambulantne zdravstvene storitve, ki jih zavarovana oseba lahko brez napotnice uveljavi v javni zdravstveni mreži v Republiki Sloveniji«.
- »Na podlagi predhodno predpisanega recepta ali naročilnice izbranega osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika ali drugega zdravnika v Republiki Sloveniji, ki ga je za to pooblastil Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZVS)«;
- »Na podlagi predhodno izdane odločbe ZZVS glede napotitve na zdraviliško zdravljenje, upravičenosti do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe in pravice do zahtevnejšega medicinskega pripomočka«.
- »Na podlagi predhodno izdane odločbe ZZVS o predhodni odobritvi«.

Stroški zdravstvene storitve se zavarovani osebi povrnejo v višini povprečne cene teh storitev v Republiki Sloveniji, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški. ZZVS povrne stroške

⁴ Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, UL L 88/45 z dne 4. aprila 2011.

posamezne zdravstvene storitve v celoti oziroma v deležu⁵, razliko do polne vrednosti pa zavarovana oseba uveljavlja pri zavarovalnici, pri kateri ima sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Slovenske zavarovane osebe lahko v drugih državah uveljavljajo pravico do načrtovanega zdravljenja v tujini, če so v Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja, če so v Sloveniji presežene najdaljše dopustne čakalne dobe ali razumen čas in če se zavarovane osebe odločijo za zdravljenje v drugi članici Evropske unije. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) v 44. členu opisuje pogoje za uveljavljanje načrtovanega zdravljenja v tujini. Ko pacient ne zaprosi za predhodno odobritev zdravljenja v drugi državi članici, čeprav bi to moral, nacionalni organi načeloma niso zavezani obravnavati takih zahtevkov retrospektivno, razen če to narekujejo izjemni razlogi. Takšni primeri se obravnavajo posamično, upoštevajoč dejstva vsakega primera. Retrospektivna odobritev in povrnitev stroškov bo upoštevana šele, ko višji organ razveljavi predhodno odločitev o zavrnitvi vloge za predhodno odobritev zdravljenja v tujini (Hojnik 2014).

Naloga predstavnikov ZZZS je oblikovanje stališč in predlogov s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. V sodelovanju z drugimi pristojnimi organi in nosilci v Republiki Sloveniji oblikujejo stališča do posameznih vprašanj in predlogov, ki se nanašajo na evropski pravni red. V letu 2014 se slednje nanašalo predvsem na izvajanje obeh uredb na področju socialne varnosti, in sicer Uredbe (ES) št. 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti ter Uredbe (ES) št. 987/2009 o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004. ZZZS kot organ za zvezo sodeluje pri oblikovanju, uveljavljanju in izvajanju bilateralnih sporazumov o socialni varnosti. V letu 2014 so se nadaljevali postopki za sklenitev dveh novih bilateralnih sporazumov, in sicer Sporazuma o socialni varnosti med Republiko Slovenijo in Združenimi državami Amerike in Sporazuma o socialni varnosti med Republiko Slovenijo in Republiko Korejo. Zastale pa so aktivnosti pri sklepanju bilateralnega sporazuma z Republiko Turčijo (ZZS 2015, 70-71).

6.1 Pravica do načrtovanega zdravljenja tujini v skladu s 44. a-členom ZZVZZ-M

»Zavarovana oseba ima pravico do odobritve pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini oziroma do povračila stroškov teh storitev, če so v Republiki Sloveniji izčrpane vse možnosti zdravljenja, s pregledom, preiskavo ali zdravljenjem v tujini pa je utemeljeno pričakovati

⁵ Glede na odstotke iz 2. do 6. točke prvega odstavka 23. člena ZZVZZ-M.

ozdravitev, izboljšanje ali preprečitev nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja« (44. a člen ZZVZZ). Postopek uveljavljanja pravice se začne tako, da zavarovana oseba vloži zahtevo za odobritev pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini zaradi izčrpanih možnosti zdravljenja v Sloveniji na katerikoli območni enoti ali izpostavi. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (v 228. a členu) določajo, kaj točno mora ta zahteva vsebovati: »zdravstveno dokumentacijo o dosedanjem zdravljenju v Sloveniji in dokumentacijo o že opravljenem pregledu, preiskavi ali zdravljenju v tujini; na zahtevo ZZZS drugo dokumentacijo, ki jo potrebuje za odločitev o odobritvi; podatek o zavarovalnici in številki police, pri kateri ima zavarovana oseba sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje«. Odločitev o odobritvi zdravljenja sprejme uradna oseba ZZZS, in sicer na podlagi predložene dokumentacije, mnenja klinike ali inštituta, morebitnega mnenja imenovanega zdravnika, člana zdravstvene komisije ali drugega zdravnika ZZZS (Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja 2014, 79). Pristojna območna enota ZZZS nato za prevzem stroškov odobrenega zdravljenja v tujini izda ustrezno listino, s katero lahko zavarovana oseba uveljavlja odobrene storitve v tujini. Možno je tudi, da ZZZS plača akontacijo stroškov direktno zdravstvenemu zavodu v tujini. Če pravico uveljavlja zavarovana oseba, mlajša od 18. let, ima na potovanju, med pregledom, preiskavo ali zdravljenjem pravico do spremstva (Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja 2014, 79).

Za povrnitev stroškov je treba podati zahtevo za povračilo stroškov opravljenega pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini, ki mora vsebovati isto dokumentacijo kot zahteva za odobritev, pri čemer mora dodatno predložiti izvirnik računa za opravljen pregled, preiskavo ali zdravljenje v tujini z dokazilom o njegovem plačilu in podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov (Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, 228. a-člen). Višina povrnjenih stroškov je zakonsko določena, in sicer v višini dejanskih stroškov v državi, v kateri so bile uveljavljene pravice (ZZVZZ 44.a-člen). ZZZS zavarovani osebi krije stroške iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, kar pomeni, da povrne stroške v deležu, kot ga krije v Republiki Sloveniji. Povračilo stroškov prevoza, prehrane, spremstva in nastanitve pa v skladu z izdano odločbo ZZZS o odobritvi zdravljenja v tujini ter s 155. in 156. členom Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja⁶. Morebitno razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev iz 23.

