

Univerza v Ljubljani

Pravna Fakulteta

**PRAVICA DO ČEZMEJEGA ZDRAVLJENJA IN
ZDRAVLJENJA V SLOVENIJI V SODBAH SOCIALNEGA
SODIŠČA**

Magistrsko diplomsko delo

Avtorica: Sara Birsa, univ. dipl. prav.

Mentor: prof. dr. Grega Strban, univ. dipl. prav.

Ljubljana, 2019

POVZETEK

Vsi si želimo biti zdravi, v primeru nastanka bolezni pa, da to oviro čim prej odpravimo. Da bo temu kar se da tako, skrbi država z vzpostavitvijo obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zavzema se, da na ta način zavaruje javno zdravje in vsem zavarovanim osebam nudi ustrezne zdravstvene storitve, ko te potrebujejo, pa naj bo to znotraj ali zunaj domačih državnih mej. V praksi pa se v zvezi z učinkovitim zdravljenjem pojavljajo številni dvomi, sploh zaradi relativno dolgih čakalnih vrst, ki že tako slabo zdravstveno stanje posameznika, še dodatno poslabšajo. Ti iz različnih razlogov iščejo alternativne rešitve pri domačih zasebnih izvajalcih ali poiščejo čezmejne zdravstvene storitve pri tujih izvajalcih. Čeprav je bila možnost zdravljenja v tujini včasih omejena na nepričakovane situacije ali predstavljala rešitev, ko je bilo zdravljenje doma zaključeno, so evropske institucije predvidele potrebo po ureditvi načrtnega čezmejnega zdravljenja, ki široko odpira vrata možnosti izbire zavarovanca, v kateri državi in pri katerem izvajalcu zdravstvenih storitev bo deležen zdravstvene oskrbe.

V magistrski nalogi je najprej kratko predstavljeno delovanje slovenskega sistema zdravstvenega zavarovanja, saj je ta temelj obsega pravic in povračil v zvezi z čezmejnimi zdravljenjem. Nato so analizirane možnosti zdravljenja v državah, v katerih velja evropski pravni red kot tudi izven njih. Obseg pravic in načini kritja stroškov se glede na različne pravne vire precej razlikujejo, zato je pomembno, da zavarovana oseba ve katero pot izbrati. Predstavljena je tudi nacionalna zakonodaja, ki ureja čezmejno zdravljenje. Pomembno vprašanje v zvezi z čezmejnimi zdravstvenimi varstvom predstavljata (ne)upravičeno razlikovanje med domačimi pacienti, ki poiščejo storitve v tujini in tistimi, ki iz različnih razlogov ostajajo doma, z omejeno izbiro izvajalcev zdravstvenih storitev ter neenak položaj domačih in tujih zdravstvenih izvajalcev. V zadnjem delu je predstavljenih nekaj primerov sodne prakse socialnega sodišča, glede zgoraj omenjenega vprašanja morebitne diskriminacije domačih pacientov, ki se odločijo za iskanje storitev v tujini in tistih, ki to opravijo doma, odločitev o upravičenosti čezmejnega zdravljenja oziroma povrnitvi nastalih stroškov ter ostalih vprašanjih, ki se v samem postopku pojavijo.

Ključne besede: čezmejno zdravljenje, zdravljenje v tujini, pacienti, zavarovanci, Direktiva 2011/24/EU, Uredba 883/2004, zasebni izvajalci zdravstvenih storitev, povračilo stroškov zdravstvenih storitev.

SUMMARY

As a society, we all want to be healthy, or in the event of illness, we want to recover as soon as possible. Because of this, the government established compulsory health insurance. This system ensures protection of public health and medical services when necessary for all policyholders whether in their home country or abroad. In the last few years, many flaws in the efficiency of the system could be noticed. More specifically, the long waiting lists which can often worsen the medical service seeker's condition. As aforementioned, patients seek for additional help with domestic medical private providers and even foreign medical providers. Until recently, foreign treatment was restricted to unexpected situations or was a solution when individuals domestic treatment was completed. This was rectified as the European Institutions recognized the need for more closer regulation of cross-border medical treatments. Regulation of cross-border medical treatments gave policyholders a wider list of possibilities specifically stating its country and provider.

The first part of my master's thesis is an introduction to the Slovenian health insurance system, as it is the basis of rights and cost reimbursement regarding cross-border medical treatment. Furthermore, the thesis includes analysis of available possibilities of medical treatment services respective to countries under European Law and outside it. The extent of rights and types of cost reimbursements vary for each country; therefore, it is important for policyholders to understand their options. Domestic legislation that arranges cross-border medical treatment is also examined. In my master's thesis I was interested in (un)justified differentiation between policyholders that find medical service in the foreign country and policyholders that decide to use domestic providers. A similar problem present unequal status of domestic and foreign medical health service providers. Finally, social court case-laws concerning the question of possible policyholder discrimination are introduced, as well as case-laws regarding court's decision on the eligibility of the cross-border medical treatment, cost reimbursements and other questions arising in the decision-making process.

Keywords: cross-border medical treatment, foreign medical service, patients, policyholders, Directive 2011/24/EU, Regulation 883/2004, private medical treatment providers, reimbursement of the health service cost

KAZALO

1. Uvod	1
2. Pravica do zdravljenja v Sloveniji.....	3
2.1 Pravni viri	3
2.2 Pravica do zdravljenja	4
3. Pravica do čezmejnega zdravljenja	6
3.1 Pravica do nenačrtovanega zdravljenja na podlagi dvostranskih sporazumov.....	6
3.2 Pravica do nenačrtovanega in načrtovanega zdravljenja po izključno nacionalni zakonodaji.....	8
3.2.1 Pravica do nenačrtovanega zdravljenja v tretjih državah.....	8
3.2.2 Pravica do načrtovanega zdravljenja v tretjih državah po 44.a členu ZZVZZ.....	9
3.3 Pravica do zdravljenja v državah članicah EU, EGP in Švici na podlagi Uredbe (ES) št. 883/2004	11
3.3.1 Pravno varstvo pravice do zdravljenja obmejnih delavcev	12
3.3.2 Pravica do nenačrtovanega zdravljenja	12
3.3.2.1 Potrebno zdravljenje v smislu nenačrtovanega čezmejnega zdravljenja.....	14
3.3.3 Pravica do načrtovanega zdravljenja.....	15
3.3.4 Pravica do načrtovanega zdravljenja v skladu z 44.b členom ZZVZZ	18
3.4 Pravica do zdravljenja v državah članicah EU na podlagi Direktive 2011/24/EU....	19
3.4.1 Pravica do načrtovanega zdravljenja.....	20
3.4.2 Pravica do načrtovanega zdravljenja v skladu z 44.c členom ZZVZZ	23
3.4.3 Pravica do nenačrtovanega zdravljenja?	24
3.4.4 Nacionalna kontaktna točka	25
3.4.5 Prednosti in slabosti Direktive v primerjavi z Uredbo.....	25
3.5 Postopanje pristojnega organa v postopku odobritve pravice do čezmejnega zdravljenja in povračilu stroškov.....	26
4. Statistični podatki o čezmejnem zdravljenju	28
5. (Ne)upravičeno razlikovanje med prejemniki in izvajalci domačih in tujih zdravstvenih storitev	28
6. Čezmejno zdravljenje v praksi socialnega sodišča.....	32
6.1 Vprašanje obrnjene diskriminacije prejemnikov zdravstvenih storitev v sodbah III Ps 406/2016 in Psp 287/2017 ter Psp 153/2017 in VII Ips 273/2017	32
6.2 Čezmejno zdravljenje zaradi izčrpanih možnosti zdravljenja v domači državi	38
6.2.1 Sodbe Psp 437/2013, Psp 661/2008 in Psp 479/2017	38
6.2.2 Sodbe Psp 181/2011, Psp 16/2017 in Psp 30/2019	39

6.3	Čezmejno zdravljenje zaradi predolгих čakalnih dob v domači državi.....	40
6.3.1	Sodba Psp 38/2012	40
6.3.2	Sodba Psp 392/2016	41
6.3.3	Sodba Psp 408/2016	41
6.4	Nenačrtovano čezmejno zdravljenje na podlagi EKZZ.....	41
6.4.1	Sodbe Psp 16/2011, Psp 324/2001 in Psp 331/2012	41
6.4.2	Sodbi Psp 422/2012 in Psp 380/2011	42
6.5	Razmejitev med bolnišničnim in nebolnišničnim zdravljenjem v sodbi 425/2009...	43
6.6	Omejenost kroga zdravstvenih pravic	43
6.6.1	Sodba Psp 280/2010	43
6.6.2	Sodba Psp 312/2018	44
6.7	Postopek uveljavljanja pravice do čezmejnegа zdravstvenegа varstva v sodbi Psp 455/2018	44
7.	Zaključek	45
8.	Viri.....	48

1. Uvod

Skrb za zdravstveno varstvo prebivalcev je ena izmed pomembnih zavez držav, ki jih izpolnjujejo na različne načine. Tako ustvarijo pogoje, ki omogočajo, da je zdravje prebivalcev varovano tako na domačem ozemlju kot tudi v tujini, ko se osebe iz različnih razlogov nahajajo izven države stalnega prebivališča.

Evropsko pravo je pravice na področju zdravstvenega varstva občutno razširilo. Zavarovane osebe so bile že pred tem upravičene do načrtovanega in nenačrtovanega čezmejnega zdravljenja na podlagi nacionalnih predpisov, vendar so bogata pravna praksa Sodišča Evropske unije ter pravila zagotavljanja koordinacije med državami članicami Evropske Unije še dodatno odprla možnosti zdravljenja izven državnih meja. Najpomembnejši pravni akt na tem področju je zagotovo Uredba (ES) 883/2004. Direktiva 2011/24/EU čezmejnemu zdravljenju daje občutno širši pomen, saj omogoča, da se načrtovano zdravljenje opravi brez pridobitve predhodnega dovoljenja nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja. S tem daje zavarovanim osebam možnost, da nekatere pravice, ki so del domače košarice zdravstvenih storitev pridobijo pri tujem izvajalcu, ki ga izberejo same. Pri tem se pojavi težava, na katero naletimo v nekaj sodnih primerih, v katerih je socialno sodišče odločalo o vprašanju tako imenovanje obrnjene diskriminacije, ki v slabši položaj postavlja slovenskega pacienta, ki se zdravi v domači državi, v primerjavi s tistim, ki prestopi mejo in ima pravico izbire tako med javnimi kot zasebnimi izvajalci. Podoben problem predstavlja diskriminacija domačih, čisto zasebnih izvajalcev zdravstvenih storitev v primerjavi s tujimi. Ti bodo tujega pacienta zdravili pod bistveno ugodnejšimi pogoji kot domačega. V praksi se pojavljajo tudi vprašanja v zvezi z nejasno določenostjo zdravstvenih pravic, ki jih imajo osebe vključene v slovenski sistem zdravstvenega zavarovanja. Namreč te niso toliko jasno določene, da bi vedeli do česa natančno smo upravičeni v okviru nacionalne zakonodaje, kar je pa bistvenega pomena tudi pri iskanju čezmejnih zdravstvenih storitev. S številnimi primeri čezmejnega zdravljenja se je že ukvarjalo socialno sodišče, ki je v predstavljenih sodbah povedalo kdaj zdravljenje lahko štejemo za načrtovano in kdaj nenačrtovano, konkretno predstavilo primere, ko so zavarovanci upravičeni, da si zdravstveno oskrbo poiščejo v tujini in ko jim ta pravica ne stroške zdravstvenega zavarovanja ne pripada.

Pravo EU daje na področju zdravstva prednost prostemu pretoku zdravstvenih storitev, ki ga le izjemoma omejuje. To zavarovanim osebam nudi široke možnosti svobodne izbire in večjo verjetnost uspešne ozdravitve, ko je pod vprašaj postavljeno njihovo zdravje. Težavi relativno

dolgega čakanja na ustrezno zdravstveno storitev ali celo pomanjkanje ustreznega načina zdravljenja je v nekaterih primerih odločilnega pomena, da so si pacienti primorani poiskati ustrezne rešitve v tujini. Nacionalna zakonodaja ureja tri situacije, v katerih imajo zavarovane osebe pravico do načrtovanega čezmejnega zdravljenja. Dve izmed njih izhajata iz prava EU, natančneje iz Uredbe 883/2004 in Direktive 2011/24/EU, ena izmed možnosti pa je posledica izčrpanih možnosti zdravljenja v Sloveniji. Vsekakor so ti instrumenti zelo zaželeni in pravilni, saj posameznike pozitivno soočajo z omenjeno težavo.

Želela bi, da bi se zavarovane osebe v večji meri zavedale svojih pravic, ki so voljo v zvezi z čezmejnimi zdravljenjem in zaradi tega še pravočasno rešile svojo ali tujo zdravstveno stisko tudi s poznavanjem tematike in ustreznim informiranjem.

V nalogi sem preverila ali slovenska in evropska zakonodaja ponujata dovolj pravnih instrumentov, ki omogočajo dostop do hitrejšega in hkrati učinkovitejšega reševanja zdravstvenih težav ter kako se z relativno novo zakonodajo soočajo slovenska socialna sodišča, predvsem v zvezi s pojavom obrnjene diskriminacije. Menim, da bi se s to pravno dopustno težavo moral spopasti zakonodajalec in sprejeti ustrezne ukrepe vsaj za njeno zmanjšanje, če že ne popolno odstranitev.

2. Pravica do zdravljenja v Sloveniji

2.1 Pravni viri

Zdravje prebivalstva spada med najvišje vrednote družbe. To izhaja iz Ustave RS (URS)¹, ki posebno pozornost namenja pravici do socialne varnosti ter pravici do zdravstvenega varstva. V 50. členu določa, da imamo državljani pod zakonsko določenimi pogoji pravico do socialne varnosti in državi nalaga ureditev obveznega zdravstvenega zavarovanja ter skrbi za njegovo delovanje. Socialna varnost je tesno povezana prav s pravico do zdravstvenega varstva, opredeljeno v 51. členu URS, ki vsakemu podeljuje pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon. Pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev lahko določa le zakon. Javni interes zahteva urejen zdravstveni sistem. Temeljni pravi akt, ki izvaja pooblastilo URS in ureja vrsto in obseg pravic do katerih so zavarovane osebe upravičene, je Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ)². Ker je materija, ki jo ureja omenjeni zakon preobsežna, le-ta v 26. členu napotuje Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) k podrobnejši ureditvi pravic v splošnih aktih. Tak splošni akt so Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (POZZ)³, ki natančneje določajo vrsto in obseg pravic, obveznosti zavarovancev, varstvo pravic ter nadzor nad njihovim uresničevanjem.⁴ Nadalje pa pravice, ki jih ima pacient⁵ kot uporabnik zdravstvenih storitev, postopke uveljavljanja teh pravic kadar so kršene, in s temi pravicami povezane dolžnosti določa Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP).⁶ V kolikor pride do spora med upravnim organom, ki odloča o pravicah zavarovanca in zavarovancem, lahko slednji, če meni, da mu je bila kršena pravica v postopku, vložiti pritožbo na drugostopenjski upravni organ ali tožbo na socialno sodišče. Za postopek pritožbe se uporablja Zakon o upravnem postopku (ZUP)⁷, postopek reševanja socialnega spora pa natančneje ureja Zakon o delovnih in socialnih sodiščih (ZDSS-1)⁸.

¹ Ur. l. RS, št. 33/91-I, 42/97, 66/00, 24/03, 47, 68, 69/04, 69/04, 69/04, 68/06, 47/13, 47/13, 75/16.

² Ur. l. RS, št. 72/06, 114/06, 91/07, 76/08, 62/10, 87/11, 40/12, 21/13, 91/13, 99/13, 99/13, 111/13, 95/14, 47/15, 61/17, 36/19.

³ Ur. l. RS, št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96, 47/97, 3/98, 3/98, 51/98, 73/98, 90/98, 6/99, 109/99, 61/00, 64/00, 91/00, 59/02, 18/03, 30/03, 35/03, 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06, 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 9/13, 25/14, 25/14, 85/14, 10/17, 64/18.

⁴ Ustavno sodišče opozarja na zakonski pridržek glede izvirne določitve vsebine pravice do zdravstvenega varstva, saj je urejanje pravic v podzakonskem aktu nedopustno. Pogoji pod katerimi se uveljavlja pravica do zdravstvenega varstva in način izvrševanja pravice sta izrecno pridržana zakonu. Glej odločbo US RS Up-1303/11, U-I-25/14, z dne 21. 3. 2014.

⁵ Pacient je bolnik ali drug uporabnik zdravstvenih storitev v odnosu do zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev oziroma izvajalcev zdravstvene dejavnosti ne glede na svoje zdravstveno stanje (2. člen ZPacP 16. točka).

⁶ Ur. l. RS, št. 15/08, 55/17.

⁷ Ur. l. RS, št. 24/06, 105/06, 126/07, 65/08, 8/10, 82/13.

⁸ Ur. l. RS, št. 2/04, 10/04, 45/08, 45/08, 47/10, 43/12, 10/17.

2.2 Pravica do zdravljenja

Pravica do zdravja je širša od pravice do zdravljenja.⁹ Ne daje zagotovila, da bomo vsi zdravi, saj je takšna garancija neizvedljiva, ampak države zavezuje k ustvarjanju zdrave družbe tako, da z ustrezno organizacijo zdravstvenega sistema in zagotavljanjem zdravstvenega varstva posameznikom ponudi vsa sredstva, ki omogočajo pomoč ob nastanku zdravstvenega primera. To dosegajo tudi s socialno zaščito družbe, ki jo uresničujejo s pomočjo socialne pravičnosti ter medsebojne solidarnosti.¹⁰ Na kakšen način se bo pravica do zdravstvenega varstva, katere del je pravica do zdravljenja izvajala, določi zakonodajalec. ZZVZZ v 23. členu določa pravico do zdravstvenih storitev kot eno izmed pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. V tem delu so našteje preventivne in kurativne storitve, ki jih izvajalci izvajajo z namenom uresničevanja zgoraj omenjene ustavne pravice. Pravica do zdravljenja je ena izmed ključnih pravic, ki omogoča zdravstveno stabilnost posameznika. Pomeni pravico posameznika biti zdravljen, ki ji stoji nasproti dolžnost države, da za to uresničitve skrbi z raznovrstnimi aktivnimi ukrepi, ki jih javni in zasebni izvajalci izvajajo z namenom ohranjanja dobrega zdravstvenega stanja posameznika in celotne družbe.

URS nalaga državi ureditev obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki zavarovancem daje hkrati dolžnosti in pravice. Zdravstveno varstvo se financira z obveznimi in prostovoljnimi dajatvami, nadalje pa zakon določi katere zdravstvene pravice in v kolikšnem delu naj bodo financirane z javnimi sredstvi. Zakonodajalec je predvidel skupine oseb za katere določa obveznost vključiti se v zdravstveno zavarovanje in s tem poskrbel, da nihče ne bo ostal brez ustrezne zdravstvene oskrbe, ko jo bo potreboval in želel prejeti.¹¹

Zdravstveno zavarovanje je v celoti sestavljeno iz obveznega in različnih oblik prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Prvo obstaja ex lege in pomeni zakonsko prisilo vključitve osebe v zavarovanje ob določenem dejanskem stanju, ne glede na njeno željo, medtem ko se za prostovoljno (npr. dopolnilno) zdravstveno zavarovanje odloči vsak posameznik sam.¹² V Sloveniji prostovoljno zdravstveno zavarovanje pokrivajo zavarovalnice. Težava, ki se v tem delu pojavi je ta, da posamezniki ne vedo katere pravice jim pripadajo zgolj iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in koliko te stanejo. Res, da ZZVZZ v splošnem določa obseg pravic do zdravstvenih storitev, ki zavarovancu povedo katere zdravstvene storitve krije obvezno

⁹ Strban, G.: Izzivi obveznega zdravstvenega zavarovanja: Iskanje ravnovesja med javno in zasebno odgovornostjo za zdravje, Delavci in delodajalci, letn. 14, št.2-3, 2014, str. 344.

¹⁰ Prav tam

¹¹ Glej 14.-22. člen ZZVZZ

¹² Strban, G.: Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja, 2005, str. 97 in 101

zdravstveno zavarovanje in v kakšnem delu, vendar tako urejanje ne zadošča načelu pravne varnosti. Tudi to prispeva k temu, da kljub pravno prosti odločitvi posameznika ali se bo vključil v dopolnilno zavarovanje, to de facto pomeni obvezno zavarovanje.

Na to, da tak sistem urejanja pravic iz zdravstvenega zavarovanja predstavlja posebnost v Evropi, opozarja tudi Evropska komisija, ki poziva na ločitev zdravstvenih storitev, ki se plačujejo iz obveznega zavarovanja ter tistih, ki so predmet prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj.¹³

Zavarovana oseba ima pravico do plačila zdravstvenih storitev. Ta so s strani izvajalcev zagotovljena v naravi in ne z neposrednim plačevanjem storitev za posamezno zavarovano osebo. ZZZS v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja financira programe zdravstvene dejavnosti in tako na posreden način, javnim izvajalcem in zasebnikom s koncesijo, plačuje za opravljene zdravstvene storitve.¹⁴ V delu prostovoljnega zavarovanja stroške pokrijejo zavarovalnice ali posamezniki sami.

¹³ C-185/11 Evropska komisija proti Republiki Sloveniji, EU:C:2012:43.

¹⁴ Bubnov, Škoberne, A.: Pravice zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev v obveznem zdravstvenem zavarovanju, Medicina in pravo: izbrana poglavja 2001-2003, 2004, str. 225.

3. Pravica do čezmejnega zdravljenja

Vse osebe, ki jih zakon vključuje v obvezno zdravstveno zavarovanje in jim na tej podlagi nudi pravico do zdravljenja v domači državi, imajo tudi pravico do čezmejnega zdravljenja. Dvostranski sporazumi med tujimi državami in Republiko Slovenijo ter pravni viri EU omogočajo, da pod določenimi pogoji, poleg zdravljenja v domači državi uporabimo tudi eno izmed poti, ki nam ponuja to možnost opraviti v tujini. Včasih se zavarovanci načrtno odločijo za dano možnost zaradi želje, da bi se zdravili v tujini ali objektivnih okoliščin v domačem okolju, ki druge možnosti praktično ne dajejo. Na žalost pa do tega pride tudi naključno, zaradi nepredvidljivih okoliščin, ki zavarovance prisilijo, da nujno potrebno zdravniško pomoč poiščejo v tuji državi. Zakonodaja omogoča, da so tako nastali stroški zdravljenja, pod določenimi pogoji, kriti iz domače zdravstvene blagajne. Podrobnosti čezmejnega zdravljenja so predstavljena v nadaljevanju.

3.1 Pravica do nenačrtovanega zdravljenja na podlagi dvostranskih sporazumov

Zavarovanec lahko na podlagi dvostranskih sporazumov, ki zavezujejo Slovenijo, zunaj države stalnega prebivališča, prejme določeno zdravstveno oskrbo in kritje stroškov, ki pri tem nastanejo.

Slovenija ima sklenjene dvostranske sporazume s področja socialnega in zdravstvenega zavarovanja z državami, ki niso članice EU. Za področje zdravstvenega varstva so pomembni sporazumi sklenjeni z Avstralijo¹⁵, Bosno in Hercegovino¹⁶, Srbijo¹⁷, Severno Makedonijo¹⁸ in Črno Goro¹⁹.²⁰ Za uveljavljanje zdravstvenih storitev na območju teh držav veljajo pravila, vsebovana v sporazumih ter slovenska zakonodaja. Sporazumi se med seboj razlikujejo, saj so prilagojeni sistemu zdravstvenega varstva držav pogodbenic.²¹

Osebe, upravičene do zdravstvenega varstva v drugi državi pogodbenici so tiste, ki so vključene v zdravstveno zavarovanje v domači državi. Vsem sporazumom je skupno načelo enakega

¹⁵ Ur.l.RS, št. 16/11.

¹⁶ Ur.l.RS, št. 37/08, 23/11.

¹⁷ Ur.l.RS, št. 30/10.

¹⁸ Ur.l.RS, št. 35/00, 10/00.

¹⁹ Ur.l.RS, št. 9/11.

²⁰ Poleg teh je Slovenija sklenila sporazume ali konvencije o socialni varnosti oziroma socialnem zavarovanju tudi z Argentinsko republiko, Kanado, Quebecom, Južno Korejo in Združenimi državami Amerike. Vendar vsebina teh sporazumov ni vezana na zdravstveno, temveč pokojninsko in invalidsko zavarovanje. Pred vstopom v EU je Slovenijo zavezoval tudi sporazum sklenjen s Hrvaško, ki pa od včlanitve slednje ni več v veljavi, saj slovenske zavarovance tudi na turistično zelo obiskani Hrvaški štiti evropsko pravo.

²¹ Strban, G.: Razmerje med pravico do zdravljenja v tujini in pravico do zdravljenja v domači državi, Medicina in pravo: sodobne dileme III, 2014, str. 95.

obravnavanja, ki pravi, da so zavarovane osebe upravičene do zdravstvenih storitev ves čas, ko začasno ali stalno prebivajo na ozemlju druge pogodbenice, v enakem obsegu in pod enakimi pogoji kot zavarovane osebe države bivanja.²² Ker domači zavarovanci v tuji državi prejmejo zdravstvene storitve pod pogoji, ki jih določa njena zakonodaja, to pomeni, da niso nujno deležni enake oskrbe in da so lahko v boljši ali slabši situaciji, kot če bi bili zdravljeni v domači državi.

Zavarovanec, ki je zdravstveno zavarovan pri pristojnem nosilcu ene pogodbenice, ima pravico do nujnih zdravstvenih storitev med začasnim bivanjem v drugi pogodbenici. To so vse tiste zdravstvene storitve, ki jih ni mogoče odložiti, ne da bi bilo ogroženo življenje ali zdravje zavarovane osebe.²³ Ob uveljavljanju zdravstvenih storitev v času začasnega bivanja v vseh državah pogodbenicah mora prejemnik storitev predložiti vsaj evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja (EKZZ), na podlagi katere mu pripadajo zdravstvene storitve.²⁴

Sporazumi sklenjeni z vsemi državami razen Avstralijo omogočajo zdravstveno varstvo v primeru začasnega in stalnega prebivanja, medtem ko sporazum sklenjen z Avstralijo to omogoča samo za prvi primer.

Postopek plačila stroškov ne zadeva neposredno prejemnika storitev, ampak se plačilo izvede neposredno od nosilca zavarovanja v domači državi k nosilcu oziroma izvajalcu zdravstvenih storitev v tujo državo. Razen, ko zavarovana oseba uveljavlja zdravstvene storitve pri zasebnih izvajalcih, ki nimajo pogodbe s tujim nosilcem, mora stroške poravnati sama, kasneje pa lahko zahteva povračilo pri ZZS. V Avstraliji postopek povračila stroškov poteka nekoliko drugače. Tu so stroški bolnišničnega zdravljenja v javnih bolnišnicah, ob predložitvi ustreznih listin, za tuje zavarovance brezplačni. Ambulantno zdravljenje opravljajo zasebniki in je načeloma plačljivo, kar pomeni, da mora zdravstveno storitev plačati zavarovanec sam. Pred vrnitvijo v Slovenijo pa mora ob predložitvi ustreznih listin zahtevati povračilo stroškov v poslovalnici Medicare.²⁵

Potrebno je biti pozoren na zdravstvene storitve in prevoze, ki jih EKZZ ne krije.

²² Glej 2. člen sporazumov v opombah št. 25-28 in 3. člen sporazuma v opombi št. 24.

²³ https://zavarovanec.zzs.si/wps/portal/portali/azos/zav_tujina/pravice_tujina/ (14.7.2019).

²⁴ <https://www.zzs.si/tujina>; v Avstraliji in Makedoniji mora predložiti tudi listino z osebnimi podatki (14.7.2019).

²⁵ https://zavarovanec.zzs.si/wps/portal/portali/azos/zav_tujina/povracila_tujina!/ut/p/z1/LZBbC4JAEIV_0syuu6s9yhq5i5YgXpqXMAgRvPQQQf8-o6esLOdt4Dtz5hwgKIH66trU1aUZ-qod9z2pg8LYDw2ycMOYRmO1J5w0dzBwoZgFmABapPeE9dFIFUIXrjgi-0-PX8bHhf7vAM2ft0B1OxzHqqgV7OdyCWaaO0ENIYMNU6BD2F_2dFsnkfdE0A_f3CT2Kw5cg7bcOhOco6yLCtvqWmS-g7ggu2w/dz/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/ (14.7.2019)

3.2 Pravica do nenačrtovanega in načrtovanega zdravljenja po izključno nacionalni zakonodaji

Pravico do nenačrtovanega kot tudi načrtovanega čezmejnega zdravljenja v državah s katerimi Slovenija nima sklenjenih mednarodnih sporazumov in v katerih ne velja evropski pravni red, urejata ZZVZZ in POZZ. V tem primeru lahko zavarovanec pod določenimi pogoji prejme zdravstveno storitev že zgolj na podlagi nacionalne zakonodaje in zahteva povračilo nastalih stroškov.

3.2.1 Pravica do nenačrtovanega zdravljenja v tretjih državah

V skladu s POZZ so zavarovane osebe upravičene do zdravstvenih storitev, če v teh državah bivajo zaradi:

- začasnega dela v tujini, napotitve na delo ali strokovno izpopolnjevanje v tujino,
- službenega ali zasebnega potovanja v tujini,
- strokovnega izobraževanja ali študija v tujini.²⁶

Če se zavarovanci, vključeni v slovensko obvezno zavarovanje, nahajajo v tujini zaradi začasnega opravljanja dela, so upravičeni do zdravstvenih storitev v obsegu in standardu, ki ga zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje. Do zdravstvenih storitev so upravičeni tudi njihovi družinski člani, v kolikor bivajo z njimi. Tisti zavarovanci, ki se nahajajo v tujini zaradi potovanja ali izobraževanja imajo pravico le do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči.²⁷

Zakon in podzakonski akti ščitijo le zavarovance, ki v tujini delajo začasno. Tiste, osebe, ki se za stalno preselijo v tujino, nimajo nikakršnih pravic iz slovenskega obveznega zdravstvenega zavarovanja. V novi državi prebivanja si morajo urediti ustrezno zdravstveno zavarovanje na podlagi katerega bodo vključeni v zdravstveno varstvo.

Zavarovane osebe ob nastopu zdravstvenega primera izberejo izvajalca zdravstvenih storitev po lastni izbiri in stroške zdravljenja krijejo same v višini, ki jo zaračuna tuj izvajalec. Po vrnitvi v Slovenijo imajo pravico do povračila v višini ustreznega deleža povprečne cene ter storitev v Sloveniji.²⁸ V sodbi **Psp 135/2010** z dne 24.6.2010²⁹, je tožnica zahtevala povračilo celotnega

²⁶ Glej 127. člen POZZ.

²⁷ Glej 128. - 130. člen POZZ.

²⁸ Glej 133. člen POZZ.

²⁹[http://www.sodnapraksa.si/?q=135/2010&database\[VDSS\]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2010040815256038](http://www.sodnapraksa.si/?q=135/2010&database[VDSS]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2010040815256038) (14.7.2019)

zneska, ki ga je plačal pokojnik za dvakratno nujno operacijo v ZDA. V skladu s 133. in 135. členom³⁰ POZZ je bila zavarovana oseba upravičena do zdravljenja v tujini skladno s slovensko zakonodajo in splošnimi akti zavoda ter povračila stroškov v višini ustreznega deleža povprečne cene teh storitev v Sloveniji v skladu z zakonom in pravili in ne celotnega plačanega zneska. V takšnem znesku se povrnejo stroški, ki nastanejo zaradi nujne zdravstvene oskrbe v državi s katero Slovenija nima sklenjene mednarodne pogodbe in v njej ne velja pravni red EU.³¹

Opisane možnosti zdravljenja v tujini veljajo npr. v ZDA, Rusiji, Egiptu, Tuniziji, Turčiji in drugih. V teh državah uporaba EKZZ ni upoštevana. Slovenija ima z ZDA sklenjen dvostranski sporazum na področju socialne varnosti, vendar je tu potrebna previdnost, saj ta ne zajema vzajemnega zdravstvenega varstva kot sporazumi z ostalimi državami.³² Prav ZDA so znane po zelo dragi zdravstveni oskrbi, zato je v takim primerih zelo priporočljiva sklenitev turističnih komercialnih zdravstvenih zavarovanj.

3.2.2 Pravica do načrtovanega zdravljenja v tretjih državah po 44.a členu ZZVZZ

Pred novelo ZZVZZ je bila pravica do čezmejnega zdravljenja omenjena v 23. členu omenjenega zakona, ki določa, da pravica do čezmejnega zdravljenja spada med pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, za katero je zagotovljeno plačilo s strani nosilca zavarovanja v višini najmanj 90% vrednosti storitve. Podrobna ureditev je bila določena s podzakonskim aktom, torej v POZZ.³³ Kasneje je zakonodajalec z novelo je to pravico prenesel v zakonski akt in jo opredelil v členih od 44.a do 44.e ZZVZZ.

Prva možnost načrtovanega čezmejnega zdravljenja, ki jo določa 44.a člen ZZVZZ, predstavlja najširšo izbiro v smislu kraja zdravljenja, saj napotuje na zdravljenje v tujino, kar pomeni izbiro katerekoli države. Naslednji dve možnosti, ki sta posledici prava EU, sta v tem smislu ožji in sta predstavljeni v nadaljevanju.

³⁰ Zavarovana oseba, ki uveljavlja nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč v državi v kateri ne velja pravni red EU ali nujne zdravstvene storitve v državi, s katero Republika Slovenija nima sklenjene meddržavne pogodbe, ima pravico do povračila v višini ustreznega deleža povprečne cene teh storitev v Sloveniji v skladu z zakonom in pravili.

³¹ Specifika velja za zdravstvene storitve oploditve z biomedicinsko pomočjo z darovanimi celicami. Te storitve lahko zavarovanec uveljavlja kjerkoli v tujini in dobi povrnjene stroške v skladu s slovensko zakonodajo. V tem primeru se zavarovani osebi stroški zdravstvene storitve povrnejo v višini povprečne cene te storitve v Republiki Sloveniji, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški. Glej 136. člen POZZ.

³² Ur.l.RS, št. 42/17.

³³[http://www.sodnapraksa.si/?q=id:2012032113076761&database\[SOVS\]=SOVS&database\[IESP\]=IESP&database\[VDSS\]=VDSS&database\[UPRS\]=UPRS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&page=0&rowsPerPage=20&moreLikeThis=1&id=doc_2012032113076761](http://www.sodnapraksa.si/?q=id:2012032113076761&database[SOVS]=SOVS&database[IESP]=IESP&database[VDSS]=VDSS&database[UPRS]=UPRS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&page=0&rowsPerPage=20&moreLikeThis=1&id=doc_2012032113076761) (26.12.2019)

Zavarovana oseba ima po 44.a členu pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini oziroma do povračila stroškov teh storitev, če so izčrpane možnosti zdravljenja, ob tem pa je utemeljeno pričakovati ozdravitev ali izboljšanje ali preprečitev nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja. Katere so tiste situacije, ki standard izčrpanih možnosti definirajo, bom predstavila v poglavju o sodni praksi. Vsekakor gre za pojem, ki ni točno določen in ga polnijo tudi odločitve socialnega sodišča. Težko je v naprej predvideti točen rezultat čezmejnega zdravljenja, saj gre pri tem za obligacijo prizadevanja in ne gotovost.³⁴ Če se želi zavarovana oseba zdraviti v tujini, mora na ZZZS vložiti vlogo za odobritev zdravljenja, ki mora vsebovati tudi podatke o tem kje in kakšno zdravstveno storitev želi prejeti.³⁵ Vlogi je potrebno predložiti tudi vso ustrezno dokumentacijo o dosedanjem zdravljenju.³⁶ Ker se pravica uresničuje zaradi izčrpanih možnosti zdravljenja v domači državi in utemeljenih pričakovanj, da bo čezmejna zdravstvena storitev pozitivno vplivala na zdravstveno stanje zavarovanca, uradna oseba ZZZS pridobi pisno mnenje konzilija zdravnikov ustrezne klinike oziroma inštituta o zdravstvenem stanju zavarovanca, podatke v zvezi z zdravljenjem ter najpomembnejše ali so v Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja in ali je v tujini utemeljeno pričakovati ozdravitev ali izboljšanje ali preprečitev slabšanja zdravstvenega stanja. Na podlagi vse prejete dokumentacije uradna oseba ZZZS odloči, ali je podana vloga utemeljena.³⁷ Pravico lahko zavarovanec uveljavlja na podlagi ustrezne listine, ki mu jo izda uradna oseba ZZZS. Zavarovanec ima v primeru tovrstnega zdravljenja pravico do povračila stroškov v višini dejanskih stroškov, ki so mu nastali v zvezi z zdravljenjem. Stroške zdravljenja mora prvotno plačati sam. Zakon izbire izvajalca ne omejuje le na tiste, ki delujejo v javni zdravstveni mreži, kar pomeni, da lahko zavarovanec izbira tudi med zasebniki.