⁶ Člena navajata pogoje za povračilo potnih stroškov in višino le-teh.

člena ZZVZZ zavarovana oseba uveljavlja pri zdravstveni zavarovalnici, pri kateri ima urejeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje oziroma jo krije sama.

6.2 Pravica do pregleda, preiskave ali zdravljenja v državah z evropskim pravnim redom, v skladu 44. b-členom ZZVZZ

Če so v Sloveniji presežene najdaljše dopustne čakalne dobe ali razumen čas, ima zavarovana oseba (v skladu s 44. b členom ZZVZZ) pravico do odobritve pregleda, preiskave ali zdravljenja v državi članici EU, Evropskega gospodarskega prostora in Švicarske konfederacije, oziroma do povračila stroškov teh storitev, vendar pod določenimi pogoji v skladu z določili Uredbe ES št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti⁷. Pri vpisu v čakalni seznam v Republiki Sloveniji mora biti zavarovani osebi določena čakalna doba, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, hkrati pa v Sloveniji ni drugega izvajalca, ki ne presega najdaljše dopustne čakalne dobe. Lahko se ugotovi, da čakalna doba, ni presežena, zato se ugotavlja ali je presežen 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 (44. b člen ZZVZZ). V skladu z evropsko zakonodajo ima zavarovana oseba v primeru odobritve zdravljenja pravico do potnih stroškov.

Zavarovana oseba torej poda vlogo za napotitev na zdravljenje v tujino zaradi predolgih čakalnih dob na ZZS OE Ljubljana. Vloga mora vsebovati nedvoumno navedbo, da zavarovana oseba uveljavlja zdravljenje, pregled ali preiskavo v državi v kateri velja pravni red EU; medicinsko dokumentacijo o dosedanjem zdravljenju v Sloveniji in vpisu v čakalni seznam, od koder je razviden določen datum zdravljenja in izvajalec v Sloveniji; na zahtevo ZZS drugo dokumentacijo, ki jo potrebuje za odločitev o odobritvi zdravljenja; podatke o zavarovalnici in številki police, pri katerem ima zavarovana oseba sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje (Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, 228. b-člen). Na podlagi te vloge se ugotavlja, ali je najdaljša dopustna čakalna doba za določeno storitev presežena in ali v Sloveniji je drug izvajalec, kjer je storitev lahko opravljena v pravem času. Najdaljše dopustne čakalne dobe določa Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve, ki določa tudi postopek vpisa v čakalni seznam, prednostne kriterije za uvrstitev na čakalni seznam in način vodenja čakalnih seznamov v mreži javne

⁷ UL L št. 166 z dne 30. aprila 2004, zadnjič spremenjene z Uredbo Sveta ŠT. 517/2013 z dne 13. maja 2013.

zdravstvene službe ter nadzor nad njenim izvajanjem (Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja 2014, 32). Najdaljša dopustna čakalna doba za posamezno zdravstveno storitev je določena glede na stopnjo nujnosti zdravstvene storitve ob upoštevanju zdravstvenega stanja pacienta, in sicer na nujno, hitro in redno (Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja 2014, 32). Nujno se izvede najkasneje v roku 24 ur, hitro v treh mesecih in redno v šestih mesecih. Stopnjo nujnosti določi zdravnik, ki pacienta napoti na zdravstveno storitev, pri čemer pa se v določenih primerih upoštevajo prednostni kriteriji, kot so nosečnost, dojenje ali preprečitev nastanka potreb po dodatnih zdravstvenih storitvah zaradi nastanka novega zdravstvenega problema. Ne glede na vse je čakalna doba spoštovana, če je v Sloveniji vsaj en izvajalec, pri katerem je čakalna doba znotraj najdaljših dopustnih čakalnih dob. Podatke o čakalnih dobah zavarovane osebe dobijo na spletnih straneh Nacionalnega inštituta za javno zdravje in tudi na spletnih straneh posameznih izvajalcev (Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov, 1.–14. člen).

Prva možnost je, da je najdaljša dopustna čakalna doba presežena in v Sloveniji ni drugega izvajalca, ki bi lahko opravil zdravljenje v okviru najdaljše dopustne čakalne. ZZZS prosi »klinikko ali inštitut za mnenje o predvidenem trajanju zdravljenja, pregleda ali preiskave, potrebi po spremstvu in vrsti prevoza in o najbližjem ustreznem izvajalcu, ki bi lahko zagotovil predlagano zdravljenje, pregled ali preiskavo v drugi državi EU, v kateri velja pravni red EU« (Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja 2014, 80). Uradna oseba ZZZS, po prejemu mnenja pristojne klinike ali inštituta, izda odločbo.

Druga možnost je, da je najdaljša dopustna čakalna doba presežena, v Sloveniji pa obstaja drug izvajalec, ki bi lahko opravil zdravljenje v okviru najdaljše dopustne čakalne dobe, in tretja je, da ta čakalna doba ni presežena. V obeh primerih je treba ugotoviti, ali je presežen razumen čas, torej »čas, ki ne presega obdobja, sprejemljivega z vidika objektivne medicinske presoje kliničnih potreb pacienta glede na njegovo zdravstveno stanje, anamnezo, verjeten razvoj bolezni, stopnje bolečin ali naravo prizadetosti v trenutku uveljavljanja pravice« (17. točka 2. člena Zakona o pacientovih pravicah). ZZZS tudi v tem primeru zaprosi pristojno kliniko ali inštitut za mnenje, ki ga upošteva pri izdaji odločbe (Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja 2014, 80).. Zavarovana oseba za uveljavljanje pravic do načrtovanega zdravljenja v drugi državi, kjer velja evropski pravni red, prejme poseben obrazec (E112). Z obrazcem uveljavlja zdravstvene storitve ali pri izvajalcu v javnem

zdravstvenem sistemu ali pri zasebniku s koncesijo (Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja 2014, 80). Pri zadnji spremembi pravil v obveznem zdravstvenem zavarovanju so določili natančnejši način uveljavljanja izdelave zobnoprostetičnih nadomestkov. V primeru, da je predmet odobritve zdravljenja izdelava zobno-prostetičnih nadomestkov v tujini, ZZZS v postopku odobritve zdravljenja odloči ob upoštevanju 188. člena pravil (Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, 135. b-člen). Po novem je mogoče uveljavljati to storitev ne da bi na ZZZS predhodno zahtevali odobritev načrta protetične rehabilitacije, kar je pogoj za uveljavitev te storitve v Republiki Sloveniji. V tem primeru ZZZS v postopku odločanja o povračilu stroškov zdravstvenih storitev odloči o pravici do zobno-prostetičnih nadomestkov tudi ob upoštevanju 188. člena.