Iz novejšje sodne prakse Sodišča Evropske unije (SEU) izhaja, da ima zavarovanec pravico do zdravljenja v drugi državi članici tudi če je v pristojni državi primanjkujejo zdravila in najnujnejša medicinska oprema in zaradi tega ni mogoče pravočasno zagotoviti ustreznega bolnišničnega zdravljenja.³⁸ Pri tem je pomembno upoštevati časovno obdobje pomanjkanja ter

³⁴ Savšek B.: Kdaj so izčrpane možnosti zdravljenja v Republiki Sloveniji?, Pravna praksa, leto 38, št. 1/2,2019, str. 13.

³⁵ Rataj, P.: Odobritev čezmejnega zdravstvenega varstva (Odobritev zdravstvenega varstva v tujini), Delavci in delodajalci, letn. 15, št. 1, 2015, str. 71.

³⁶ Glej 228.a člen POZZ.

³⁷ <http://www.nkt-z.si/wps/portal/nktz/home/abroad/planned/> (14.7.2019).

³⁸ C-268/13 *Elena Petru proti Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Sibiu in Casa Națională de Asigurări de Sănătate*, EU:C:2014:2271.

pripomočkov.³⁹ Ustrezen specialist in sposobnost tehnične izvedbe v pristojni državi ne zadostujejo, da se predhodna odobritev v takem primeru ne bi izdala.⁴⁰

3.3 Pravica do zdravljenja v državah članicah EU, EGP in Švici na podlagi Uredbe (ES) št. 883/2004

Zaradi vključevanja novega, vedno večjega števila držav članic v EU, ki je pripeljalo do težavnosti koordiniranja heterogenih sistemov socialne varnosti in odločb SEU, ki so korenito spreminjale sistem koordinacije, ki ga je predvideval takratni pravni red, sta v letu 2010 stopili v veljavo nova Uredba (ES) št. 883/2004⁴¹ o koordinaciji sistemov socialne varnosti ter njena izvedbena Uredba (ES) št. 987/2009^{42,43}. Uporabljata se v državah članicah EU⁴⁴, državah Evropskega gospodarskega prostora (EGP)⁴⁵ in Švici.

Z namenom skupne socialne varnosti, ki zajema tudi zdravstveno varstvo, zagotavljanjem prostega gibanja oseb, so bili upoštevajoč 48. člen Pogodbe o delovanju Evropske unije (PDEU)⁴⁶, z Uredbo določeni pravni okviri, ki urejajo to pravno področje za vse države članice enako. EU spodbuja sodelovanje držav članic na področju zdravstvenega varstva, kar dokazuje s sprejemanjem pravnih virov, ki so bistveno pripomogli k lažjemu uresničevanju ciljev predlaganih ukrepov, ki bi jih same težko dosegle.⁴⁷ Države članice imajo pravico avtonomno urediti zdravstveno politiko, pri tem pa morajo upoštevati enako obravnavo znotraj posamičnega sistema za vse osebe na katere se Uredba nanaša.⁴⁸ Zavezuje v celoti, kar pomeni, da je neposredno uporabljiva v vseh državah članicah. Na njeni podlagi lahko zavarovana oseba

³⁹ Vsekakor je to mogoče v kolikor je pomanjkanje trenutno in začasno, v kolikor pa gre za dolgotrajno pomanjkanje, bi to utegnilo vplivati na finančno stabilnost zdravstvenega sistema zaradi množičnih odhajanj v tujino.

⁴⁰ Pogorelnik, N.: Na plačano zdravljenje v tujino, tudi če je v domači državi članici medicinska oprema pomanjkljiva, Pravna praksa, leto 33, št. 40-41, 2014, str. 31-32.

⁴¹ Uredba (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti, UL L 166, 30.4.2004.

⁴² Uredba (ES) št. 988/2009 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 16. septembra 2009, UL L 284, 30.10.2009.

⁴³ Udovič, B.: Ekonomska varnost posameznika kot prvi pogoj uspešnosti mednarodnega poslovanja? : Primer Uredbe št. 883/2004, Teorija in Praksa, str. 537-539.

⁴⁴ Avstrija, Belgija, Bolgarija, Ciper, Češka, Danska, Estonija, Finska, Francija, Grčija, Hrvaška, Irska, Italija, Latvija, Litva, Luksemburg, Madžarska, Malta, Nemčija, Nizozemska, Poljska, Portugalska, Romunija, Slovaška, Slovenija, Španija, Švedska, Združeno Kraljestvo.

⁴⁵ Lihtenštajn, Islandija, Norveška.

⁴⁶ Pogodba o delovanju Evropske unije UL C-202, z dne 7.6.2016.

⁴⁷ Godina, E.: Direktiva Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva, Delavci in delodajalci, letn. 9, št 2-3, 2009, str.299-300.

⁴⁸ Glej 5. točko preambule Uredbe (ES) št. 883/2004.

uveljavi pravice iz domačega obveznega zdravstvenega zavarovanja v drugi državi in zahteva povračilo nastalih stroškov.⁴⁹

Uredba se uporablja za vso zakonodajo v zvezi z taksativno določenimi področji socialne varnosti. Zajema tudi področje dajatev za bolezen, kamor lahko umestimo pravico do čezmejnega zdravljenja.

Uredba ureja tri situacije, kdaj lahko posameznik uveljavlja pravico do čezmejnega zdravljenja.

3.3.1 Pravno varstvo pravice do zdravljenja obmejnih delavcev

Zavarovanci, ki prispevke plačujejo v eni državi članici in stalno prebivajo v drugi državi članici, imajo enake pravice zdravstvene oskrbe kot zavarovanci te države članice (obmejni delavci). Pravice lahko koristijo skladno z zakonodajo države v kateri plačujejo prispevke, saj bo ta naknadno stroške opravljene storitve povrnila državi stalnega prebivališča. Taka ureditev je namenjena osebam, ki so zaposlene in plačujejo prispevke za zdravstveno zavarovanje v državi članici, ki ni država stalnega prebivališča.⁵⁰ Obmejni delavec bo v državi stalnega prebivališča lahko prejel vsako zdravstveno storitev, pod enakimi pogoji kot ostali zavarovanci domače države, brez predhodne odobritve ter s povračilom celotnih stroškov, ki nastanejo v zvezi z zdravljenjem, s strani države, v kateri je zaposlen in plačuje prispevke za socialno varnost. Pravico zdravstvene oskrbe mora določati zakonodaja države v kateri zavarovanec opravlja ekonomsko aktivnost.⁵¹ Pravica do zdravljenja v tujini je v tem primeru najširša, saj ni pogojena s potrebnimi ali nujnimi storitvami, ambulantnim ali bolnišničnim zdravljenjem. Konkretno pomeni, da se zavarovanec, ki ima stalno prebivališče v Sloveniji in dela npr. v Avstriji, lahko zdravi v Sloveniji ali Avstriji. Možnost je prepuščena njegovi izbiri.

3.3.2 Pravica do nenačrtovanega zdravljenja

Zavarovanci, ki začasno prebivajo v drugi državi članici imajo pravico do potrebne zdravstvene oskrbe v skladu z njeno zakonodajo in pod enakimi pogoji kot rezidenti te države članice. Pravica je pogojena z nastopom dogodka, ki zahteva potrebno zdravljenje.⁵² Omejena je z ZZVZZ⁵³ in POZZ⁵⁴, ki se sklicujeta na pravo EU.

⁴⁹ Strban, G.: Predvidene novosti v obveznem zdravstvenem zavarovanju, Delavci in delodajalci, letn. 17, št. 4, 2017, str. 464

⁵⁰ Glej 17. člen Uredbe (ES) št. 883/2004.

⁵¹ Strban, G.: Pravica do zdravljenja v drugi državi članici EU, Pravna praksa, leto 28, št. 11, 2009, str. 55.

⁵² Strban, G.: Globalizacija in prost pretok zdravstvenih storitev, Pravni vidiki slovenske samobitnosti leto po vstopu v EU, 2006, str. 177

⁵³ Glej 23. člen ZZVZZ.

⁵⁴ Glej 127.-136. člen in 219.-228. člen Pravil.

Nenačrtovano zdravljenje pomeni, da je do potrebe po zdravstveni storitvi prišlo spontano, nenadoma. Tu postopek predhodne odobritve odpade, saj bi ta izničila namen takšne pravice, ki zahteva takojšnje ukrepanje glede na nujno stanje, ki ne daje možnosti čakanja na avtorizacijo pristojnega organa.

V primerih nenačrtovanega zdravljenja je potrebno ob nastanku zdravstvenega primera predložiti EKZZ. Je brezplačna, pridobimo jo z oddanim naročilom preko spleta ali na izpostavah ZZS. Uporablja se v državah članicah EU, EGP in Švici ter državah s katerimi ima Slovenija sklenjene dvostranske sporazume. Pravilnik o evropski kartici zdravstvenega zavarovanja (PEKZZ)⁵⁵ v 4. členu določa, da je EKZZ javna listina, s katero zavarovana oseba uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč naravo storitev in pričakovano dolžino začasnega bivanja in sicer neposredno pri zdravnikih in zdravstvenih ustanovah, ki so del javne zdravstvene mreže. Odvisno od pravne ureditve države začasnega prebivališča, so lahko nekatere zdravstvene storitve v celoti brezplačne, določene pa plačljive. Storitve, ki so v Sloveniji brezplačne so lahko v drugi državi v večji meri plačljive. Pokriva nenačrtovane primere v katerih pride do poslabšanja stanja po odhodu v tujino, pri tem pa ne omogoča kritja enakega obsega zdravstvenih storitev kot domače zdravstvo. EKZZ ne pokriva stroškov prevoza v Slovenijo, stroškov prevoza iz smučišča zaradi poškodbe, izključeni so tudi stroški poroda v kolikor je bil ta načrtovan v tujini.⁵⁶ Do kritja storitev z uporabo EKZZ so upravičene osebe, ki so v Sloveniji vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje. V skladu z Izvedbeno uredbo ima zavarovana oseba pravico do zdravstvenih storitev pod enakimi pogoji, kot veljajo za osebe, zavarovane v skladu z zakonodajo države članice začasnega prebivališča.⁵⁷

Če je zavarovana oseba neposredno krila stroške zdravstvene storitve, lahko poda zahtevo za povračilo stroškov nosilcu v kraju začasnega bivališča, ta pa ji povrne stroške v skladu z njegovo zakonodajo. Če zakonodaja države zdravljenja ne zahteva predplačila od zavarovane osebe, nosilec zdravstvenega zavarovanja povrne stroške zdravljenja neposredno nosilcu v kraju zdravljenja. Ti se povrnejo v višini, kot bi jih povrnili tuj nosilec zavarovanja.⁵⁸ Povračilo ne sme presegati stroškov, ki so zavarovani osebi dejansko nastali.⁵⁹ V kolikor so v državi zdravljenja za določeno zdravstveno storitev potrebna doplačila, ta v okviru nenačrtovanega zdravljenja niso povrnjena s strani pristojnega nosilca.

⁵⁵ Ur.l.RS, št. 56/04, 6/08.

⁵⁶ <https://www.cakalnedobe.si/nasvet/evropska-zdravstvena-izkaznica/> (14.7.2019)

⁵⁷ Glej 2. odstavek 25. A člena Uredbe (ES) št. 987/2009.

⁵⁸ Glej 4. in 5. odstavek 25. B člena Uredbe (ES) št. 987/2009.

⁵⁹ Možnost obogatitve v tem primeru odpade. Glej 8. odstavek 25. B člena Uredbe (ES) št. 987/2009.

Ker je povračilo stroškov v primeru uporabe EKZZ omejeno, je priporočljivo sklepanje zdravstvenih zavarovanj za tujino. Gre za sklepanje zasebnih zavarovalnih pogodb, med zavarovanci in zavarovalnicami, ki nudijo celotno kritje stroškov (do določene vsote, ki je praviloma visoka) nastalih v tujini zaradi novonastale bolezni ali poškodbe. Posameznik se proti plačilu zavaruje že pred odhodom v tujino, zavarovalnica pa nase prevzame riziko, da bo ob nastanku zdravstvenega primera krila stroške zdravstvene oskrbe. Takšna zavarovanja za razliko od EKZZ vključujejo tudi prevozne storitve vezane na bolezen ali poškodbo, so pa nenaklonjene kroničnim boleznim.⁶⁰

3.3.2.1 Potrebno zdravljenje v smislu nenačrtovanega čezmejnega zdravljenja

Vse zavarovane osebe so upravičene prejeti takšne storitve, ki postanejo med njihovim začasnim bivanjem na ozemlju druge države članice potrebne iz medicinskih razlogov, ob upoštevanju narave storitev in predvidenega trajanja začasnega bivanja. Pravica do zdravljenja v tujini je bila razširjena na potrebno zdravljenje, ki presega nujno zdravljenje.⁶¹ Kaj to je v konkretnem primeru, določijo medicinski strokovnjaki.

Ker sistemi koordinacije vseh situacij ne predvidevajo in posledično ne urejajo, se je v zvezi z nenačrtovanim zdravljenjem v tujini razvila bogata sodna praksa. SEU je odločilo, da se povrnitve stroškov zdravljenja v drugič državi članici EU ne sme pogojevati z zdravljenjem, ki ga je zahtevala bolezen, ki se je pojavila nenadno med začasnim bivanjem, ampak je potrebno upoštevati okoliščine, ki narekujejo nujnost zaradi poslabšanje zdravstvenega stanja osebe med njenim začasnim bivanjem. To, da je oseba že pred potovanjem bolehal za kronično boleznijo ter zaradi slučajnega poslabšanja zdravja prejela zdravstvene storitve v državi, ki ni država njenega stalnega prebivališča, še ne pomeni načrtovanega zdravljenja v tujini.⁶² Vezano na zdravljenje v času začasnega bivanja v tujini, je vredno opozoriti še na en sodni epilog, v katerem je SEU napotitev osebe iz države začasnega bivanja, na zdravljenje v bolnišnico tretje države (konkretno v Švico) štelo pod primer nujnega zdravljenja. Pristojni nosilec države stalnega prebivališča je v zvezi s povračilom stroškov vezan glede utemeljene diagnoze

⁶⁰ Kronične bolezni krije EKZZ, ob vnaprejšnjem dogovoru. Glej povezavo <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=857&langId=sl&intPageId=1304>

⁶¹ Strban, G.: Uveljavitev nove Uredbe o koordinaciji sistemov socialne varnosti v EU, Pravna praksa, leto 29, št.1, 2010, str. 28. Nujna medicinska pomoč je glede na 103. člen POZZ tista, ki vključuje storitve oživljanja, storitve potrebne za ohranjanje življenjskih funkcij, za preprečitev hudega poslabšanja zdravstvenega stanja nenadno obolelih, poškodovanih in kronično bolnih. Storitve se zagotavljajo do stabilizacije življenjskih funkcij oziroma do začetka zdravljenja na ustreznem mestu. Nujni reševalni prevozi so v slovenski zakonodaji vključeni v storitve nujne medicinske pomoči.

⁶² C-326/00 *Idryma Koinonikon Asfaliseon proti Vasileiosom Ioannidisom*, EU:C:2003:101.

zdravnikov v kraju začasnega prebivališča, vključno z odločitvijo poslati zavarovanca na urgentno operacijo za ohranitev življenja v zdravstveno ustanovo v državo nečlanico. Pristojni nosilec ne sme zahtevati, da se zavarovanec vrne na zdravstveni pregled v pristojno državo članico. Tako odločitev je potrebno razlagati ozko, zgolj za izjemne primere. V tem primeru je bila odločitev za napotitev na zdravljenje bistvenega pomena za ustrezno zdravljenje, ki se je izkazalo za uspešno.⁶³ Napoteno zdravljenje v tretjo državo je Sodišče EU v tej sodbi izenačilo z nujnim zdravljenjem.⁶⁴ Med razloge za neplačilo stroškov zdravljenja prav tako ne spada dejstvo dolgotrajnosti zdravljenja, zaradi katerega oseba v državi začasnega prebivališča biva več let. To da se zavarovanec ne vrne v državo stalnega prebivališča, ker mu zdravstveno stanje tega ne dopušča in prejema večletno zdravstveno oskrbo v drugi državi članici ne daje pristojnemu nosilcu možnosti, da se odpove kritju stroškov zdravstvene oskrbe z obrazložitvijo, da se zaradi časovno dolgega zdravljenja osebe v drugi državi članici šteje, da ima tam stalno prebivališče in zaradi tega dolžnost plačevanja stroškov pade na to državo.⁶⁵

3.3.3 Pravica do načrtovanega zdravljenja

Zavarovanci ene države članice imajo pravico do načrtovanega zdravljenja tako, da potujejo v drugo prav z namenom prejeti določeno zdravstveno storitev, vendar pod pogojem predhodne odobritve nacionalnega organa.⁶⁶ To pomeni, da mora zavarovana oseba podati določen zahtevek na pristojnega nosilca, da v zadevi odloči. Odobritev je potrebna za vse vrste zdravljenja, ki so določene v košarici pravic države članice stalnega prebivališča.⁶⁷ Če je zdravljenje, ki je predmet zahteve priznано s strani zakonodajalca države, kjer oseba stalno prebiva in ji ga ob upoštevanju njenega trenutnega zdravstvenega stanja in verjetnega razvoja bolezni ni možno nuditi v časovnem obdobju, ki je medicinsko utemeljeno, mora pristojni organ zavarovancu odobriti pravico do čezmejnega zdravljenja.⁶⁸ V kolikor eden izmed teh pogojev ni izpolnjen se predhodna odobritev lahko zavrne.⁶⁹ Kakšno je to časovno obdobje, razrešuje stroka samostojno, pri tem je vezana na upoštevanje veljavnega pravnega reda, kar preprečuje

⁶³ C-145/03 *Dediči od Annette Keller proti Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) in Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Ingesa)*, EU:C:2005:211.

⁶⁴ Tabaković, Arnuš, J.: Povračilni zahtevek stroškov zdravljenja nujne medicinske pomoči v državi članici EU, *Pravna praksa*, leto 32, št. 1, 2013, str. 14.

⁶⁵ C-225/13-I *I proti Health Service Executive*, EU:C:2014:1291.

⁶⁶ Glej 20. člen Uredbe (ES) št. 883/2004.

⁶⁷ V tem smislu je iskalec zdravstvenih storitev zavarovana oseba in ne potrošnik na trgu zdravstvenih storitev, kot v primeru Direktive.

⁶⁸ Glej 2. odstavek 20. člena Uredbe (ES) št. 883/2004.

⁶⁹ Glej 26. člen Uredbe 987/2009.

arbitrnost. To pa nima popolnega vpliva na končno odločitev odobritve, saj je presoja utemeljena tudi s pravnega vidika, s strani končnih odločevalcev.⁷⁰

Pred SEU so se pojavila nejasna vprašanja v zvezi s povračilom stroškov načrtovanega zdravljenja. Med drugimi tudi predhodno vprašanje ali je dovoljena ureditev, ki ne glede na primer izključuje kritje stroškov bolnišničnega zdravljenja v drugi državi članici, za katero ni bila pridobljena predhodna odobritev ter ali se lahko zavrne povrnitev stroškov zdravljenja, ki ni navedeno med priznanimi storitvami v domači državi. SEU je odločilo, da je mogoče zahtevati naknadno povračilo stroškov, kljub pomanjkanju predhodne odobritve, v kolikor je bilo zdravljenje utemeljeno. Tudi to, da metode izvedenega zdravljenja ni na seznamu zdravstvenih storitev, ustreza pa vrstam zdravljenja, ki so navedene na tem seznamu, zadostuje, da je oseba upravičena do kritja stroškov zdravstvene oskrbe. Stroški se povrnejo v znesku, ki je skladen z zakonodajo nosilca iz države članice, na ozemlju katere je bilo bolnišnično zdravljenje izvedeno. Odločilnega pomena za povračilo stroškov je ugotovitev, da zdravljenje ne predstavlja porušena uravnotežene ter vsem dostopne bolnišnične oskrbe ter spremembo obsega in ravni zdravljenja na nacionalnem ozemlju. V postopku predhodnega odločanja je sodišče podalo tudi odgovor na vprašanje kaj storiti v primeru, ko je pristojni nosilec zavrnil odobritev zdravljenja, kasneje pa je bilo ugotovljeno, da je bila zavrnitev neutemeljena. V takem primeru ima zavarovanec pravico, da se mu na stroške pristojnega nosilca povrne vse stroške zdravljenja, priznane v zakonodaji države začasnega prebivanja, kot da bi bila odobritev dana že na začetku.⁷¹

Na podlagi predhodne odobritve je posameznik upravičen prejeti zdravstvene storitve v naravi, v drugi državi članici EU, izdajatelj odobritve pa je dolžan povrniti vse stroške teh storitev v skladu s pravili države, v kateri so bile opravljene (upoštevajoč tudi višino stroškov).⁷² Zavarovanec nosilcu v državi zdravljenja predloži dokument, ki upravičuje načrtovano zdravljenje, izdano s strani pristojnega nosilca. Izvedbena uredba določa, da mora zavarovanec, ki nima stalnega prebivališča v pristojni državi, odobritev naprej zahtevati od nosilca v kraju stalnega prebivališča, ki jo mora brez odlašanja posredovati pristojnemu nosilcu. Nosilec v kraju stalnega prebivališča potrdi pristojnemu nosilcu, da so izpolnjeni pogoji iz osnovne Uredbe. V takem primeru mora pristojni nosilec izdati dovoljenje, razen če lahko enako

⁷⁰ Godina, E.: Direktiva EU o zdravstvenih storitvah, Pravna praksa, leto 27, št. 19, 2008, str. 17.

⁷¹ Strban, G. in drugi: Access to a healthcare in cross-border situations, Analytical Report 2016, Report prepared for the European Commission, FreSso, 2017, str. 52-53.

⁷² Strban, G.: Pravica do zdravljenja v drugi državi članici EU, Pravna praksa, leto 28, št. 11, 2009, str. 55. Glej tudi 35. člen Uredbe (ES) št. 883/2004.

zdravljenje zagotovi v pristojni državi članici. V kolikor odgovora ne poda v zakonsko določenem roku, se šteje, da je bilo dovoljenje z njegove strani izdano.⁷³ Zavarovanec ima pravico do takšnega zdravljenja, ki spada med storitve, določene v zakonodaji domače države, v drugi državi članici pa te storitve prejme v skladu z zakonodajo nosilca v kraju začasnega prebivališča, enako kot, da bi bil sam vključen v zdravstveno zavarovanje te države.⁷⁴

Stroški načrtovanega zdravljenja se povrnejo v celoti upoštevajoč zakonodajo države, kjer je bila načrtovana zdravstvena storitev opravljena. Dejanske stroške, ki so nastali zaradi zdravljenja povrne prisojni nosilec. Izvedbena uredba ureja omejeno verzijo Vanbraeklovega dodatka⁷⁵, ki zavarovani osebi nudi možnost zahtevati povračilo nastalih stroškov zdravljenja največ do višine dejanskih stroškov, v kolikor razlika med domačimi in tujimi tarifami to omogoča.⁷⁶ Izvedbena uredba določa tudi povračilo stranskih stroškov, ki ne pomenijo neposredne zdravstvene storitve, ampak so neločljivo povezani s samim zdravljenjem. Zavarovanec ima pravico zahtevati od pristojnega nosilca povračilo potnih stroškov in stroškov bivanja zase ter za osebo katere spremstvo je potrebno, v kolikor nacionalna zakonodaja to dovoljuje.⁷⁷

Pravica do načrtovanega čezmejnega zdravljenja pa ni neomejena. Sodna praksa je razvila določene omejitve zaradi katerih se lahko zoža pravica do načrtovanega bolnišničnega zdravljenja v tujini. Države lahko v zvezi z takšnim zdravljenjem uvedejo sistem prehodne odobritve, vendar ta ne sme biti arbitraren na način, da bi ljudem preprečil prejemanje zdravstvenih storitev v tujini. Temeljiti mora na objektivnih in nediskriminatornih, v naprej znanih merilih, ki omejujejo diskrecijo oblasti. Postopek pridobitve te pravice mora biti za zavarovanca enostaven, obrazložen odgovor pa je potrebno podati v razumnem roku.⁷⁸

⁷³ Glej 26.A člen Uredbe (ES) št. 987/2009.

⁷⁴ Glej 2. odstavek 20. člena Uredbe (ES) št. 883/2004.

⁷⁵ Z njim je sodna praksa odločila, da morajo biti posamezniku stroški zdravljenja povrnjeni v skladu z vrednostjo, ki velja v državi zavarovanja, če je to za njega ugodnejše od povračila v višini stroškov v državi izvedbe. Utemeljitev take odločitve temelji na tem, da bi nasprotno nepovračilo razlike stroškov, posameznike odvrčalo od odločitve za zdravljenje v tujini. Tako razmišljanje se je v kasnejši sodni praksi spremenilo.

⁷⁶ Strban, G. in drugi: Access to a healthcare in cross-border situations, Analytical Report 2016, Report prepared for the European Commission, FreSso, 2017, str. 47. Glej tudi 7. odstavek 26.B člena Uredbe (ES) št. 987/2009. Primer: ko stroški nastali v državi zdravljenja znašajo 5, doplačilo še 5, je skupni strošek 10. V primeru nenačrtovanega zdravljenja, mora zavarovana oseba sama pokriti doplačilo, torej 5. V pristojni državi bi stroški, kriti s strani nosilca, primeroma znašali 10. V primeru načrtovanega zdravljenja nosilec povrne tudi doplačilo. V prikazanem primeru je razlika med tarifami taka, da omogoča tudi kritje doplačila, na zavarovanca pa nima učinka obogatitve, saj se mu povrnejo le dejanski stroški, kateri bi bili plačani v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja, če bi zdravljenje potekalo v domači državi.

⁷⁷ Glej 8. odstavek 24.C člena Uredbe (ES) št. 987/2009. Glej tudi 39. - 44. člen ZZVZZ.

⁷⁸ Erbežnik, A.: Pravica do zdravljenja v tujini – ureditev EU in praksa Sodišča ES, Pravna praksa, leto 27, št. 12, 2008, str. 80. Glej tudi C-157/99 *B.S.M. Geraets-Smits proti Stichting Ziekenfonds VGZ in H.T.M. Peerbooms proti Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen*, EU:C:2001:404.

V kolikor se država odloči za sistem predhodne odobritve, je potrebno možnost omejitev razlagati ozko. Pristojni nosilec mora vedno izdati dovoljenje, razen v primerih, ko je oviro mogoče objektivno utemeljiti. To lahko stori, ko:

- je zavrnitev bistvena za javno zdravje ali celo preživetje prebivalstva,
- se s tem omogoči vzdrževanje uravnotežene zdravniške in bolnišnične storitve, dostopne vsem in s tem visoko raven zdravstvene zaščite,
- bi bilo v nasprotnem primeru ogroženo finančno ravnovesje sistema socialne varnosti.

Kljub možnim omejitvam pa se zahteve za zdravljenje v drugi državi ne sme zavrniti, če čakalna doba presega možnost zdravljenja v običajnem obdobju.⁷⁹

Osebam je v splošnem potrebno postopek zdravljenja v tujini kar se da olajšati in približati, zato je v nasprotju s pravom EU pogojevati pridobitev odobritve z zapletenim postopkom, ki bi zahteval soglasje treh različnih naslovnikov in tako odvrnil osebo od iskanja zdravstvenega varstva v tujini.⁸⁰

3.3.4 Pravica do načrtovanega zdravljenja v skladu z 44.b členom ZZVZZ

Zavarovanec ima v skladu z 44.b členom pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v drugi državi članici EU, EGO in Švici oziroma do povračila teh storitev, če čakalna doba za storitev presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, v Sloveniji pa ni drugega izvajalca, ki bi opravil storitev v okviru najdaljše dopustne čakalne dobe ali če je določena čakalna doba v okviru dopustne, vendar ta presega razumen čas. Če se zavarovanec odloči uveljavljati pravico do čezmejnega zdravljenja na podlagi tega člena mora predložiti že omenjeno vlogo za predhodno avtorizacijo s prilogami. Med njimi morajo biti tudi dokumenti, ki dokazujejo, da je zavarovanec vpisan v čakalni seznam ter določajo datum in izvajalca tega zdravljenja.⁸¹ V tem primeru je pravica vezana na najdaljše dopustne čakalne dobe, zato mora uradna oseba ZZSS najprej ugotoviti ali obstaja v Sloveniji izvajalec, vključen v javno mrežo zdravstvenega zavarovanja, ki bi lahko opravil zdravstveno storitev v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob. V kolikor tega ni mogoče zagotoviti, mora biti zavarovancu dana predhodna odobritev. Če pa tak izvajalec obstaja in čakalna doba ni presežena, mora uradna oseba ZZSS najprej pridobiti

⁷⁹ Cigrovski, J.: Bolnišnično zdravljenje v tujini, Pravna praksa, leto 25, št. 19/20, 2006, str. 25. Glej tudi C-372/04 *Yvonne Watts v Bedford Primary Care Trust and Secretary of State for Health*, EU:C:2006:325.

⁸⁰ Skubic, Z.: Stroški zunajbolnišničnega zdravljenja v drugi državi članici – dopustne omejitve povračila po pravu EU, Pravna praksa, leto 30, št. 2, 2011, str. 25. Glej tudi C-255/09 Evropska komisija proti Portugalski, EU:C:2011:695.

⁸¹ Najdaljše dopustne čakalne dobe določa Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov in dopustnih čakalnih dobah.

podatek o tem ali je presežen razumen čas. Za pisno mnenje zaprosi kliniko ali inštitut, ki pove ali je glede umeščenosti konkretne osebe na čakalni seznam, prekoračen tudi razumen čas. Po pridobitvi mnenja uradna oseba ZZS izda pozitivno ali negativno odločbo avtorizacije. Pred odobritvijo mora uradna oseba pridobiti ustrezne odgovore na strokovna vprašanja, ki so predvidene tudi za prejšnji primer pridobivanja dovoljenja. Stroški se povrnejo v skladu z Uredbo.

3.4 Pravica do zdravljenja v državah članicah EU na podlagi Direktive 2011/24/EU

Pravico do čezmejnega zdravljenja je v veliki meri zasnovala sodna praksa. Že leta 1984 je SEU v zadevi *Luisi in Carbone proti Ministero dello Tesoro*⁸² potrdilo, da prost pretok storitev velja tako za opravljanje kot tudi za njihovo prejemanje. S kasnejšima sodbama *Kohll*⁸³ in *Decker*⁸⁴ pa je obseg dejavnosti za katere velja prost pretok storitev razširilo, saj je v ta krog vključilo tudi zdravstvene storitve. Te zajemajo tako stvarne (nakup medicinskih pripomočkov), kot tudi storitvene (plačilo za opravljeno zdravstveno storitev) dajatve⁸⁵. Omenjene odločitve omogočajo, da zavarovana oseba vstopa na tuj trg kot potrošnik, ki kupuje zdravstvene storitve.⁸⁶ Poseben pomen na tem področju so prevzele določbe PDEU o prostem pretoku blaga in storitev na notranjem trgu. Sodišče je dalo jasno vedeti, da gre za dva vzporedna sistema delovanja, sekundarno zakonodajo, ki kljub neposredni uporabnosti Uredb, prepušča avtonomno urejanje sistema zdravstvenega zavarovanja državam članicam ter temeljni aktom EU, ki to avtonomnost državam v določenem delu odvzema in daje prednost 56. členu PDEU.⁸⁷ Obširna sodna praksa, ki je odgovorila na marsikatero nejasno vprašanje glede zdravstvenega varstva, je zahtevala napredno obravnavo vprašanja pravne varnosti na področju čezmejnega zdravstvenega varstva. Države so se zaradi odsotnosti napisanih pravil, odmikale od zahteve po prostem pretoku zdravstvenih storitev in blaga, ki naj ga omejujejo le najnujnejši dejavniki. Uredbe niso uspele rešiti odgovorov na vprašanja v zvezi z izvajanjem zdravstvenih storitev, med drugim svobodo prostega opravljanja in prejemanja teh storitev, povračilom stroškov, možnostjo predhodne odobritve za prejemanje zdravstvenih storitev in omejitvami, ločevanjem med ambulantnim in bolnišničnim zdravljenjem itd., ki so se kot predhodna vprašanja vrstila

⁸² C-286/82 in 26/83 *Luisi in Carbone proti Ministero del Tesoro*, EU:C:1984:35.

⁸³ C-158/96 *Kohll proti Union des Caisses de maladie*, EU:C:1998:171. Sodišče je odločilo, da upoštevajoč 56. člen PDEU obstaja načeloma prost pretok zdravstvenih storitev, ki je lahko omejen z izrecno določenimi izjemami.

⁸⁴ C-120/95 *Decker proti Caisse de maladie des employes privés*, EU:C:1998:167.

⁸⁵ Strban, G.: Razmerje med pravico do zdravljenja v tujini in pravico do zdravljenja v domači državi, *Medicina in pravo: sodobne dileme III*, 2014, str. 99.

⁸⁶ Strban, G.: Predvidene novosti v obveznem zdravstvenem zavarovanju, *Delavci in delodajalci*, letn. 17, št. 4, 2017, str. 465

⁸⁷ Erbežnik, A.: Odobritev zdravljenja v drugi državi članici EU, *Pravna praksa*, leto 26, št. 35, 2007, str. 17.

na SEU. Kljub učinku erga omnes, sodna praksa ne predstavlja tako visoke pravne varnosti med posamezniki kot pozitivna zakonodaja. Zato je kasnejše sprejetje Direktive 2011/24 dobrodošlo.⁸⁸

Rdečo nit Direktive vodita 114. in 168. člen PDEU, saj vzpostavljata kompromis med enotnim trgom zdravstvenih storitev - pravicami oseb, da poiščejo čezmejno zdravstveno oskrbo ter ohranjanjem pristojnosti držav, da organizirajo izvajanje zdravstvene oskrbe na način, ki bo omogočil čim višjo raven varovanja zdravja ljudi. Želja po vzpostavitvi pravne varnosti in sodelovanju držav članic na tem področju je pripeljala do sprejetja Direktive, ki si prizadeva, da bi na podlagi svoji določil spodbudila mobilnost ter lažji dostop do kakovostni zdravstvenih storitev izven meja domače države.⁸⁹ Dejstvo, da so pravice zapisane, posamezniku prinaša večjo pravno varnost, ta pa vodi posameznika k pogumnemu pristopu do odločitve, da bo zdravstveno oskrbo poiskal v tujini. Direktiva državam narekuje izpolnitev določenih ciljev tako, da same izberejo način s katerim bodo te cilje uresničile.⁹⁰

3.4.1 Pravica do načrtovanega zdravljenja

Direktiva je namenjena urejanju primerov, ko se oseba odpravi v tujino z namenom zdravljenja že nastalih zdravstvenih težav. Velja splošno pravilo, da se zavarovana oseba lahko odloči za čezmejno zdravstvenega varstvo v eni izmed držav članic EU, v kolikor je takšno zdravljenje del zdravstvenih pravic v državi zavarovanja ter je oseba do njega upravičena.⁹¹ Pomembna pravica, ki jo ima pacient na voljo je možnost izbire kateregakoli izvajalca zdravstvenih storitev v drugi državi članici. Lahko izbira med javnimi in zasebnimi izvajalci zdravstvenih storitev. Pacient lahko prejme v drugi državi članici vse storitve do katerih je upravičen v domači državi, z izjemo storitev na področju dolgotrajne oskrbe, dodelitve in dostopa organov za namene presaditve organov ter javnih programov cepljenja proti nalezljivim boleznim.⁹²

Direktiva splošno pravilo prostega pretoka storitev omejuje upoštevajoč sodno prakso SEU⁹³. Ta omejitev mora biti potrebna in sorazmerna z danim ciljem in ne sme predstavljati neutemeljene ovire za prejemanje čezmejnih storitev. Eden izmed dovoljenih načinov

⁸⁸ Knez, R.: O pravici do čezmejnih zdravstvenih storitev po Direktivi 2011/24/EU, *Medicina in pravo: sodobne dileme III*, 2014, str. 82

⁸⁹ Glej 10. točko preambule Direktive 2011/24/EU.

⁹⁰ Strban, G.: Predvidene novosti v obveznem zdravstvenem zavarovanju, *Delavci in delodajalci*, letn. 17, št. 4, 2017, str. 465

⁹¹ Godina, E.: Predlog Direktive o uveljavljanju pravic pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva, *Pravna praksa*, leto 27, št. 29-30, 2009, str. 20.

⁹² Glej 3. odstavek 1. člena Direktive 2011/24/EU. Uredba te omejitve ne pozna.