Če zavarovana oseba najprej opravi zdravljenje in nato uveljavlja povračilo stroškov zdravljenja v tujini zaradi dolgih čakalnih dob, je postopek podoben zahtevi za napotitev na zdravljenje. Podati mora vlogo, ki mora poleg sestavin, naštetih pri vlogi za napotitev na zdravljenje, dodati še izvornik računa za opravljen pregled, preiskavo ali zdravljenje z dokazilom o plačilu in podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov (Pravila obveznega zdravstvenega, 228.b- člen). Povračilo stroškov je v višini dejanskih stroškov, vendar ne več, kot znašajo stroški storitve v mreži javne zdravstvene službe v državi, v kateri je bila storitev opravljena (ZZVZZ, 44.b člen). Območna enota ZZZS pridobi podatek o višini povračila pri tujem nosilcu zavarovanja in v upravičenem primeru opravi tudi povračilo stroškov za zavarovano osebo in spremljevalca, pri čemer ima zavarovana oseba, ki je mlajša od 18. let pravico do spremljevalca zagotovljeno. Del stroškov, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje, povrne ZZZS, medtem ko morebitno razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev krije zdravstvena zavarovalnica, pri kateri ima zavarovana oseba veljavno dopolnilno zdravstveno zavarovanje, oziroma v primeru, da tega nima urejenega, ta del stroškov krije sama (Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja 2014, 80).

6.3 *Pravica do načrtovanega zdravljenja v drugi državi članici EU v skladu s 44. c-členom ZZVZZ*

Zavarovana oseba se lahko sama odloči, v kateri državi članici EU bo uveljavljala zdravstveno varstvo. Prav tako lahko izbira med javnimi in zasebnimi izvajalci, pod pogojem, da gre za zdravstvene storitve, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. V skladu s 44. c-členom ZZVZZ (in Direktivo 2011/24/EU) je pogoj predhodno izdana listina v Republiki Sloveniji: napatnica izbranega osebnega ali napatnega zdravnika, recepta ali naročilnice, predhodno izdana odločba ZZS ali predhodno izdana odločba ZZS o predhodni odobritvi. Zavarovana oseba plača stroške in nato v Sloveniji zahteva povračilo, pri čemer je treba poudariti, da se stroški povrnejo v višini povprečne cene teh storitev v Sloveniji, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški. Pomembna razlika v primerjavi z uveljavljanjem pravice po 44. b-členu je, da direktiva ne predvideva vračila potnih stroškov in stroškov nastanitve, dovoljuje pa koriščenje zdravstvene storitve tudi pri zasebnih izvajalcih.

V nadaljevanju bom predstavila kdaj zavarovana oseba ni upravičena do povračila stroškov zdravstvenih storitev v tujini, kdaj je potrebna predhodna odobritev in v katerih primerih se le-ta zavrne ter kdaj predhodna odobritev ni potrebna.

V 44. c-členu ZZVZZ je jasno navedeno, da zavarovana oseba ni upravičena do povračila za »zdravstvene storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti; na področju dolgotrajne oskrbe; na področju pridobivanja in presaditve delov človeškega telesa; na področju presejalnih programov; sobivanje enega od staršev v zdravstvenem zavodu z bolnim otrokom do starosti otroka vključno 5 let; medicinske pripomočke, ki so predmet izposoje zaradi potreb pri zdravljenju, negi, rehabilitaciji na domu; do šolanega psa vodiča« (ZZVZZ 44. c-člen). Izključeni so tudi potni stroški in spremstva«

Primeri, v katerih je predhodna odobritev ZZS pogoj za uveljavitev pravice do povračila stroškov zdravljenja v tujini, so »bolnišnične zdravstvene storitve, ki vključujejo prenočitev zavarovane osebe in zdravstvene storitve (določene z »Odredbo o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev«), ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme« (ZZVZZ, 44. c-člen). Postopek pridobitve predhodne odobritve poteka tako, da zavarovana oseba poda na ZZS, OE Ljubljana, vlogo za odobritev zdravljenja. Vloga mora vsebovati: nedvoumno navedbo zdravljenja, ki ga želi opraviti zavarovana oseba v drugi državi članici EU; medicinsko dokumentacijo o dosedanjem zdravljenju v Sloveniji z razvidnim datumom vpisa v čakalni seznam, od koder je razviden tudi datum zdravljenja in izvajalec v Sloveniji. ZZS

lahko zahteva tudi drugo »dokumentacijo, ki jo potrebuje za odločitev o predhodni odobritvi bolnišničnih zdravstvenih storitev in zdravstvenih storitev, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme v drugi državi članici EU« (Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, 228. c-člen). Tudi v tem postopku odobritve se ugotavlja o morebitno preseženi čakalni dobi in morebitnem drugem izvajalcu, ki storitve nudi znotraj čakalne dobe. Predhodna odobritev se zavrne, če se ugotovi, da je to možno in da glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in na verjetni razvoj bolezni za zdravljenje ne bo presežen razumen čas (Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja 2014, 81). Prav tako se predhodna odobritev zavrne, če bo zavarovana oseba z zadostno gotovostjo izpostavljena tveganju za varnost, ki se ne more razumeti kot sprejemljiva, pri čemer se upoštevajo tudi morebitne prednosti, ki bi jih zdravstvena storitev, za zavarovano osebo imela. V primeru, da bi pot v tujino predstavljala preveliko tveganje za pacienta, bi bila zahteva torej lahko zavrnjena. Dalje velja, da se zavrne predhodna odobritev tudi v primeru, da bi bila širša javnost zaradi zdravstvene storitve, ki je predmet predhodne odobritve, z zadostno gotovostjo izpostavljena varnostnemu tveganju ali pa bi morda šlo za izvajalca zdravstvenih storitev, ki bi lahko ogrozil zdravje pacienta. V primeru odobritve zdravljenja v tujini lahko zavarovana oseba zdravstvene storitve bolnišničnega zdravljenja oziroma specialistično ambulantnega zdravljenja uveljavlja pri javnem ali zasebnem izvajalcu v drugi državi članici EU, pri čemer sama poravnata nastale stroške in nato poda vlogo za povračilo (ZZVZZ, 44. c-člen). Predložiti mora »izvirnik napotnice, originalni račun z dokazilom o plačilu, ustrezno dokumentacijo o opravljenem zdravljenju, podatke o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže stroške« (Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, 228. c-člen). Povrnjeni so stroški v višini povprečne cene teh storitev v Sloveniji, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški. ZZS povrne stroške, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje, razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev pa zavarovana oseba dobi povrnjeno od zdravstvene zavarovalnice, kjer ima sklenjeno veljavno dopolnilno zdravstveno zavarovanje, v nasprotnem primeru pa to razliko krije sama. Pomembno je poudariti, da zavarovana oseba ni upravičena do povračila potnih stroškov in stroškov nastanitve (Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja 2014, 81).