⁹³ C-512/08, *Evropska komisija proti Republiki Franciji*, EU:C:2010:579.

omejevanja prostega pretoka storitev, ki ga določa Direktiva, je zahteva po predhodni avtorizaciji.⁹⁴ Predhodna odobritev se lahko zahteva le pod pogoji, da gre za:

- predmet potreb za načrtovanje v zvezi z namenom zagotavljanja zadostnega dostopa do uravnoteženega obsega visokokakovostnega zdravljenja v zadevni državi članici ali z namenom obvladovanja stroškov in, kolikor je mogoče, preprečevanja odvečne porabe finančnih, tehničnih in človeških virov pri tem pa mora biti kumulativno izpolnjen pogoj prenočitve zadevnega pacienta v bolnišnici vsaj eno noč ali uporaba visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme,
- oblike zdravljenja, ki pomenijo posebno tveganje za pacienta ali prebivalce ali
- storitev, ki jo opravi izvajalec zdravstvenega varstva, ki bi lahko v posamičnih primerih pomenil resne in konkretne pomisleke glede kakovosti in varnosti oskrbe, z izjemo zdravstvenega varstva, za katerega velja zakonodaja EU, ki zagotavlja minimalno raven varnosti in kakovosti po vsej EU.⁹⁵

Tudi iz prakse SEU izhaja, da je predhodna odobritev dopuščena le pod določenimi pogoji in le za primere bolnišničnega zdravljenja, saj v kolikor se oseba odloči za nebolnišnično zdravstveno oskrbo, ji ni potrebno pridobiti predhodne avtorizacije.⁹⁶ Opredelitve bolnišničnih storitev Direktiva ne določa.⁹⁷ Določitev kriterijev za razmejitev bolnišničnih storitev od nebolnišničnih, je prepuščena državam članicam.⁹⁸ Menim, da je določilo glede predhodne odobritve mogoče razumeti tako, da se predhodna odobritev lahko zahteva tako za bolnišnične kot tudi ambulantne storitve, če se posebna in draga medicinska infrastruktura ali oprema uporablja tudi izven bolnišnic.⁹⁹

Pristojni organ torej lahko zahteva avtorizacijo v primerih, ko bi domače zdravstvo pokrivalo preveč čezmejnih zdravstvenih primerov, to pa bi onemogočalo zadosten dostop do zdravstvenih storitev domačim zavarovancem ali zaradi finančne nevzdržnosti, ki bi lahko bila posledica množičnega odhajanja domačih zavarovancev na zdravljenje v tujino. Menim, da sta

⁹⁴ Država se sama odloči ali bo v določenih primerih zahtevala predhodno avtorizacijo. Med države, ki predhodne avtorizacije ne zahtevajo sodijo Češka, Estonija, Finska, Litva, Nizozemska, Norveška in Švedska.

⁹⁵ Glej 2. odstavek 8. člena Direktive 2011/24/EU.

⁹⁶ C-385/99 *V.G. Müller-Fauré proti Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA in E.E.M. van Riet proti Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen*, EU:C:2003:270.

⁹⁷ Hojnik, J.: Prave evropskih bolnikov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva v EU: na poti k enotnemu zdravstvenemu območju, Zdravstveni vestnik, letn. 81, 2012, str. 908

⁹⁸ V praksi bolnišnične storitve štejejo med tiste, kjer je potrebna vsaj ena prenočitev. Strban, G. in drugi: Access to a healthcare in cross-border situations, Analytical Report 2016, Report prepared for the European Commission, FreSso, 2017, str. 56-57

⁹⁹ To bi bilo mogoče, ko oseba poišče zdravstveno pomoč v zasebni ambulanti, kjer ji nudijo zdravstveno storitev s takšno opremo.

ta razloga upravičena, saj je potrebno v prvi vrsti zagotoviti ustrezen dostop do zdravstvenih storitev domačim zavarovancem, vsaj v sklopu javnega zdravstva. Zasebniki imajo tu popolnoma proste roke izbire. Prav tako je potrebno upoštevati, da se lahko zelo hitro začnejo iztekati večje vsote denarja v tujino, če bi se veliko ljudi posluževalo te pravice. V kolikor so doma zadostne kapacitete za zdravstveno oskrbo je taka ureditev upravičena, če pa domače zdravstvo zataji pri razumi hitrosti zagotavljanja določene storitve, je smiselna odločitev posameznika, da si pomoč poišče v tujini.

Če obstaja možnost, da se v določenih izjemnih situacijah zahteva avtorizacija, je potrebno podati tudi odgovor, kdaj se zdravljenje odobri in kdaj zavrne. Zavrnitev je potrebno razlagati ozko in jo uporabiti samo v točno določenih primerih, ko je mogoče z zadostno gotovostjo trditi:

- da je pacient izpostavljen varnostnemu tveganju, ki za njegovo varnost ni sprejemljivo,
- da bi bila širša javnost izpostavljena takemu tveganju,
- da obstajajo resni in konkretni pomisleki zoper strokovnost izvajalca zdravstvenih storitev,
- da se lahko brez škode za pacientovo zdravstveno stanje v roku, ki je medicinsko utemeljen, zdravljenje opravi na ozemlju domače države (nujen pogoj).¹⁰⁰

Ne glede na našete možnosti, kdaj je mogoče zavrniti predhodno odobritev, pa je to absolutno prepovedano, če zdravstvenega varstva ni mogoče zagotoviti v roku, ki je utemeljen z medicinskega vidika, na ozemlju države članice zavarovanja, upoštevajoč objektivno medicinsko oceno pacientovega zdravstvenega stanja, popisa in verjetnega razvoja pacientove bolezni, njegove stopnje bolečine in/ali narave njegove invalidnosti v času, ko je bil vložen zahtevek za odobritev in njeno obnovitev.¹⁰¹ Razlogi zavrnitve morajo biti vedno utemeljeni. Poraja se vprašanje, kako oceniti strokovnost izvajalca zdravstvenih storitev in kakšne okoliščine podajajo dvom v njegovo delo.¹⁰² Vsekakor morajo biti ti pomisleki resni in dokazljivi. To določilo ne sme biti način, s katerim bi države arbitrarno omejevale pravico čezmejnega zdravljenja. Pacienti morajo biti seznanjeni za katere zdravstvene storitve se zahteva predhodna odobritev.¹⁰³

¹⁰⁰ Glej 6. odstavek 8. člena Direktive 2011/24/EU in 4. odstavek 44.c člena ZZVZZ. Upoštevajoč ZZVZZ se lahko zavrne, če je storitev mogoče uveljaviti v Sloveniji v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob in da v tem času tudi ni presežen razumen čas.

¹⁰¹ Glej 5. odstavek 8. člena Direktive 2011/24/EU.

¹⁰² Batagelj K., Herghout A.: Direktiva o čezmejnem zdravstvenem varstvu: pomisleki glede kakovosti zdravljenja v drugi državi članici, Pravna Praksa, leto 34, št. 36/37, 2015, str. 12.

¹⁰³ Glej 7. odstavek 8. člena Direktive 2011/24/EU.

3.4.2 Pravica do načrtovanega zdravljenja v skladu z 44.c členom ZZVZZ

Posledica implementacije Direktive je 44.c člen ZZVZZ, ki daje zavarovancu pravico zahtevati povračilo stroškov zdravstvenih storitev, katere spadajo med pravice iz obveznega zavarovanja v Sloveniji, če jih uveljavi v drugi članici EU. Zavarovana oseba, ki želi prejeti zdravstvene storitve v tujini mora izvajalcu predložiti predhodno izdano napotnico, predhodno predpisan recept ali naročilnico, predhodno izdane odločbe za zdraviliško zdravljenje ali predhodno izdano odločbo ZZS o predhodni odobritvi čezmejnega zdravljenja, odvisno od tega kaj potrebuje in kaj zahteva slovenska zakonodaja.¹⁰⁴ Stroški zdravljenja v drugi državi članici se lahko povrnejo le v kolikor je za to obstajala listina (napotnica, recept), ki je potrebna za uveljavljanje takšne storitve v domači državi.¹⁰⁵ To je potrdilo VDSS v zadevi **Psp 408/16**, iz katere izhaja, da tožnik, ki je prejel zoboprotetične storitve na Hrvaški, ni bil upravičen do povračila stroškov zdravljenja, saj ni bil vpisan v čakalni seznam v Sloveniji in mu zato ni bila izdana napotnica.¹⁰⁶ Slovenski pravni red pravico čezmejnega zdravljenja omejuje v skladu z danimi možnostmi. Tako mora zavarovana oseba v primeru bolnišničnih zdravstvenih storitev, ki vključujejo prenočitev zavarovane osebe ali če so pri zdravljenju uporabljene zdravstvene storitve, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme, pridobiti ustrezno avtorizacijo pristojne osebe ZZS, ki je temelj za kasnejše povračilo nastalih stroškov.¹⁰⁷ Kaj spada med visoko specializirano in drago medicinsko infrastrukturo ali medicinsko opremo je določeno v Odredbi o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna avtorizacija¹⁰⁸. Odobritev je torej dana vedno, razen v zakonskih primerih, ki določajo njeno zavrnitev. V primeru, da je potrebna predhodna odobritev, se presoja ali je mogoče opraviti storitev v domači državi v razumnem času. V tem primeru mora zavarovanec na območno enoto ZZS predložiti vlogo z isto vsebino kot v prejšnjem primeru.

Skladno s 44.c členom, zavarovana oseba ni upravičena do zakonsko določenih zdravstvenih storitev npr. zelo zahtevnih zdravstvenih storitev, kot je presaditev organov človeškega telesa, saj so to finančno zelo obremenjujoča zdravljenja, na drugi strani pa zavarovanci niso

¹⁰⁴ Glej 44.c člen in 135.c člen ZZVZZ. Lahko potrebuje zdravljenje, zdravilo, medicinski pripomoček ali zdraviliško zdravljenje. Za specialistična zdravljenja slovenski pravni red zahteva izdano napotnico družinskega zdravnika. Enaki pogoji veljajo v kolikor se želi zavarovanec zdraviti pri specialistu v tujini.

¹⁰⁵ Direktiva ne posega v avtonomijo držav članic, postopke vezane na zdravljenje določi država sama.

¹⁰⁶ http://www.sodnapraksa.si/?q=id:2015081111407077&database%5bSOVS%5d=SOVS&database%5bIESP%5d=IESP&%20database%5bVDSS%5d=VDSS&database%5bUPRS%5d=UPRS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&page=0&id=2015081111407077 (14.7.2019)

¹⁰⁷ Glej 2. odstavek 44.c člena ZZVZZ

¹⁰⁸ Ur. l. RS, št. 6/14.

upravičeni tudi do prejema storitev iz osnovne zdravstvene dejavnosti, ki načeloma ne predstavlja visokih stroškov.¹⁰⁹ Glede na medijska poročanja predstavlja v Sloveniji prav osnovna raven velike težave, saj je tu pomanjkanje izvajalcev precejšnje.¹¹⁰ Z možnostjo iskanja rešitev v tujini, bi se doma sprostile vrste in s tem zmanjšala preobremenjenost zdravnikov. To bi pomenilo večjo učinkovitost zdravnika, ki bi lahko več svojega časa namenil pacientu in ga tako natančneje obravnaval. Zakon je poleg tega določil še dodatno varovalko, ko bi se lahko v določenih primerih omejilo tako odhode domačih kot tudi prihode tujih pacientov na zdravljenje ter povračilo stroškov za domače paciente, in sicer zaradi grožnje finančni vzdržnosti domačega zdravstvenega sistema ter morebitnih omejevanj dostopa do zdravstvenih storitev domačim pacientom.¹¹¹

Stroške, ki nastanejo zaradi načrtovanega čezmejnega zdravljenja, krije država članica zdravstvenega zavarovanja. Ti se izplačajo v višini povprečne cene, ki bi jo država zavarovanja plačala, če bi bila zdravstvena storitev opravljena na njenem ozemlju vendar največ do višine dejanskih stroškov. Lahko pa se država odloči, da bo v celoti povrnila stroške čezmejnega zdravljenja. Tudi če so stroški zdravstvene storitve nižji od stroškov, ki so za takšno storitev predvideni v domači državi, je oseba upravičena le do povrnitve dejansko nastalih stroškov. Nasprotno temu pa bo oseba v primeru, ko je cena zdravstvene storitve v tujini višja od cene v domači državi, finančno breme nosila sama. Prav tako upoštevajoč sodno prakso SEU¹¹² Direktiva daje državi zavarovanja možnost, da povrne potne in druge povezane stroške, vendar od nje tega ne zahteva.¹¹³

Pri določanju cen zdravstvenih storitev so čezmejni izvajalci vezani na nacionalno zakonodajo in načelo prepovedi diskriminacije, saj morajo pacientu iz druge države članice zaračunati enake cene kot jih zaračunajo domačim pacientom s primerljivim zdravstvenim stanjem.¹¹⁴

3.4.3 Pravica do nenačrtovanega zdravljenja?

Direktiva ne razmejuje med načrtovanim in nenačrtovanim zdravljenjem, zato se v praksi lahko uporabi za oba primera. Za zdravstveno oskrbo, ki ni vključena v okvir EKZZ, spada pa v košarico domačih storitev, bi lahko oseba po vrnitvi v domačo državo zahtevala povrnitev

¹⁰⁹ Glej 3. odstavek 44.c člena ZZZVZZ

¹¹⁰ <https://www.rtvslo.si/zdravje/novice/druzinskih-zdravnikov-primanjkuje-ali-je-resitev-uvoz/483670>

¹¹¹ Hojnik, J.: Čezmejno zdravljenje v EU: Ravnotežje med interesi pacientov in držav članic, Medicina in pravo: sodobne dileme III, 2014, str. 180.

¹¹² C-466/04 *Manuel Acerea Herrera v Servicio Cántabro de Salud*, EU:C:2006:405. V tej zadevi se je sodišče oddaljilo od pravila, da bi se v primeru čezmejnega zdravljenja zavarovancu povrnilo tudi povezane stroške.

¹¹³ Glej 4. odstavek 7. člena Direktive 2011/24/EU.

¹¹⁴ Glej 4. odstavek 4. člena Direktive 2011/24/EU.

stroškov z utemeljitvijo, da se je za takšno zdravljenje odločila na podlagi pravic, ki ji jih daje Direktiva. Enako velja v kolikor bi se odločila za zdravljenje pri zasebniku. Ne glede na to pa Direktive ne bi bilo mogoče uporabiti v kolikor gre za storitve, ki zahtevajo predhodno avtorizacijo ali npr. predhodno izdano napotnico.¹¹⁵ Čeprav Evropska komisija pritruje uporabi Direktive za nenačrtovano zdravljenje, pa iz 11. točke preambule Direktive izhaja, da velja za primere, ko zavarovanec išče zdravstveno oskrbo v drugi državi članici z namenom prejeti zdravstveno storitev.¹¹⁶

3.4.4 Nacionalna kontaktna točka

V skladu z zahtevami Direktive, ZZS opravlja naloge Nacionalne kontaktne točke, ki zagotavlja pacientom vse informacije, ki jih potrebujejo v zvezi zdravljenjem v tujini.¹¹⁷ Zelo pomembni informaciji, ki ju pacient lahko pridobi, sta obseg povračila stroškov zdravljenja, kar je glede na prej omenjene razlike lahko bistveno pri samem odločanju, ter informacijo o samih pravicah in postopku uveljavljanja teh pravic.¹¹⁸ V kolikor ne bi bilo nudeno ustrezno procesno jamstvo, bi bila v praksi pravica neučinkovita.

3.4.5 Prednosti in slabosti Direktive v primerjavi z Uredbo

Skladno z 2. členom Direktive, se ta uporablja brez poseganja v Uredbo, njuna veljava je vzporedna, brez prednostnega vrstnega reda. V kolikor se zahteva predhodna odobritev, je v primeru izpolnjenih pogojev potrebno uporabiti ugodnejša določila Uredbe, razen če pacient temu nasprotuje. Uporaba Uredbe odpade v kolikor zdravljenje opravi zasebnik, ki ni vključen v mrežo javne zdravstvene službe.¹¹⁹ Glavni namen Direktive je z zahtevo predhodne avtorizacije še vedno precej omejen, saj je posameznik v večini primerov vezan na predhodno odobritev. Menim, da je glavna prednost Direktive, možnost izbire izvajalca. Nasprotno pa Uredba, vezana na možnost načrtnega zdravljenja le s predhodno avtorizacijo, ki pokriva samo javne izvajalce, omogoča neposredno plačilo domačega nosilca tujemu izvajalcu na stroške domačega zdravstvenega zavarovanja in se uporablja tudi za tista zdravljenja, ki jih Direktiva ne zajema.¹²⁰ Pristojna država članica krije stroške v višini cene storitve, ki velja v državi, kjer

¹¹⁵ Strban, G. in drugi: Access to a healthcare in cross-border situations, Analytical Report 2016, Report prepared for the European Commission, FreSsco, 2017, str.49.

¹¹⁶ Strban, G.: Razmerje med pravico do zdravljenja v tujini in pravico do zdravljenja v domači državi, Medicina in pravo: sodobne dileme III, 2014, str. 101.

¹¹⁷ Glej 1. odstavek 77.b člena ZZVZZ

¹¹⁸ Glej 2. odstavek 77.b člena ZZVZZ

¹¹⁹ Strban, G. in drugi: Access to a healthcare in cross-border situations, Analytical Report 2016, Report prepared for the European Commission, FreSsco, 2017, str.59-60.

¹²⁰ Prav tam, str.35.

je zavarovanec prejel zdravstveno storitev.¹²¹ V primeru načrtovanega zdravljenja pa pod določenimi pogoji krije tudi doplačila. V skladu z Direktivo pacient zdravljenje plača sam, ostane mu regresni zahtevek proti domačemu nosilcu. Ker se stroški povrnejo po povprečnih cenah zdravstvenih storitev v domači državi, vendar ne več kot znašajo dejanski stroški, lahko določeno finančno breme ostane na plečih posameznika tudi po vračilu, v kolikor je bila opravljena čezmejna storitev dražja od cene enake storitve v domači državi. Direktiva razširja pravico čezmejnega zdravljenja in širi pravice zavarovancev, ob tem pa od držav članic ne zahteva kritja celotnih stroškov zdravstvenih storitev. V Sloveniji se plačila za zdravstvene storitve izvajajo neposredno od nosilca zdravstvenega zavarovanja, tako zavarovanci neposredno ob dogodku nimajo nikakršnih stroškov, razen morebitnih doplačil.¹²² V primeru načrtovanega čezmejnega zdravljenja po Direktivi je strošek zdravstvene storitve najprej na plečih posameznika, šele kasneje se v celoti ali deloma povrne posamezniku.¹²³ Tak način plačevanja zdravstvenih storitev postavlja v slabši položaj tiste osebe, ki si težko privoščijo »zalaganje« večjih zneskov. Za razliko Uredba zavezuje širši krog držav kot Direktiva, kar pomeni, da je v primeru uporabe slednje, izbira v kateri državi se bo zavarovanec zdravil nekoliko ožja, saj lahko izbira le med državami članicami EU. Iz 44.c člena ZZVZZ izhajajo, da slovenska zakonodaja ne daje stroškovno ugodnejših rešitev od tistih, ponujenih v Direktivi.