Predhodna odobritev za povračilo stroškov ni potrebna, če gre za »specialistično ambulantne zdravstvene storitve na podlagi predhodno izdane napotnice zdravnika v Sloveniji; zdravila ali medicinske pripomočke, na podlagi predhodno predpisanega recepta ali naročilnice zdravnika v Sloveniji; zdraviliško zdravljenje, medicinske pripomočke pred iztekom trajnostne dobe in

pravice do zahtevnejšega medicinskega pripomočka na podlagi predhodno izdane odločbe« (ZZVZZ, 44. c- člen). Povračilo stroškov se v tem primeru opravi za zdravstvene storitve, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in jih oseba uveljavi v drugi državi članici EU. V postopku uveljavljanja povračila stroškov mora zavarovana oseba po opravljenem specialistično ambulantnem zdravljenju v tujini podati vlogo na pristojno območno enoto ZZZS. Pri tem je posebej poudarjeno, da so nebolnišnične zdravstvene storitve zdravljenja, pregledi in preiskave, pri katerih prenočitev v bolnišnici ni potrebna (Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja 2014, 81). Zavarovana oseba mora vlogi priložiti »originalno napotnico izbranega osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika v Sloveniji, ki mora biti izdana pred uveljavitvijo storitve; drugo dokumentacijo kadar zavarovana oseba uveljavlja specialistično ambulantne storitve brez napotnice v javni zdravstveni mreži v Sloveniji; originalni račun in dokazilo o plačilu; ustrezno dokumentacijo o opravljenem zdravljenju« (Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, 228. c- člen). Podati mora tudi podatke o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se uredi vračilo stroškov. V tem postopku ZZZS ugotovi, ali je zavarovana oseba v drugi državi članici dejansko uveljavljala nebolnišnično storitev. Če se to potrdi, dobi zavarovana oseba povrnjene stroške v višini povprečne cene te storitve v Sloveniji, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški. ZZZS povrne stroške, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje, razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev pa zavarovana oseba dobi povrnjeno od zdravstvene zavarovalnice, kjer ima sklenjeno veljavno dopolnilno zdravstveno zavarovanje, v nasprotnem primeru pa to razliko krije sama. Pomembno je poudariti, da zavarovana oseba ni upravičena do povračila potnih stroškov in stroškov nastanitve (Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja 2014, 81).

Glavni razliki med postopkoma uveljavljanja pravic v skladu s 44. b- in c-členom ZZVZZ-M sta naslednji:

- v skladu s 44. b-členom ZZVZZ lahko zavarovane osebe uveljavljajo zdravstvene storitve v tujini le pri izvajalcih, ki so del mreže javne zdravstvene službe in imajo sklenjeno pogodbo z javno zavarovalnico; zavarovana oseba ima pravico do povračila potnih stroškov in stroškov nastanitve; povračilo stroškov je v višini, kot bi storitev stala v javnem zdravstvenem sistemu v drugi državi članici, kjer je bila storitev uveljavljena;
- v skladu s 44. c-členom lahko zavarovane osebe uveljavljajo zdravstvene storitve v tujini tudi pri zasebnih izvajalcih, ki nimajo sklenjene pogodbe z javno zavarovalnico; pacient uveljavlja povračilo stroškov v višini kot stane storitev v državi zavarovanja, pri čemer

nima pravice do potnih stroškov in stroškov nastanitve; povračilo stroškov je v višini povprečne cene teh storitev v Sloveniji, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški.

V Poslovnem poročilu ZZZS pridobim podatke o koordinaciji in medsebojni izmenjavi podatkov ter zahtevkov za povračila in obračunavanje povračil stroškov med ZZZS in tujimi nosilci zdravstvenega zavarovanja za leto 2014 (ZZZS 2015, 71- 72). Od skupno 36 držav⁸, je sodelovanje potekalo s 27 državami članicami EU. V letu 2014 so bili na ZZZS obračunani stroški za 82.200 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 94,7 % več primerov kot v letu 2013. Skupni znesek obveznosti ZZZS do tujine je 28.119.256 EUR, od tega je obveznost do Bosne in Hercegovine znašala kar 39,5 % in do Hrvaške 25,5 % od vseh obveznosti. Iz razpoložljivih podatkov ZZZS je razvidno, da je bilo v letu 2014 največ vlog za predhodno odobritev odobreno na podlagi 44. c-člena (glej tabelo 6.1.). (ZZZS 2015, 71- 72).

Tabela 6.1: Načrtovana zdravljenja v tujini v letu 2014

	Prejete vloge	Odobrene vloge
44. a-člen ZZVZZ-M izčrpane možnosti v Sloveniji	558	465
44. b-člen ZZVZZ-M predolge čakalne dobe	127	14
44. c-člen ZZVZZ-M Spec. storitve, zdravila, medicinski pripomočki	1.250	1.098

Vir: ZZZS 2015

7 NACIONALNA KONTAKTNA TOČKA

Nacionalna kontaktna točka za čezmejno zdravstveno varstvo (v nadaljevanju NKT) deluje v okviru Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (NKT-Z). Ustanovljena je bila na podlagi že omenjene Direktive 2011/24/EU ter na podlagi novele zakona ZZVZZ-M. Namen je zagotavljanje informacij o čezmejnem zdravstvenem varstvu slovenskim zavarovanim osebam, ki želijo na zdravljenje v države članice EU in pacientom iz teh držav, ki bi želeli na zdravljenje v Slovenijo (ZZZS 2015, 75). NKT se posvetuje z organizacijami pacientov,

⁸ Preostale države so 3 članice EGP, s Švico, Bosno in Hercegovino, Črno Goro, Makedonijo, Srbijo in z Avstralijo.

izvajalci in nosilci zdravstvenega zavarovanja, sodeluje z nacionalnimi kontaktnimi točkami drugih držav članic ter Evropsko komisijo. Informacije, ki so objavljene na spletni strani NKT-Z, zagotavljajo ZZZS, Ministrstvo za zdravje RS in Nacionalni inštitut za javno zdravje (NKT-Z). V letu 2014 je NKT posredovala 4.574 pojasnil, od tega se jih je 24% nanašalo na 44. c člen, 19,6% na postopek povračila stroškov in 17 na splošna pojasnila (ZZZS 2015, 75). Največ pojasnil se nanaša na zdravljenje in postopke povračil stroškov v sosednjih državah (Hrvaška, Avstrija, Italija). Po novem je na spletni strani možno iskanje izvajalcev zdravstvenih storitev v Sloveniji in informativno izračunati znesek za povračilo stroškov zdravstvenih storitev opravljenih v tujini na podlagi 44. c-člena ZZVZZ. V letu 2014 je NKT tudi aktivno sodeloval v okviru mednarodne regionalne konference o čezmejnem zdravljenju, ki je potekala v Ljubljani v organizaciji European patients foruma iz Bruslja (ZZZS 2015, 75).

V anketi, ki sem jo izvedla za namen te naloge, je kar 98 % anketirancev odgovorilo, da ne pozna delovanje nacionalne kontaktne točke.

8 EMPIRIČNI DEL

Vzorec predstavljajo znanci, prijatelji, sošolci in sodelavci, katerih elektronske naslove imam. V vzorec so bili anketiranci izbrani priložnostno, in sicer po načelu snežne kepe, kar pomeni, da sem sodelujoče prosila, da anketni vprašalnik razdelijo še naprej svojim prijateljem, znancem ali poslovnim partnerjem.

Pri delu sem uporabila metodologijo zbiranja podatkov z lastnim anketnim vprašalnikom, ki je vseboval večino vprašanj zaprtega tipa, ki jih lahko hitro izpolnimo in analiziramo. Slabost takih vprašanj je, da so dobljeni podatki lahko manj natančni. Izdelava anketnega vprašalnika je potekala hkrati s preučitvijo teoretičnega dela, pri čemer je bilo pomembno, da je anketni vprašalnik jasno oblikovan in preprost. Vprašalnik je vseboval pet vprašanj in osnovne podatke o anketirancih, kot so spol, starost izobrazba. Analizo sem naredila na osnovi pridobljenih podatkov iz vprašalnikov. Podatke sem uredila v obliki preglednic. Z analizo odgovorov na anketna vprašanja sem potrdila ali ovrgla zastavljene hipoteze.

S pomočjo orodja En klik anketa⁹ sem izdelala spletno anketo. Anketiranje v celoti poteka elektronsko. Pred razdelitvijo anketnega vprašalnika celotnemu vzorcu sem izvedla pilotsko anketiranje, v katerem sem zajela 10 oseb iz vzorca z namenom, da bi preverila jasnost in razumljivost vprašanj ter primernost dolžine samega vprašalnika. Oblikovala sem spremno pismo in ga skupaj z povezavo do vprašalnika poslala vsem sodelujočim po elektronski pošti. Od vseh poslanih vprašalnikov je bilo veljavnih 114 vprašalnikov, 111 vprašalnikov pa je bilo v celoti izpolnjenih. Predstavitveni nagovor je odprlo 190 anketirancev, 176 jih je vprašalnik začelo izpolnjevati.

8.1 Analiza odgovorov po demografskih podatkih

Spol

Tabela 8.1: Frekvenčna porazdelitev glede na spol anketirancev

Odgovori	Frekvenca	Veljavni
1 (Moški)	34	30 %
2 (Ženski)	78	70 %
Skupaj:	112	100 %

V anketiranem vzorcu je bilo 30 odstotkov moških in 70 odstotkov žensk (glej tabelo 8.1).

Starost

Tabela 8.2: Frekvenčna porazdelitev glede na starost anketirancev

Odgovori	Frekvenca	Veljavni
1 (do 30 let)	25	22 %
2 (31–40 let)	43	38 %
3 (41–50 let)	22	20 %
4 (nad 50 let)	22	20 %
Skupaj:	112	100 %

Največje število anketirancev, kar triinštirideset, je bilo starih med 31 in 40 let. V starostni skupini do 30 let je anketo izpolnilo petindvajset oseb. Sledita skupini v starosti nad 50 let ter od 41 do 50 let z dvaindvajsetimi anketiranci (glej tabelo 8.2).

Dosežena izobrazbena stopnja

⁹ Ika anketa je brezplačno dostopno orodje za anketiranje pri Centru za družboslovno informatiko Fakultete za družbene vede v Ljubljani.

Tabela 8.3: Frekvenčna porazdelitev glede na izobrazbo anketirancev

Odgovori	Frekvenca	Veljavni
1 (osnovna šola)	4	4 %
2 (srednješolska izobrazba)	26	23 %
3 (poklicna izobrazba)	4	4 %
4 (višja/visoka izobrazba)	31	28 %
5 (univerzitetna izobrazba)	37	33 %
6 (specializacija/magisterij/doktorat)	10	9 %
Skupaj:	112	100 %

Največ, kar sedemintrideset oziroma 33 odstotkov anketirancev, ima doseženo univerzitetno stopnjo izobrazbe. Enaintrideset oziroma 28 odstotkov anketirancev ima višjo oziroma visoko stopnjo izobrazbe, šestindvajset anketirancev, kar predstavlja 23 odstotkov, pa ima srednješolsko izobrazbo. Z doseženim doktoratom, magisterijem ali specializacijo se je izkazalo deset oziroma 9 odstotkov anketirancev. Najmanj anketirancev, le štirje, pa imajo osnovnošolsko izobrazbo (glej tabelo 8.3).