3.5 Postopanje pristojnega organa v postopku odobritve pravice do čezmejnega zdravljenja in povračilu stroškov

Za učinkovito izvajanje pravice mora biti zagotovljen ustrezen postopek po katerem se lahko oseba ravna, da ji je ta pravica priznana ter z njo doseže rezultat, ki ga zasleduje. Ker gre za zdravstvene pravice, ki se uveljavljajo v upravnem postopku se v tem delu uporabljajo določila ZZVZZ, POZZ in ZUP. Gre za pravico o kateri odloča upravni organ.¹²⁴ V upravnem postopku na prvi stopnji odloča uradna oseba območne enote ZZZS, na drugi stopnji pa Direkcija ZZZS.

Niti v ZZVZZ niti v POZZ ni določen rok, ki bi določal kdaj mora pristojni organ odločiti, torej izdati ali zavrniti predhodno dovoljenje, prav tako ni nobenega roka, ki bi določal čas v katerem mora organ prejemniku čezmejnih zdravstvenih storitev povrniti stroške zdravljenja. Subsidiarno se uporabi ZUP, ki določa, da mora biti upravna odločba vročena v enem ali dveh

¹²¹ Strošek ga prvotno bremeni le v primerih nenačrtovanega zdravljenja, ko ne predloži EKZZ, če so potrebna razna doplačila, če pravni red deluje na povračilu stroškov zdravstvenih storitev.

¹²² V kolikor zavarovanci plačujejo mesečno premijo za dopolnilno zdravstveno zavarovanje, krije strošek doplačil zavarovalnica neposredno.

¹²³ Popovič, B.: Ali bodo slovenski izvajalci zdravstvenih storitev enakopravno obravnavani z izvajalci drugih držav?, Medicina in pravo: sodobne dileme III, 2014, str. 246.

¹²⁴ Glej 1. člen ZUP.

mescih, odvisno od vrste postopka.¹²⁵ Čeprav je v praksi izdana v nekaj dneh¹²⁶, je tak rok precej neprimeren, saj zavarovanec zaradi svojega zdravstvenega stanja velikokrat ne more čakati toliko časa na odgovor. ZZVZZ določa precej bolj smiseln osem dnevni rok, v primerih ko mora odločbo izdati imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija.¹²⁷ Manjka pa tudi določilo, ki bi urejalo rok za uveljavljanje povračila stroškov zdravljenja. Za ta namen je potrebno uporabiti splošni zastaralni rok iz Obligacijskega zakonika (OZ)¹²⁸, ki določa trajanje petih let.¹²⁹ To pomeni, da ima stranka možnost zahtevati povrnitev stroškov še pet let po končanem zdravljenju. Določilo iz OZ je za stranko v postopku precej bolj prijazno kot iz ZUP, zato v sodni praksi zasledimo tudi odhode na čezmejno zdravljenje brez predhodne odobritve, ko je potreba po določeni zdravstveni storitvi nujna, oseba pa zaradi narave zdravstvenega stanja ni pripravljena čakati na odločitev organa. Dobro rešitev ponuja zakonodaja nekaterih že omenjenih držav članic, ki v zvezi z Direktivo predhodne odobritve ne zahtevajo, v zvezi z Uredbo pa pridobitev naknadne avtorizacije omogočajo v Belgiji, Finski, Slovaški in Združenem Kraljestvu.¹³⁰ V vseh primerih čezmejnega zdravljenja se uradna oseba ZZS lahko obrne na imenovanega zdravnika, člana zdravstvene komisije, drugega zdravnika zavoda ali pridobi mnenje konzilija ustreznega izvajalca na terciarni ravni, v kolikor bi njihovo strokovno pomoč potrebovala zaradi pomanjkanja strokovnega znanja pri odločanju v postopku.¹³¹ Tu se pojavi dilema vprašanja nepristranskosti pri pridobivanju mnenja, saj je lahko član konzilija že obravnaval stranko v javni ali zasebni ambulanti.¹³²

Ko se stroški zdravljenja povrnejo na podlagi domačih cen, mora ZZS plačati znesek, ki ga pokriva obvezno zdravstveno zavarovanje, preostali del plačila pa mora zavarovana oseba zahtevati neposredno od zavarovalnice, v koliko ima sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje ali ga pokriti sama.¹³³

V vsakem postopku, kjer se odloča o pravicah stranke je nujno potrebno vzpostaviti možnost pravnega varstva. Če stranka meni, da ji je bila v postopku pridobitve predhodne odobritve za

¹²⁵ Glej 222. člen ZUP.

¹²⁶ Strban, G. in drugi: Access to a healthcare in cross-border situations, Analytical Report 2016, Report prepared for the European Commission, FreSsco, 2017, str.55.

¹²⁷ Glej 4. odstavek 81. člena ZZVZZ.

¹²⁸ Ur. l. RS. št. 97/07.

¹²⁹ Glej 346. člen OZ.

¹³⁰ Strban, G. in drugi: Access to a healthcare in cross-border situations, Analytical Report 2016, Report prepared for the European Commission, FreSsco, 2017, str.53.

¹³¹ Glej 227. člen POZZ.

¹³² Savšek B.: Dileme odločanja o pravici do zdravljenja v tujini, Pravna praksa, leto 37, št. 49/50, 2018, str. 13.

¹³³ Rataj, P.: Odobritev čezmejnega zdravstvenega varstva (Odobritev zdravstvenega varstva v tujini), Delavci in delodajalci, letn. 15, št. 1, 2015, str. 68.

čezmejno zdravljenje ali kasneje v postopku povrnitve stroškov kršena določena pravica, ima možnost zahtevati sodno varstvo. Stvarno pristojnost odločanja v socialnih sporih na področju zdravstvenega zavarovanja, o pravicah do in iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ZDSS-1 podeljuje socialnemu sodišču.¹³⁴

4. Statistični podatki o čezmejnem zdravljenju

ZZZS letno v poslovnem poročilu poroča o prejetih vlogah in izdatkih ter prejemkih v zvezi z čezmejnem zdravljenjem. Podatki iz poročila za leto 2018¹³⁵ kažejo, da so bili nastali stroški, ki jih mora ZZZS povrniti tujim izvajalcem višji od tistih, ki jih ZZZS terja od tujih nosilcev zavarovanja zaradi zdravstvenih storitev, ki so jih domači izvajalci opravili pri tujih zavarovancih. Največ novonastalih obveznosti zaradi kritja nenačrtovanega zdravljenja izhaja do Bosne in Hercegovine, Hrvaške, Avstrije in Nemčije, s tem da je pri zadnjih dveh strošek v primerjavi z Bosno in Hercegovino prepolovljen. Za prvi dve omenjeni državi so največji del zdravstvenih stroškov predstavljali stroški slovenskih upokojencev in njihovih družinskih članov ter družinskih članov slovenskih aktivnih zavarovancev, ki stalno prebivajo v teh državah. To je pričakovano, saj veliko ljudi iz teh dveh držav delo opravlja ali je opravljal v Sloveniji. Glede na zadnja štiri pretekla leta število računov narašča (kljub manjšemu padcu glede na leto 2017) kar pomeni, da se število prejetih čezmejnih storitev veča. Nasprotno se je število vlog vezanih na prehodno odobritev zdravljenja za vse možne oblike, ki jih ureja ZZVZZ, v istem obdobju zmanjšalo. Glede na leto 2015 in 2016 in se je v naslednjih dveh letih številka precej zmanjšala. Zmanjšuje se tudi število vseh prejetih vlog za povračilo stroškov čezmejnega zdravljenja, ko predhodna odobritev ni potrebna, z izjemo leta 2016 ko je število malce naraslo. Največ vlog, ki jih prejme ZZZS je vezanih prav na povračilo tovrstnih stroškov. Zavarovanci se v največji meri odločajo za načrtovano čezmejno zdravljenje zaradi izčrpanih možnosti zdravljenja v Sloveniji, na drugem mestu je razlog predolgi čakalni dob, v zelo majhni meri pa se odločajo za postopek, ki ga daje na voljo 44.c člen ZZVZZ.

5. (Ne)upravičeno razlikovanje med prejemniki in izvajalci domačih in tujih zdravstvenih storitev

V slovenskem zdravstvenem sistemu opravljajo pravno regulirano zdravstveno dejavnost javni zdravstveni zavodi, zasebniki s koncesijo in zasebniki brez koncesije. Obvezno in dopolnilno

¹³⁴ 7. člen ZDSS.

¹³⁵ [http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/8ba7cb093e9155ebc12583c80038f7cd/\\$FILE/Poslovn%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%20za%20leto%202018_16.4.2019.pdf](http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/8ba7cb093e9155ebc12583c80038f7cd/$FILE/Poslovn%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%20za%20leto%202018_16.4.2019.pdf) (14.7.2019).

zdravstveno zavarovanje, krijeta stroške dela zdravstvenih storitev tistih izvajalcev, ki delujejo v javni mreži zdravstvene dejavnosti, torej svoje delo opravljajo v javnih zavodih (bolnišnicah in zdravstvenih domovih) in tistih zasebnih izvajalcev, ki imajo s strani države podeljeno koncesijo. Ti so za razliko od prvih podjetniki zasebniki, vendar se s pogodbo, ki jo sklenejo z nosilcem zdravstvenega sistema, zavežejo, da bodo nudili zdravstveno oskrbo osebam, ki so vključene vsaj v obvezno zdravstveno zavarovanje, nosilec pa jim bo plačal za opravljeno delo. Koncesijske pogodbe se sklepajo z namenom zagotoviti dovoljšne število izvajalcev zdravstvene dejavnosti in s tem v zadostnem obsegu omogočiti dostop do teh storitev.¹³⁶ Nekateri zasebni izvajalci pa koncesije ne pridobijo ali zanjo niti ne zaprosijo. V kolikor imajo izdano dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti, zdravstvene storitve opravljajo proti plačilu, ki bremeni neposredno prejemnika samega. To pomeni, da ni mogoče zahtevati plačila iz zdravstvene blagajne ali iz naslova dopolnilnega zavarovanja. Menim, da povpraševanje po zasebnih zdravstvenih storitvah narašča zaradi daljšega čakanja na opravljeno storitev pri javnih izvajalcih v domačem kraju in okolici, lastne želje po izbiri zdravnika in nezaupanja v kakovost opravljenih storitev javnih izvajalcev.¹³⁷ Še vedno pa je zasebno zdravljenje za marsikoga finančno težko dostopno, zato vztraja pri izvajalcih javne zdravstvene mreže.

Možnost izbire posamezniku o tem kje in pri kom se bo zdravil na stroške domačega zdravstvenega zavarovanja, daje Direktiva. Posameznik lahko izbira med tujimi javnimi in zasebnimi izvajalci zdravstvenih storitev. Strošek bo ne glede na izbiro povrnjen po domačih tarifah. To pomeni, da bo v nekaterih državah, kjer so stroški zdravstvenih storitev višji kot v domači državi, presežek dolžan plačati pacient sam. Tuj izvajalec zdravstvenih storitev je dolžan nuditi zdravljenje tujemu pacientu po enakih cenah kot domačemu, kar pomeni, da je pacient, ki vstopi v drugo državo članico EU z namenom prejeti zdravstveno storitev na isti način kot jo prejme oseba vključena v zdravstveno zavarovanje v tej državi, lahko obravnavan le kot domači pacient. Plačevanje prispevkov v drugi državi članici ne sme predstavljati nikakršne omejitve, ki bi dovoljevala drugačno obravnavo. Če gre tuj pacient po zdravstveno pomoč k tujemu izvajalcu, mu je ta dolžan zaračunati ceno, ki bi jo zaračunal domačemu pacientu, drugačna cena storitev se lahko pojavi v kolikor išče zdravstveno storitev izven okvirjev Direktive (kar ne pokriva 44.c člen ZZVZZ), npr. brez napatnice, ko se ta po slovenski

¹³⁶http://www.mz.gov.si/si/za_izvajalce_zdravstvenih_storitev/izvajanje_zdravstvene_dejavnosti/zasebniki_s_koncesijo/ (14.7.2019).

¹³⁷ https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/porocilo_enarocanje_1_7_2019.pdf (poročilo kaže, da na dan 1.7.2019 ni bila spoštovana najdaljša dopustna čakalna doba pri stopnji nujnosti »redno« le pri sedemnajstih zdravstvenih storitvah). Čeprav najdaljše dopustne čakalne dobe niso preseže, so pri marsikateri storitvi relativno dolge, glej <https://cakalnedobe.ezdrav.si/> (7.9.2019)

zakonodaji zahteva, z namenom, da bi prejel zasebno storitev pri kateri nimajo nikakršne vloge pravila, ki veljajo pri uveljavljanju zdravstvenih pravic v javnem zdravstvenem sistemu (npr. vpis na čakalni seznam).¹³⁸ Izbira za kakšno pot se bo odločil je prepuščena posamezniku. Možna odločitev za drugo pot bi bilo predolgo čakanje na izpolnitev pogojev, ki jih v določenih primerih zahteva domača zakonodaja ter prepričanje v dobro delovanje javnega zdravstva v drugi državi članici. Menim, da bi se posameznik, ki pozna svoje pravice čezmejnega zdravljenja odločil za vstop na tuj trg kot zavarovana oseba in ne zasebni pacient.

Težava na katero opozarjajo pacienti, je v slovenskem zdravstvenem sistemu, ki zavarovani osebi ne omogoča zdravljenja pri domačem zasebnem izvajalcu, na stroške domačega nosilca zdravstvenega zavarovanja (izjema so nujne storitve).¹³⁹ V kolikor bi se ta ista oseba odločila, da se po zdravstveno storitev odpravi k zasebniku v tujino, bi bila praviloma upravičena do povračila stroškov.¹⁴⁰ Tako imenovan pojav obrnjene diskriminacije, v slabši položaj postavlja paciente, ki zdravstveno storitev prejmejo pri domačem zasebniku, v še slabši pa skupino socialno šibkejših, saj se za zaradi nevezdržnosti finančnega rizika, za čezmejno zdravljenje še težje odločijo. Takšne okoliščine jih prisilijo, da na zdravstveno oskrbo čakajo doma, brez kakršnihkoli krajših čezmejnih poti. Tovrstna dilema se pojavlja tudi pri domačih zasebnih izvajalcih, ki bi lahko na stroške zdravstvene blagajne zdravili domače paciente, če bi svojo ordinacijo namesto v Sloveniji odprli za mejo. Ker zdravstvene storitve izvajajo doma, jih pač ne morejo. Takšna ureditev omogoča, da ZZZS za enako storitev posredno plača tujemu izvajalcu, domačega pa deprivilegira in mu to možnost odreče. V slabši položaj postavlja tudi zasebnike koncesionarje. Ti so plačani pavšalno glede na število pacientov in ne za vsako storitev, ki jo opravijo, kot je to dovoljeno za plačilo tujemu izvajalcu. Izjemo predstavljajo zdravstvene službe, ki delujejo na primarni ravni.¹⁴¹ Menim, da bi se, v kolikor takih razlik med domačimi in tujimi izvajalci ne bi bilo, marsikateri zasebnik, ki ima že prepolno število pacientov, odrekel možnosti izvajanja zdravstvene dejavnosti pod koncesijo in se odločil za povsem čisto obliko zasebnitva, saj bi bil njegov zaslužek ob polni zasedenosti višji. Seveda

¹³⁸ Knez, R.: O pravici do čezmejnih zdravstvenih storitev po Direktivi 2011/24/EU, Medicina in pravo: sodobne dileme III, 2014, str. 105.

¹³⁹ https://zavarovanec.zzzs.si/wps/portal/portali/azos/pravice_zdravstvenih_storitev/javna_zdr_sluzba/!ut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfljo8ziTQxdPd2N_Q08DbwMnA0cHcP8LfycvI0NTAz1C7IdFOHPkj7L/ (14.7.2019).

¹⁴⁰ Grumec, J: Vpliv evropske integracije na organiziranost (slovenskega) zdravstvenega sistema – dileme, Pravna praksa, leto 33, št. 44, 2014, str. 5. Glej tudi 158. člen POZZ.

¹⁴¹ Pri plačilu se upoštevajo tudi glavarinski količniki, ki se izračunajo na podlagi števila opredeljenih zavarovanih oseb ter ob upoštevanju njihove starosti. Na podlagi teh količnikov se izračuna glavarina, ki predstavlja del plačila za opravljeno storitev izvajalca. Glej <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Organizacija-zdravstvenega-varstva/Javna-mreza-primarne-zdravstvene-dejavnosti-v-Republiki-Sloveniji.pdf> (26.12.2019).

bi zakonodajalec moral v tem primeru najti ustrežno rešitev, kako nadomestiti zasebnike koncesionarje oziroma razmisliti ali bi lahko zdravstveni sistem spremenil do te mere, da bi obvezno zavarovanje krilo tudi stroške zdravljenja pri zasebnikih in ostalo dostopno tudi socialno šibkejšim. V sosednji Avstriji zdravnikom zasebnikom pripada možnost povračila stroškov zdravljenja, s strani javnega zdravstvenega sistema, vendar le 80% cene, ki velja za iste storitve v javnem zdravstvu.¹⁴² Takšna ureditev žal prinaša določene težave in sicer, da si doplačila lahko privoščijo le premožnejši, za socialno šibkejše pa ostane javno zdravstvo, ki pa v takem primeru lahko postane slabše, saj obstaja večja verjetnost, da se zdravnik odloči za izstop iz javnega zdravstva in postane zasebnik. Najverjetneje bi tudi v Sloveniji naleteli na takšne težave, v kolikor bi se odločili vključiti zasebnike v sistem javnega zdravstva, zato takšna rešitev ni najbolj primerna.

V zvezi z omenjenimi dilemami so se že ukvarjala domača sodišča. Čeprav so lahko pomisleki zoper takšno ureditev utemeljeni, je tovrstno razlikovanje med pacienti in izvajalci pravno skladno s pravom EU. Skupna značilnost Direktive in Uredbe je, da ne posegata v nacionalno zakonodajo, kar pomeni, da ju je mogoče uporabiti le v primerih s čezmejnimi elementom. V kolikor pacient išče storitve pri domačem zasebniku, takšnega elementa ni moč zaznati, kar pomeni, da se določbe Direktive ne morejo uporabiti. Ta državi daje prosto pot pri odločitvi ali bo povrnila stroške zdravstvenega varstva, ki ga izvajajo domači zasebni izvajalci, ki niso vključeni v sistem javnega zdravstva.¹⁴³

Uredba in Direktiva urejata različne dejanske stane in se posledično uporabljata za različne situacije. Takšen pravni režim spominja na mednarodno zasebno pravo, ki s kolizijskimi normami določa, katero pravo naj se uporabi in ne pomeni diskriminacije. Enako je v primeru čezmejnega zdravljenja, ko se v primeru zdravljenja pri tujem zasebniku lahko uporabi Direktiva, odpade pa uporaba Uredbe.¹⁴⁴

V nadaljevanju bom predstavila kako (ne)dopustnost obrnjene diskriminacije razlagajo domača sodišča.