Status

Tabela 8.4: Frekvenčna porazdelitev glede na status anketirancev

Odgovori	Frekvenca	Veljavni
1 (dijak, študent)	10	9 %
2 (zaposlen)	87	78 %
3 (nezaposlen)	10	9 %
4 (upokojen)	4	4 %
Skupaj:	112	100 %

Kar sedeminosemdeset anketirancev, kar predstavlja 78 odstotkov, je zaposlenih, deset anketirancev je dijakov ali študentov, deset anketirancev je nezaposlenih, štirje pa so že upokojeni (glej tabelo 8.4).

Anketirance sem spraševala, ali so seznanjeni s pravico v okviru Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini, če so v Sloveniji izčrpane vse možnosti zdravljenja. Šestdeset odstotkov vprašanih je s to pravico seznanjenih. Kar 79 % je za to izvedelo iz medijev, 7 % anketirancev je informacijo našlo na spletu, 4 % v zdravstveni ustanovi, 4 % od prijateljev in znancev in 1 % na fakulteti.

Hipoteza 1: Starejši bolje poznajo pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini kot mlajši

V prvi hipotezi sem želela preveriti trditev, da so starejši v večji meri seznanjeni s pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini. Izhajala sem iz ugotovitev, da starejši večkrat obiskujejo zdravstvene ustanove, ker imajo več zdravstvenih težav, se bolj zanimajo o vrstah in možnostih koriščenja zdravstvenih storitev in so posledično bolj seznanjenimi z možnostmi zdravljenja, ki jih ponuja naša zakonodaja. Hipotezo lahko ovržem, saj ugotavljam, da je odstotek oseb, ki poznajo pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini, v zadnjih treh starostnih skupinah zelo podoben (glej tabelo 8.5).

Tabela 8.5: Pripravljenost za koriščenje zdravljenja v tujini glede na starost

Odgovori	Da	Ne	Skupaj
1 (do 30 let)	12	13	25
2 (31–40 let)	27	16	43
3 (41–50 let)	15	7	22
4 (nad 50 let)	13	9	22
Skupaj	67	45	112

Hipoteza 2: Ženske bi v večji meri koristile možnost zdravljenja v tujini kot moški

V drugi hipotezi sem postavila trditev, da bi ženske v večji meri koristile možnost zdravljenja v tujini. Ženske v Sloveniji živijo dlje od moških; povprečna starost žensk ob smrti je bila v letu 2006 78,1 let in povprečna starost moških 68,5 let (Statistični urad RS 2006).

Tabela 8.6: Pripravljenost za koriščenje zdravljenja v tujini glede na spol

Odgovori	Sem že	Bi	Ne bi	Skupaj
1 (Moški)	0	32	2	34
2 (Ženski)	2	73	3	78
Skupaj	2	105	3	112

Kar 94 % anketirancev je odgovorilo, da bi koristili možnost zdravljenja v tujini. Če pogledamo odgovore po spolu, ugotovimo, da je 93,6 % žensk in 94,12 % moških pritrdilno odgovorilo na vprašanje, da bi koristili možnost zdravljenja v tujini. Iz odgovorov pa lahko ugotovimo, da je 2,56 % žensk že koristilo omenjeno možnost, medtem ko med moškimi anketiranci ni bilo nobenega, ki bi to možnost že koristil. Tiste, ki so odgovorili negativno,

smo tudi povprašali po razlogih. Odgovori, ki smo jih dobili, so: nezaupanje v kakovost zdravstvenih storitev v tujini, nepoznavanje jezika, oddaljenost, morebitni dodatni stroški kot so doplačila, nastanitev, stroški za spremljevalce in nezaupanje zdravstvenim ustanovam v tujini. Hipoteze ne morem potrditi, ugotavljam, da je odstotek žensk in moških, ki bi koristilo možnost zdravljenja v tujini skoraj enak (glej tabelo 8.6).

9 SKLEP

V nalogi sem opisala vrste zdravstvenih sistemov po svetu in sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Ta temelji na sistemu solidarnosti, deli pa se na obvezno zdravstveno zavarovanje, ki ga izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, in na prostovoljno zavarovanje. V nalogi sem opisala pravne okvirje in vnos pravnega reda EU v nacionalno zakonodajo, pravico do načrtovanega zdravljenja v tujini kot pravico do čezmejnih zdravstvenih storitev, ki smo jo v skladu z Direktivo 2011/24/EU v slovensko zakonodajo implementirali z novelo Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Prikazan je potek oblikovanja dnevnega reda, ko so politični odločevalci zaznali problem na podlagi dostopnih podatkov in raziskav. V poteku javne razprave so se oblikovale različne alternativne rešitve mnogih akterjev, ki so tekom obravnav v Državnem zboru dobile konsenz v obliki sprejetja Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Z implementacijo Direktive se je vzpostavilo tudi sodelovanje med zdravstvenimi sistemi na področju referenčnih mrež. Cilj Direktive je olajšati dostop do varnega in kakovostnega zdravstvenega varstva, ki ga mora zagotavljati država članica EU s standardi zdravstvenega varstva, ki morajo temeljiti na kakovosti in dostopnosti pacientom. Direktiva tako utrjuje pravice pacientov, ki jih določa tudi sodna praksa Sodišča Evropskih skupnosti glede zdravstvenega varstva v drugi državi članici in dopolnjuje pravice, ki jih pacienti v EU že imajo na podlagi zakonodaje o koordinaciji sistemov socialne varnosti. Raziskala sem, kakšne so dejanske zakonske možnosti načrtovanja zdravljenja v tujini, in izpostavila pogoje, omejitve in način povračila stroškov zdravstvenih storitev. Pri primerjavi uveljavljanja pravic sem ugotovila, da člena 44. b, ki je v skladu z Uredbo (ES) 883/2004), in 44. c, ki je v skladu z Direktivo 2011/24/EU, vsebujeta enak element predhodnega odločanja, čeprav je v skladu z Uredbo predhodna odobritev pravilo, v skladu z Direktivo pa možnost. Tako bodo pacienti, ki se ne bodo želeli ukvarjati s predhodno odobritvijo ali bodo želeli pravico uveljavljati le pri zasebniku v tujini, koristili pravico na podlagi člena 44. c. Z razliko od Direktive Uredba predvideva povrnitve potnih stroškov in stroškov nastanitve, kar bo marsikaterega pacienta

prisililo, da koristijo pravico preko predhodne odobritve. Direktiva sama določa, da če so ob predhodni odobritvi izpolnjeni pogoji iz Uredbe (ES) št. 883/2004, je odobritev v skladu z navedeno uredbo, razen če pacient izrecno ne zahteva drugače. Uveljavljanje pravice do načrtovanega zdravljenja v tujini na podlagi 44. a člena ZZVZZ je možna le v primerih, ko so v Sloveniji izčrpane vse možnosti zdravljenja in bi zdravljenje v tujini doprineslo ozdravitev, izboljšanje ali preprečitev nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja. Ne glede na to, po kateri poti 44. Člena ZZVZZ zavarovana oseba želi koristiti načrtovano zdravljenje v tujini pa mora iti skozi sito ZZS njena vloga za predhodno odobritev ali vloga za povračilo stroškov, v kolikor predhodna odobritev ni potrebna. Pri pravici do načrtovanega zdravljenja v tujini na podlagi Direktive gre za razmeroma novo pravico, ki se je začela uresničevati tekom leta 2014, zato se bodo pravi učinki njene implementacije in izvajanja sprejete javne politike, pokazali šele čez čas. Prvi podatki so sicer že znani. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije jih je objavil v poslovnem poročilu za leto 2014, na evalvacijo in ocene učinkovitosti pa bo treba počakati še nekaj časa. Pozitivne strani nove zakonodaje za paciente so zagotovo večja možnost izbire koriščenja zdravstvenih storitev in s tem hitrejši dostop ter jasna pravila in zanesljive informacije, kako in na kakšen način uveljavljati to storitev. Negativno pa je vnaprejšnje plačevanje in tuj jezik, saj se lahko sklepa, da se bodo za načrtovano zdravljenje v tujini v odločali tisti, ki si bodo to finančno lahko privoščili in nimajo težav s tujim jezikom. V empiričnem delu naloge sem analizirala odgovore, ki sem jih pridobila s pomočjo lastno izdelanega vprašalnika. Rezultati so pokazali, da je več kot polovica anketirancev seznanjena s pravico do čezmejnega zdravstvenega varstva, pri čemer sem ovrgla hipotezo, da so s to pravico bolje seznanjeni starejši. Tudi druge hipoteze nisem mogla potrditi, saj je odstotek žensk in moških, ki bi koristili zdravstvene storitve v tujini približno enak.

10 LITERATURA

1. Bešter, Helena, Edi Bubnić, Leonida Fric, Slavica Glavaš, Šime Ivanjko, Levart Jakopanec Renata, Tjaša Korbar, Zvonimir Lešnik, Matjaž Musil, Katerina Rihter, Gordana Ristin, Danijel Starman, Matija Šenk, Marko Vončina, Boris Zgrablić in Berni Strmčnik. 2008. *Učbenik za zavarovalne zastopnike in zavarovalne posrednike*. Ljubljana: Slovensko zavarovalno združenje.
2. Bitežnik, Bogomil. 1981. *Razvoj zdravstvenega zavarovanja na Primorskem*. Koper: Založba Lipa.
3. Bobunov Škoberne, Anjuta. 2002. Pravica do zdravstvenega varstva in pravica do zdravstvenih storitev. *Pravnik* 57 (1–3): 51–79.
4. *Direktiva 2011/24/EU*. Dostopno prek: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:sl:PDF> (2. april. 2014).
5. Državni zbor. 2015a. *Pravni red EU*. Dostopno prek: <https://www.dz-rs.si/wps/portal/Home/deloDZ/EU/PravniRedEvropskeUnije> (19. marec 2015).
6. --- 2015b. *Postopek sprejetja Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju*. Dostopno prek: http://www.dz-rs.si/wps/portal/Home/deloDZ/zakonodaja/izbranZakonAkt?uid=C12565D400354E68C1257BFA004156C8&db=kon_zak&mandat=VI (2. april 2015).
7. Europe direct. 2015. *Slovenija in Evropska unija*. Dostopno prek: <http://www.europedirect.si/slovenija-in-eu> (4. april 2015).
8. Evropska komisija. 2015a. *Postopek odločanja*. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/atwork/decision-making/index_sl.htm (27. marec 2015).
9. --- 2015b. *Spremljanje izvajanja direktiv EU*. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/atwork/applying-eu-law/implementation-monitoring/index_sl.htm (27. marec 2015).
10. Evropska unija. 2015. *Uredbe, direktive in drugi akti*. Dostopno prek: http://europa.eu/eu-law/decision-making/legal-acts/index_sl.htm (19. marec 2015).
11. Evropski parlament in Svet. 2014. *Uredba ES št. 883/2004*. Dostopno prek: <http://csd-lj-bezigrad.si/wp-content/uploads/2014/04/CELEX-02004R0883-20130108-SL-TXT.pdf> (5. maj 2014).
12. Fink Hafner, Danica. 2007. *Uvod v analizo politik: Teorije, koncepti, načela*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
13. Gracar, Ivan. 2011. *Dopolnilno zdravstveno zavarovanje in zdravstvena reforma*. Ljubljana: Slovensko zavarovalno združenje.