¹⁴² Strban, G. in drugi: Access to a healthcare in cross-border situations, Analytical Report 2016, Report prepared for the European Commission, FreSsco, 2017, str. 73

¹⁴³ Glej 4. odstavek 1. člena Direktive 2011/24/EU.

¹⁴⁴ Strban, G.: Predvidene novosti v obveznem zdravstvenem zavarovanju, Delavci in delodajalci, letn. 17, št. 4, 2017, str. 466.

6. Čezmejno zdravljenje v praksi socialnega sodišča

6.1 Vprašanje obrnjene diskriminacije prejemnikov zdravstvenih storitev v sodbah III Ps 406/2016 in Psp 287/2017 ter Psp 153/2017 in VII Ips 273/2017

Zavarovanci so težave, ki se porajajo v zvezi z vprašanjem obrnjene diskriminacije, že večkrat naslovili na socialno sodišče. Leta 2017 je prvostopenjsko sodišče na to perečo temo podalo prvi sodni epilog, ki se razlikuje od dotedanjih, ki zavarovancem niso priznavali pravice do povračila stroškov zdravljenja pri domačih zasebnih izvajalcih.

V zadevi **III Ps 406/2016** je pacient, ki je hkrati tudi zobozdravnik koncesionar, vložil tožbo zoper ZZZS. Iz sodbe izhaja, da je tožnik na podlagi napotnice prejel zdravstveno storitev ritja modrostnega zoba pri izvajalcu zobozdravniku zasebniku, ki s toženo stranko nima sklenjene pogodbe za izvajanje zdravstvenih storitev. Kot navaja bi v nasprotnem primeru, glede na dolge čakalne dobe, na prejem storitve čakal eno leto in pol do dve leti. Tožnik je izvajalcu plačal račun v znesku 110,85 EUR in nato od ZZZS zahteval povračilo stroškov zobozdravstvenih storitev, ki ga je kot neutemeljeno zavrnila. Tožnik trdi, da je 254. člen POZZ¹⁴⁵ v nasprotju z ustavno ureditvijo in da pravice zavarovanih oseb ne bi smele biti pogojene s statusom izvajalca zdravstvenih storitev. Omenjeni člen naj ne bi bil skladen z ustavo in zakoni in naj bi povzročal diskriminacijo, saj slovenske izvajalce zdravstvenih storitev obravnava drugače na podlagi dejstva sklenjene pogodbe z ZZZS, tega kriterija pa ni mogoče zaslediti pri povračilu stroškov za prejeto storitev pri tujem izvajalcu. Tožena stranka nasprotuje, da zavarovanec nima pravice do tovrstnega povračila stroškov, razen v primeru nujnega zdravljenja ali nujne medicinske pomoči.¹⁴⁶ Povračilo plačila zdravstvenih storitev je mogoče, v kolikor je njihov izvajalec vključen v javno zdravstveno mrežo, saj pravici do proste izbire zdravnika in na to vezano vračilo stroškov, nista absolutni. Prav tako odpade možnost pritrđiti diskriminaciji med pacienti kot tudi izvajalci, saj do konkurence pravnih režimov pride samo v primeru mednarodnega elementa. Ker ta v konkretnem primeru ni podan, je potrebno uporabiti slovensko pravo. Tožnik še navaja, da ni pravilna ureditev, ki določa, da mora pacient, ki poišče zdravstveno storitev pri zasebniku v Sloveniji, plačati zdravstveni prispevek in račun za opravljeno storitev, če pa enako storitev prejme v drugi državi članici EU dobi plačilo povrnjeno s strani ZZZS. Sodišče meni, da ZZVZZ¹⁴⁷ med drugim zagotavlja zavarovanim osebam plačilo zdravstvenih storitev, ne

¹⁴⁵ V skladu z 254. členom POZZ zavarovana oseba nima pravice do povračila stroškov zdravljenja, vključno z zdravili, živili, medicinskimi pripomočki, zobno-protetičnimi pripomočki in prevozi, če so bile zdravstvene storitve opravljene v samoplačniški ambulanti.

¹⁴⁶ Glej 158. člen POZZ.

¹⁴⁷ Glej 13. člen ZZVZZ.

določa pa pogojev, pod katerimi lahko zavarovanci uveljavljajo pravice, ki izhajajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zakonske določbe¹⁴⁸ ne omejujejo kroga izvajalcev zdravstvenih storitev, pri katerih bi zavarovanec lahko prejel zdravstveno storitev, financirano iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in ne preprečujejo proste izbire zdravnika glede na to ali ima sklenjeno pogodbo z ZZS ali ne. Pravico zavarovanca, da izbere izvajalca zdravstvenih storitev ne glede na obliko njegovega delovanja omejujeta določili podzakonskega akta.¹⁴⁹ Po mnenju sodišča je to v nasprotju z načelom delitve oblasti, ki upravnim organom odvzema možnost urejanja zakonske materije, saj pravice in njihove omejitve lahko določa le zakon. V tem primeru plačilo oziroma neplačilo zdravstvenih storitev pomeni način izvrševanja pravic, ki je prepuščen zakonodajalcu. Sodišče ugotavlja¹⁵⁰, da glede pogojev povračila stroškov naletimo na pravno praznino, saj ZZVZZ tega ne ureja, POZZ pa so v tem delu protipravna, zato se tožena stranka na izločitev financiranja storitev opravljenih v samoplačniških ambulantah ne more sklicevati.¹⁵¹ Tudi določila ZPacP¹⁵² ne omejujejo pravice zavarovanca, da izbere zdravnika zasebnika. Poleg tega tudi ne obstaja zakonska podlaga, ki bi zavarovancu nalagala obveznost samoplačništva za storitve opravljene pri zasebnem izvajalcu. Določbe ZZDej urejajo razmerje ZZS v smislu pogojev za opravljanje dejavnosti in njihovo financiranje, ne urejajo pa razmerja med ZZS in zavarovanci, torej povrnitve stroškov. Sodišče pritrjuje diskriminatorni obravnavi tako prejemnikov kot tudi izvajalcev zdravstvenih storitev glede na nedopustno okoliščino, ki je v tem primeru kraj opravljanja oziroma prejemanja storitev. 44.c člen ZZVZZ daje pravico zavarovancem, da odidejo na zdravljenje v tujino, stroške pa dobijo povrnjene na podlagi obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pogoj je izdana napotnica, kdo je izvajalec ni pomembno. S tem ko imajo domači zavarovanci možnost iskanja zdravstvenih storitev pri tujih izvajalcih v breme domače zdravstvene blagajne, medtem ko lahko na območju Slovenije isto pravico uveljavljajo le pri izvajalcih, ki imajo z ZZS sklenjeno pogodbo o izvajanju zdravstvene dejavnosti, so tako oni, kot tudi izvajalci, v slabšem položaju. Prosta izbira zdravnika je v domačem sistemu omejena na izvajalce, ki delujejo v javni zdravstveni mreži, ko pa nastopi primer s čezmejnimi elementom velja pravica brez omejitev in pacient lahko izbira med vsemi izvajalci, ne glede na obliko delovanja, tudi

¹⁴⁸ ZZS se je skliceval na 63. in 65. člen ZZVZZ.

¹⁴⁹ Glej 158. in 254. člen POZZ.

¹⁵⁰ Tako pravi sodišče v 9. točki sodbe.

¹⁵¹ 254. člen POZZ: »Zavarovana oseba nima pravice do povračila stroškov zdravljenja, vključno z zdravili, živili, medicinskimi pripomočki, zobno-protetičnimi pripomočki in prevozi, če so bile zdravstvene storitve opravljene v samoplačniški ambulanti.«. Ne opredeljuje kaj je samoplačniška ambulanta.

¹⁵² Glej 2. odstavek 9. člena ZPacP, kjer sicer piše, da lahko izbira v okviru mreže izvajalcev javne zdravstvene službe.

»čistimi« zasebniki. Sodišče meni, da ne obstaja razumna razlaga, ki bi dovoljevala, da razlikovalno okoliščino med prejemniki storitev predstavlja kraj prejema storitve. Nedopustno razlikovanje je tudi na strani izvajalcev, saj so ti v Sloveniji v slabšem položaju kot izvajalci v drugih državah članicah EU, kar lahko pripelje do nelojalne konkurence. Takšna ureditev, ki omogoča, da domač pacient za zdravljenje v tujini prejme povračilo stroškov, ki ga v primeru zdravljenja pri domačem zasebnem izvajalcu ne bi dobil, spodbudi odhod domačih pacientov na čezmejno zdravljenje, kar pa je v nasprotju z namenom Direktive. Sodišče je glede na določilo ZZVZZ¹⁵³, da je z obveznim zdravstvenim zavarovanjem zavarovancem zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev najmanj 80 % vrednosti, med drugim tudi za specialistično-ambulante storitve (kamor spada puljenje modrostnega zoba), odločilo da je tožnik upravičen do povračila stroškov v višini 80 % cene. Ker je cena primerljive zdravstvene storitve v Sloveniji 138,56 EUR, je tožnik upravičen do povrnitve 110,85 EUR v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Tej odločitvi je sledila pritožba ZZS na VDSS, ki je pritožbi ugodilo.¹⁵⁴ V zadevi **Psp 287/2017** tožnik nasprotuje ugotovitvam sodišča prve stopnje in navaja, da ZZVZZ res ne določa, da se iz obveznega zdravstvenega zavarovanja plačajo le storitve opravljene pri koncesionarjih in v javnih zavodih in ne storitve, opravljene pri zasebnikih, vendar je na to potrebno sklepati iz drugih zakonskih določil, ki podeljujejo možnost ustreznim organom, da določijo izhodišča za izvajanje programov in oblikovanje cen zdravstvenih storitev.¹⁵⁵ Sodišče zanika obstoj pravne praznine, saj zakon veleva ZZS, da izvaja plačila neposredno izvajalcem s katerimi ima sklenjeno pogodbo, kar izključuje možnost plačila neposredno fizični osebi, ki prejme zdravstveno storitev in možnost plačila zdravstvenih storitev, ki jih ne opravi izvajalec s katerim ima ZZS sklenjeno pogodbo. ZZDej ureja le način financiranja zdravstvenih zavodov in koncesionarjev, zasebnikov ne omenja, kar pomeni, da tisti izvajalci, ki opravljajo zasebno zdravstveno dejavnosti niso upravičeni do sredstev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. ZPacP prosto pravico izbire zdravnika veže na mrežo izvajalcev javne zdravstvene službe in ne zasebnega izvajalca. To pomeni, da pravica do izbire izvajalca zdravstvenih storitev ni absolutna in neomejena. Odločitev tožnika, da izstopi iz sistema javnega v sistem zasebnega zdravstva, je privedla do tega, da si mora sam kriti stroške zdravljenja, ki je bilo opravljeno pri zobozdravniku, ki ni del javnega zdravstva. Tudi v zadnjem delu sodišče pritrjuje toženi stranki, ko pravi, da take omejitve niso v nasprotju s pravom EU,

¹⁵³ Glej 23. člen ZZVZZ.

¹⁵⁴ [http://www.sodnapraksa.si/?q=Psp%20287/2017&database\[VDSS\]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2015081111420043](http://www.sodnapraksa.si/?q=Psp%20287/2017&database[VDSS]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2015081111420043) (7.9.2019)

¹⁵⁵ Glej 63. in 66. člen ZZVZZ.

saj do konkurence pravih režimov in posledično diskriminacije lahko pride le v primeru čezmejnega elementa. V kolikor se pacient zdravi v Sloveniji se uporabi slovensko pravo. Direktiva določa, da ne vpliva na predpise držav članic o organizaciji in financiranju zdravstvenega varstva v primerih, ki ne vsebujejo čezmejnega elementa.¹⁵⁶ Že pred tem je pritožbeno sodišče povedalo, da 51. člen URS daje vsakomur pravico do zdravstvenega varstva, ki je omejena z zakonskimi pogoji. Ustava torej z zakonskim pridržkom prepušča ureditev pravice do zdravstvenega varstva in način njenega izvrševanja, upoštevajoč dopustne omejitve.¹⁵⁷

Enaka vprašanja kot v predstavljenih sodbah, so se pred tem pojavila že v zadevi **Psp 153/2017**, kjer je sicer že prvostopenjsko sodišče zavrnilo možnost povračila stroškov rekonstrukcije dojk (ta je bila potrebna zaradi zdravljenja raka), nastalih z operacijo pri zasebnem izvajalcu, Kirurškem sanatoriju Rožna dolina. V omenjeni zadevi je prvostopenjsko sodbo potrdilo tudi drugostopenjsko sodišče in kasneje v reviziji tudi Vrhovno sodišče v zadevi **VII Ips 273/2017**.¹⁵⁸ Po mnenju Vrhovnega sodišča zasebni izvajalci brez koncesije ne spadajo v okvir javne mreže izvajalcev, saj javno službo v zdravstveni dejavnosti lahko opravljajo domače in tuje pravne in fizične osebe le na podlagi koncesije in ob izpolnjevanju zakonskih pogojev. Tožnica je bila glede na navedbe tožene stranke opozorjena, da v zasebni zdravstveni dejavnosti veljajo tržna načela. Zaradi omejenosti finančnih sredstev, ZZZS in ostali pristojni organi določijo izhodišča za izvajanje programov in za oblikovanje njihovih cen oziroma storitev ter druge podlage za sklepanje pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev. Tudi ZPacP določa možnost izbire zdravnika le med izvajalci javne zdravstvene službe. Sodišče pojasnjuje tudi, da slovenski zdravstveni sistem temelji na neposrednem plačilu zdravstvenih storitev, kar pomeni, da zagotavlja zdravstvene storitve v naravi in ne pozna primarnega povračila stroškov zavarovancem, zato tožnica ni upravičena do povračila nastalih stroškov. Sodišče nasprotuje tudi ugovoru tožnice, da je diskriminirana napram zavarovancu, ki se zdravi pri tujem zasebniku. Namreč, določila Uredbe in Direktive se ne uporabljajo pri povsem notranjih dejanskih stanjih. Zavarovanci, ki pravico do čezmejnega zdravljenja uveljavljajo v tujini so v enakem položaju, kot zavarovanci, ki zdravstvene storitve uveljavljajo v Sloveniji. Te dve situaciji se razlikujeta ravno po čezmejnem elementu, namreč nekje ga ni, nekje je podan. Ker

¹⁵⁶ Glej 4. odstavek 1. člena Direktive 2011/24/EU.

¹⁵⁷ [http://www.sodnapraksa.si/?q=153/2017&database\[VDSS\]=VDSS&submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2015081111410140](http://www.sodnapraksa.si/?q=153/2017&database[VDSS]=VDSS&submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2015081111410140) (7.9.2019)

¹⁵⁸ [http://www.sodnapraksa.si/?q=VIII%20Ips%20273/2017&database\[SOVS\]=SOVS&submit=i%C5%A1%C4%8Di&order=score&direction=desc&rowsPerPage=20&page=0&id=2015081111419241](http://www.sodnapraksa.si/?q=VIII%20Ips%20273/2017&database[SOVS]=SOVS&submit=i%C5%A1%C4%8Di&order=score&direction=desc&rowsPerPage=20&page=0&id=2015081111419241) (7.9.2019)

sta primera različna, ju je dopustno urejati različno. Tudi Vrhovno sodišče poudarja da upravna veja oblasti sicer ne sme posegati v zakonsko materijo, vendar je odločitev sodišča sprejeta na podlagi zakonskih določil in ne podzakonskega akta.

V omenjenih sodbah sta tako VDSS kot tudi Vrhovno sodišče dodatno pritrdili sodnim odločitvam v nekaterih prejšnjih primerih, ko je se je pacient odločil, da bo zdravstveno storitev prejel pri zasebnem izvajalcu v Sloveniji in zahteval povračilo stroškov.¹⁵⁹

Vsekakor velja pritrditi ugotovitvam, da je slovenska ureditev, ki dopušča, obrnjeno diskriminacijo, torej da domač pacient prejme zdravstveno storitev proti plačilu iz obveznega zdravstvenega zavarovanja pri zasebniku v drugi državi članici, doma pa do takšne storitve, razen samoplačniško, ni upravičen, popolnoma skladna s pravom EU. Strinjam se s tožnikom, ki poudarja nesmisel neukrepanja zoper iskanje zdravstvenih storitev v tujini glede na to, da bi bilo mogoče enake storitve prejeti doma pri zasebnih izvajalcih. Denar se tako izteka v tujino, namesto, da bi ostal v domači državi. V primeru, ko slovenski pacient išče zdravstveno oskrbo pri slovenskem izvajalcu, ni moč zaslediti mednarodnega elementa, ki je podlaga za uporabo Direktive. Pravilno se uporabi domača zakonodaja, ki vsaj v takih primerih, ne daje možnosti povračila zasebnim izvajalcem. Težavo na katero naletimo v slovenskem zdravstvu, povzroča časovno obdobje, imenovano čakalna vrsta, ki teče od obiska splošnega zdravnika do obiska specialista. Osebe, ki se iz različnih razlogov ne odpravijo na zdravljenje čez mejo, so prisiljene čakati v čakalnih vrstah, ki so za določene storitve predolge¹⁶⁰ in so tako v slabšem položaju kot osebe, ki gredo v tujino. Precej na udaru je ortopedija, kjer se že na prvi specialistični pregled v poprečju čaka dolgo (177 dni), še dlje pa na operativne posege, v kar nekaj primerih več kot »dovoljenih« 12 mesecev, kar se glede na pravilnik ministrstva za zdravje¹⁶¹ šteje za zgornjo mejo dopustne čakalne dobe na ortopedске operacije.¹⁶² Čeprav se večina storitev ne znajde med tistimi pri katerih ni spoštovana najdaljša dopustna čakalna doba, se na marsikatero storitve, ki so dosegljive znotraj dopustne čakalne dobe, čaka relativno veliko časa.¹⁶³ Še toliko bolj je temu pritrditi v kolikor so pacienti neprilagodljivi in se želijo zdraviti v svojem domačem kraju ali njegovi bližini. Ob tej dolgotrajnosti, bi pritrdila misli g. dr. Mateja Beltrama, ki slovenski zdravstveni sistem primerja z obljubljenim brezplačnim kosilom, ki pa ga oseba lahko

¹⁵⁹ Glej sodbe Psp 235/2018, Psp 57/2018, Psp 324/2017, Psp 359/2018.