14. Haček, Miro, Drago Zajc, France Bučar, Rudi Rizman, Cirila Toplak, Tatjana Krašovec, Uroš Pinterič in Albin Igličar. 2005. *Slovenija v EU. Zmožnosti in priložnosti*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
15. Hojnik, Janja. 2014. *Čezmejno zdravljenje po predhodni odobritvi in brez nje*. Maribor: Zdravniško društvo Maribor in Pravniško društvo Maribor.
16. Lizbonska pogodba. Dostopno prek: http://www.europarl.europa.eu/ftu/pdf/sl/FTU_1.1.5.pdf (27. marec 2015).
17. Ministrstvo za zdravje. 2015. Delovna področja. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/ (5.5.2015).
18. Nacionalna kontaktna točka za čezmejno zdravstveno varstvo. 2015. Dostopno prek: http://www.nkt-z.si/wps/portal/nktz/home!/ut/p/b1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfGjzOLNDHwdPTwNDD0svM2cDDzDXP0NQk0dDS0MzPWDi3P0C7IdFQFacx4v/ (20. april 2015).
19. Nacionalni inštitut za javno zdravje. 2015. Dostopno prek: <http://www.nijz.si> (12. januar 2015).
20. Petavs B., Lucija. 2013. *Po zdravje čez mejo*. Dostopno prek: <http://medicina.finance.si/8350164/Po-zdravje-%C4%8Dez-mejo?cookietime=1433320007> (1. december 2013).
21. *Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (ZZZ- 1- UPB- 1)*. Ur. l. RS 25/14 (11. april 2015).
22. *Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (ZZZ- 1- UPB- 1)*. Ur. l. RS 63/10 (2. maj 2014).
23. Predlog zakona o spremembah zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, dopis Vlade RS Državnemu zboru. Dostopno prek: <http://imss.dz-rs.si/imis/b2fe8abdd10abee5a00b.pdf> (20. oktober 2013).
24. Rednak, Andreja. 2013. Minister Gantar bi omejil magnetno resonanco v tujini. *Finance*, 4. december (4. december 2013).
25. Rosner, G. Peter. 2003. *The economics of social policy*. Cheltenham: Edward Elgar Pub.
26. Rtv Slovenija. 2014. *Vrata zdravljenju v tujini so odprta, določene omejitve pa ostajajo*. Dostopno prek: <http://www.rtv slo.si/moja-generacija/dobro-pocutje/zdravje/vrata-zdravljenju-v-tujini-so-odprta-dolocene-omejitve-pa-ostajajo/323349> (1. december 2014).
27. Sodišče evropske skupnosti. 2001. *Press Release No 32/2001*. Dostopno prek: <http://curia.europa.eu/en/actu/communiqués/cp01/aff/cp0132en.htm> (15. februar 2015).

28. Statistični urad RS. 2015. *Ženske v Sloveniji*. Dostopno prek: <http://www.stat.si/StatWeb/glavnanavigacija/podatki/prikazistaronovico?IdNovice=1497> (5. april 2015).
29. Strban, Grega. 2005. *Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
30. --- 2010. *Pravo socialne varnosti*. Ljubljana: GV Založba.
31. --- 2012. *Pravne osnove varnosti*. Ljubljana: Fakulteta za kemijo in kemijsko tehnologijo.
32. *Svetovna zdravstvena organizacija*. Dostopno prek: <http://www.who.int/about/en/> (2. maj 2014).
33. Štiblar, Franjo. 2010. *Bančništvo kot hrbtnica samostojne Slovenije*. Ljubljana: Založba ZRC.
34. Toth, Martin. 2003. *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
35. --- 2012. *Socialno zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Slovensko zavarovalno združenje.
36. *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZZ- 1- UPB- 1)*. Ur. l. RS 91/13 (5. februar 2015).
37. *Zakon o pacientovih pravicah (ZZZ- 1- UPB- 1)*. Ur. l. RS 15/08 (5. februar 2015).
38. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2014. *Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja*. Dostopno prek: http://www.zd-velenje.si/Dokumenti/pravice_iz_obveznega.pdf (12. januar 2015).
39. --- 2015. *Poslovno poročilo ZZZS za leto 2014*. Dostopno prek: [http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/9b52139ed62405f7c1257dfd00573af8/\\$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%20za%20leto%202014_april%202015.pdf](http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/9b52139ed62405f7c1257dfd00573af8/$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%20za%20leto%202014_april%202015.pdf) (5. april 2015).

PRILOGE

Priloga A: Anketni vprašalnik

Pozdravljeni!

Sem Neva Šuštar in zaključujem študij na Fakulteti za družbene vede, smer politologija. S pomočjo ankete bi želela ugotoviti, koliko so prebivalci Slovenije seznanjeni z možnostjo načrtovanega zdravljenja v tujini, kot pravico v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja. Prosim vas, da si vzamete 3 minute za izpolnitev priloženega vprašalnika. Vsi pridobljeni podatki bodo anonimni in jih bom uporabila izključno za izvedbo analiz v moji diplomski nalogi. Že vnaprej se vam zahvaljujem za vaše sodelovanje in vas lepo pozdravljam.

Ali ste seznanjeni, da vam v okviru Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju pripada pravica do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini, če so v Sloveniji izčrpane vse možnosti zdravljenja (Pravica do načrtovanega zdravljenja v tujini)?

- Da.
- Ne.

Kje ste izvedeli za možnost načrtovanega zdravljenja v tujini?

- Na spletu.
- Iz medijev.
- V zdravstveni ustanovi.
- Drugo:

Ali bi koristili možnosti zdravljenja, pregleda in preiskave v tujini?

- To možnost sem se že koristil/a.
- Bi koristil/a.
- Ne bi koristil/a.

Navedite razlog, zaradi katerega možnosti zdravljenja, pregleda in preiskave v tujini ne bi koristili.

- Nezaupanje v kakovost zdravstvenih storitev v tujini.
- Nepoznavanje jezika, oddaljenost od doma.
- Morebitni dodatni stroški, povezani z zdravljenjem v tujini (doplačila, nastanitev spremljevalcev, prevoz ...).
- Drugo:

Ali poznate delovanje Nacionalne kontaktne točke?

- Da.
- Ne.

SPOL – Spol:

- Moški.
- Ženski.

STAROST: V katero starostno skupino spadate?

- Do 30 let.
- 31–40 let.
- 41–50 let.
- Nad 50 let.

IZOBRAZBA: Navedite najvišjo stopnjo dokončane izobrazbe.

- Osnovna šola.
- Srednješolska izobrazba.
- Poklicna izobrazba.
- Višja/visoka izobrazba.
- Univerzitetna izobrazba.
- Specializacija/magisterij/doktorat.

STATUS: Kakšen je vaš trenutni status?

- Dijak, študent.
- Zaposlen.
- Nezaposlen.
- Upokojen.