¹⁶⁰ Glej mesečna poročila NIJZ o čakalnih dobah na povezavi:

https://www.nijz.si/sl/publikacije?field_ciljna_skupina_publikacije_tid=All&field_podrocje_publikacije_tid=All&field_tip_publikacije_tid=All&field_oblika_publikacije_tid=All&field_letu_objave_tid=1621

¹⁶¹ Ur.l.RS, št. 3/2018.

¹⁶² Rednak, A.: Kako dolgo se čaka v ortopediji? Leta predolgo. Finance, 2019, 210/5063, 6.

¹⁶³ <https://cakalnedobe.ezdrav.si> (7.9.2019)

celo nikoli ne dobi.¹⁶⁴ Zdravstveni sistem v Sloveniji večkrat posplošimo v brezplačni zdravstveni sistem in ob tem pozabimo na nujen prispevek obveznega zdravstvenega zavarovanja ter praktično obvezen strošek mesečnega dopolnilnega zavarovanja, katerega težava je tudi v tem, da bremeni vse zavarovance enako. Ta prispevek sprejmemo in plačamo, saj nas na drugi strani čakajo »brezplačne zdravstvene pravice«, ki jih lahko neomejeno koristimo. Potem pa se pojavi dan ko ugotovimo, da ta neomejenost lahko postane kmalu precej omejena in da smo plačali za nekaj na kar bomo čakali predolgo, mogoče celo ponovno plačali (v kolikor bomo zmogli) strošek, ki ga prinaša zdravljenje pri zasebniku, kjer ni čakalnih vrst ali v najslabšem primeru zdravljenja celo ne bomo dočakali. To je zadosten razlog, ki kliče po spremembi zdravstvenega sistema in o razmisleku kako bi obrnjeno diskriminacijo izničili in zmanjšali zanimanje zavarovancev po iskanju zdravstvenih storitev izven meja domače države, kjer lahko določeno storitev prejmejo brez čakalnih vrst, na stroške domačega zdravstvenega zavarovanja. Sprememba bi morala ohraniti dostopno zdravstvo vsem tistim, ki so upravičeni do zdravstvenih storitev po sedaj veljavni zakonodaji in še naprej zagotavljati široko košarico zdravstvenih pravic.

Mogoče ZZZS oziroma odgovorne osebe računajo na to, da bodo zavarovanci dali prednost zdravljenju v domači državi, kljub (pre)dolgim čakalnim vrstam, zgolj zato, da bodo lahko ostali v domačem okolju. Per tem ne predvidijo možnosti nastanka situacije, ko bi ljudje množično koristili pravice 44.c člena ZZVZZ. Menim, da glede na stanje slovenskega zdravstvenega sistema temu ne manjka veliko. Tisto, kar bo ljudi še zadrževalo od odhoda je slaba obveščenost o pravici do čezmejnega zdravljenja ter slabo gmotno stanje posameznika, ki lahko onemogoči, da si privošči vsaj začasen strošek, ki ga prejeta zdravstvena storitev prinaša. V kolikor bi se odločil za iskanje zdravstvene pomoči v tujini, kjer so storitve dražje od domačih, brez upoštevanja zahtev potrebnih za povračilo oziroma brez predhodne odobritve pa seveda lahko ta strošek postane stalen.

V nadaljevanju sem predstavila nekaj sodb, vezanih na čezmejno zdravljenje na podlagi različnih pravnih temeljev. V nekaterih primerih stranke želijo prejeti pravice na podlagi načrtovanega zdravljenja, v drugih zaradi nenačrtovanega ali nujnega zdravljenja na podlagi EKZZ. Nekatero sodbo se vežejo na zdravstveno varstvo prejeto znotraj držav članic EU, spet druge na zdravljenje v tretjih državah.

¹⁶⁴ <http://ceckarije.si/2018/06/13/matej-beltram-placano-kosilo-ki-ga-ne-dobis/> (14.7.2019).

6.2 Čezmejno zdravljenje zaradi izčrpanih možnosti zdravljenja v domači državi

6.2.1 Sodbe Psp 437/2013, Psp 661/2008 in Psp 479/2017

Če želi pacient prejeti čezmejne zdravstvene storitve zaradi izčrpanih možnosti zdravljenja v domači državi, mora izkazati, da so bile te možnosti zdravljenja izčrpane in da je s prejeto storitvijo v tujini utemeljeno pričakovati, da se zdravljenje v nadalje vsaj ne bo poslabšalo. V zadevi **Psp 437/213** je tožnik zahteval povračilo stroškov za operacijo v Avstriji, saj se je bolečina, kljub dvakratni artroskopiji in zamenjavi kolenskega sklepa, stopnjevala. Po odhodu na operacijo v sosednjo državo, kjer so mu zamenjali TEP levega kolena s sklopljeno protezo RHK ter opravili operativno artilizo kolenskega sklepa, so bolečine minile, koleno pa je bilo gibljivo. Konzilij zdravnikov je zatrjeval, da je takšno zdravljenje mogoče opraviti tudi v Sloveniji in zato možnosti zdravljenja niso bile izčrpane. Nasprotno sta specialista ortopedije povedala, da tovrstnega zdravljenja v Sloveniji ni bilo mogoče prejeti zaradi pomanjkanja znanja na tem področju. Opravljanje tovrstnih posegov še ni bilo razvito v taki meri, da bi lahko na tožniku izvedli operacijo. Sodišče je odločilo, da obstoj teoretičnih možnosti zdravljenja, do katerih tožnik nima dostopa, ne zadoščajo. V tem primeru sta bila kumulativno izpolnjena pogoja izčrpanih možnosti zdravljenja v Sloveniji in izboljšanega zdravstvenega stanja, zato je tožnik bil upravičen do vračila stroškov za operativni poseg.¹⁶⁵ Podobno sporočilo prinaša že starejša zadeva **Psp 661/2008**, iz katere izhaja, da se je tožnik, ki zaradi poškodbe kolena, kljub večkratnim konservativnim operativnim posegom v Sloveniji, ni mogel hoditi brez težav in opore palice, odločil za operativni poseg v Avstriji. Tam je uspešno prestal operacijo, po kateri ni imel več zgoraj omenjenih težav. Zaradi velikih verjetnosti slabega rezultata, se konzilij domačih zdravnikov ni odločil za takšen kirurški poseg (ponovno osteotomijo s poskusom korekcije) kot ga je tožnik prejel v Avstriji, čeprav je tak poseg v domači državi izvedljiv. Takega posega naj v Sloveniji ne bi opravljali še naslednjih 10 let, ostali bi le pri možnosti konservativne terapije in rehabilitacije ter kot zadnji opciji še pri ustavitvi plastičnega kolena. Čeprav so v tehničnem smislu možnosti za izvedbo operacije obstajale, je zaradi nemožnosti odločitve tožnika za tako zdravljenje, saj ga specialisti zaradi rizičnosti niso izvajali, pravica do zdravljenja v domači državi dejansko izčrpana. Operacija v tujini je prispevala k popolni

¹⁶⁵[http://www.sodnapraksa.si/?q=437/2013&database\[VDSS\]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2012032113065296](http://www.sodnapraksa.si/?q=437/2013&database[VDSS]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2012032113065296) (14.7.2019).

ozdravitvi. Tudi v tem primeru je bil tožnik upravičen do povrnitve stroškov, ki so mu nastali zaradi čezmejnega zdravljenja.¹⁶⁶

Sodba **Psp 479/2017** se dotika otroške srčne kirurgije, katere problematika je bila določen čas resno medijsko izpostavljena. Tožena stranka je upravičeno prejela zdravljenje v tujini po minimalno invazivni metodi, ki v istem času v Sloveniji ni bila na voljo. Res, da je bila stranki ponujena možnost klasične metode zdravljenja prirojene srčne napake, vendar v tem primeru po mnenju sodišča zagotavljanje ene metode od več medicinsko enakovrednih metod, kljub istemu učinku ni zadostovalo. Zaradi bistvenih prednosti, ki jih ima minimalna invazivna metoda zdravljenja v primerjavi s klasično, dejstva, da je takšna metoda zdravljenja že bila zagotovljena v sklopu obveznega zdravstvenega zavarovanja, a se v tem obdobju ni opravljala zaradi pomanjkanja zadostne varnosti in varnega okolja, v katerem bi lahko nadaljevali z operacijami srčnih napak pri otrocih, in ker je za otroke, ki potrebujejo take operacije bilo boljše poskrbljeno v zunanji ustanovi (v Izraelu), kjer izvedejo veliko število operacij, ki kažejo dobre rezultate, so bile možnosti zdravljenja prirojjenih srčnih napak otrok v Sloveniji izčrpane.¹⁶⁷ Ugotovitev, ali zagotavljanje ene izmed več medicinsko enakovrednih metod zadostuje, da odredimo zavarovancu pravico čezmejnega zdravljenja oziroma povračilo stroškov, izhaja iz vsakega konkretnega primera posebej. Tega ni mogoče abstraktno urediti in posplošiti.

6.2.2 Sodbe Psp 181/2011, Psp 16/2017 in Psp 30/2019

Sodišče je večkrat sodilo tudi v sporih, kjer pravice do povrnitve stroškov ni priznalo, saj bi zavarovanec storitve, ki jih je prejel v drugi državi članici EU lahko prejel tudi doma. Eden izmed njih je zadeva **Psp 181/2011**. Tožnica se je dlje časa neuspešno zdravila zaradi težav s koleno, zato ji je bila s strani specialista predlagana vstavitev totalne endoproteze, ki pa jo je kasneje odpovedala, medtem pa že bila operirana v Nemčiji. Sodišče je v tem primeru ugotovilo, da v Sloveniji niso bile izčrpane možnosti zdravljenja, čeprav je tožnica v tujini prejela lahko celo zanjo ugodnejšo storitev. Namreč, za storitve, ki jih zaradi zahtevne narave ali iz drugih posebnih pogojev v okviru domačega zdravstva ne opravljajo, ni mogoče zahtevati izdajo avtorizacije za čezmejno zdravljenje. V tem primeru je tožnica imela na voljo vsaj še eno metodo, za katero pa se ni odločila in storitev poiskala raje v tujini. Pomembna je ugotovitev, da je zavarovanim osebam potrebno nuditi vsaj približno enako raven storitev, nikjer pa ne

¹⁶⁶[http://www.sodnapraksa.si/?q=661/2008&database\[VDSS\]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2010040815260514](http://www.sodnapraksa.si/?q=661/2008&database[VDSS]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2010040815260514) (14.7.2019).

¹⁶⁷[http://www.sodnapraksa.si/?q=479/2017&database\[VDSS\]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2015081111417209](http://www.sodnapraksa.si/?q=479/2017&database[VDSS]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2015081111417209) (14.7.2019).

obstaja pravica zavarovanca, da si prosto izbere storitev izven domače države in zahteva povračilo stroškov.¹⁶⁸ Tudi v zadevi **Psp 16/2017** sodišče ni pritrdilo zahtevi tožnika. Tožniku so v Veliki Britaniji opravili transplantacijo jeter, nato pa je več let hodil na enoletne kontrolne preglede, ki so bili bistveni za njegovo zdravljenje. Ker so domači zdravniki v tem času pridobili dovolj izkušenj na področju transplantacij, so se nato lahko te kontrole izvajale tudi v Sloveniji. Po mnenju sodnih izvedencev lahko kontrolne preglede opravljajo domači izvajalci zaradi česar odpade razlog brezplačnega čezmejnega zdravljenja. Sodišče je odločilo, da toženec ni upravičen do povračila stroškov, saj možnosti zdravljenja v Sloveniji niso izčrpane.¹⁶⁹

Tako tudi v zadevi **Psp 30/2019** možnosti zdravljenja niso bile izčrpane, saj nezaupanje v slovensko zdravstvo in želja zavarovanca, da želi na zdravljenje v tujino nista utemeljena razloga, da bi se tožniku priznala pravica do čezmejnega zdravljenja.¹⁷⁰

6.3 Čezmejno zdravljenje zaradi predolghih čakalnih dob v domači državi

6.3.1 Sodba Psp 38/2012

Sodišče v zadevi **Psp 38/2012** ne pritrdi zahtevam tožnice po povrnitvi stroškov operacije, ker ji je bila na Češki opravljena vgradnja umetnega kolka. Tožnica je »ker ji je bilo tako rečeno«, brez kakršnihkoli dokazil, navajala, da so v Sloveniji za takšno operacijo dolge čakalne dobe. Če bi to dejstvo dokazala, bi pridobila pravico do zdravljenja v tujini, saj bi bile možnosti zdravljenja v Sloveniji izčrpane. Zgolj pavšalne navedbe pa ne dajejo pravice napotitve na zdravljenje v tujino. V tem primeru tudi ni šlo za nujno zdravljenje kot tožnica navaja, saj je imela težave s kolki že več časa, stanje pa se je postopoma slabšalo. Nujno zdravljenje obsega neodložljive zdravstvene storitve, ki so življenjskega pomena za pacienta. Take okoliščine v omenjenem primeru niso bile podane.¹⁷¹

¹⁶⁸[http://www.sodnapraksa.si/?q=181/2011&database\[VDSS\]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2010040815257136](http://www.sodnapraksa.si/?q=181/2011&database[VDSS]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2010040815257136) (14.7.2019).

¹⁶⁹[http://www.sodnapraksa.si/?q=16/2017&database\[VDSS\]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2015081111409674](http://www.sodnapraksa.si/?q=16/2017&database[VDSS]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2015081111409674) (14.7.2019).

¹⁷⁰[http://www.sodnapraksa.si/?q=30/2019&database\[VDSS\]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2015081111429595](http://www.sodnapraksa.si/?q=30/2019&database[VDSS]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2015081111429595) (14.7.2019).

¹⁷¹[http://www.sodnapraksa.si/?q=38/2012&database\[VDSS\]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2012032113045368](http://www.sodnapraksa.si/?q=38/2012&database[VDSS]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2012032113045368) (14.7.2019).

6.3.2 Sodba Psp 392/2016

V zadevi **Psp 392/2016** je tožnik odšel na operativno, bolnišnično zdravljenje kolka v Nemčijo in zahteval povračilo stroškov po 44a. , 44b. ali 44c. členu ZZVZZ. Sodišče je odločilo, da možnosti zdravljenja v Sloveniji niso bile izčrpane, saj bi lahko operacijo z uporabo iste metode prejel tudi v domači kliniki, prav tako tudi čakalne dobe niso bile presežene. Tožnik bi moral pridobiti predhodno dovoljenje ZZS, saj se to zahteva za bolnišnične zdravstvene storitve, ki vključujejo prenočitev zavarovane osebe in uporabo visoko specializirane in drage medicinske opreme. V tem primeru ne gre za ambulantno zdravljenje, kjer za povrnitev stroškov čezmejnega zdravljenja zadostuje napotnica domačega zdravnika. Tudi če bi tožnik zahteval avtorizacijo, do te ne bi bil upravičen, saj bi bilo mogoče zdravstveno storitev opraviti v Sloveniji v okviru dopustnih čakalnih dob, pri tem ne bi bil presežen niti razumen čas.¹⁷²

6.3.3 Sodba Psp 408/2016

V zadevi **Psp 408/2016** je tožnik odšel na zdravljenje v tujino, kjer je prejel zoboprotetične storitve, brez, da bi se pred tem vpisal na čakalni seznam pri enem od izvajalcev v Sloveniji. Sodišče je pritrdilo ZZS, ki je zahtevek za povračilo stroškov zdravljenja zavrnilo, saj bi se zavarovanec moral najprej vpisati na čakalni seznam, do povračila stroškov, pa bi bil upravičen če bi bilo ugotovljeno, da je bil presežen dopusten oziroma razumen čas in da ne obstaja drugi izvajalec, kateri bi to storitev lahko opravil znotraj dopustnega časovnega okvirja.¹⁷³

6.4 Nenačrtovano čezmejno zdravljenje na podlagi EKZZ

6.4.1 Sodbe Psp 16/2011, Psp 324/2001 in Psp 331/2012

Večkrat je sodišče odločalo v sporih, kjer je tožnica zahtevala povrnitev stroškov poroda v tujini. Porod v tujini na podlagi predhodne odobritve praktično ni možen, saj gre za bolnišnično zdravljenje za katerega se zahteva predhodna odobritev, ki pa bo vedno zavrnjena, ker je porod v domači državi izvedljiv kadarkoli, brez omejitev. Tožnice so zato uveljavljale pravico do povračila na podlagi prava EU, ki se nanaša na nepričakovano in nenačrtovano zdravljenje in na podlagi 129. člena POZZ ki pravi, da ima oseba, ki je na službenem ali zasebnem potovanju v tujini pravico do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči. V primeru **Psp 16/2011** in

¹⁷²[http://www.sodnapraksa.si/?q=392/2016&database\[VDSS\]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2015081111407025](http://www.sodnapraksa.si/?q=392/2016&database[VDSS]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2015081111407025) (14.7.2019).

¹⁷³http://www.sodnapraksa.si/?q=id:2015081111407077&database%5bSOVS%5d=SOVS&database%5bIESP%5d=IESP&%20database%5bVDSS%5d=VDSS&database%5bUPRS%5d=UPRS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&page=0&id=2015081111407077 (14.7.2019).

nekaterih drugih¹⁷⁴ se je izkazalo, da ni šlo za nepričakovane niti nujne zdravstvene situacije zaradi katerih bi bil porod v tujini z vidika povračila stroškov upravičen. Tožena stranka je trdila, da bi morala tožnica kvečjemu pridobiti predhodno dovoljenje, saj je šlo za načrtovano zdravstveno storitev (porod). Kot je sodišče povedalo v zadevi **Psp 324/2011** je vedno potrebno presojati ali gre za nujno zdravstveno storitev ali načrtovano zdravljenje. Če gre za prvo je stranka upravičena do povračila stroškov v skladu z Uredbo 883/2004, če gre za drugo možnost v skladu z Direktivo, a mora najprej pridobiti predhodno odobritev.¹⁷⁵ Sodišče pa je v zadevi **Psp 331/2012** odločilo, da je prišlo med krajšim dopustom zavarovanke pri soprogu v Avstriji, do spontanega začetka poroda, pri katerem je bila medicinska pomoč nujna in potrebna.¹⁷⁶ V tem primeru je bila zavarovanka za razliko od drugih, v bolnišnico sprejeta prav zaradi poroda in ne kakšne druge indikacije v zvezi z nosečnostjo, tudi do poroda je prišlo še isti dan, medtem ko so bile druge zavarovanke hospitalizirane že pred porodom in tam počakale na dan poroda.

6.4.2 Sodbi Psp 422/2012 in Psp 380/2011

Sodišče je v zadevi **Psp 422/2012** pritrdilo sodišču prve stopnje, da tožnica ni upravičena do povračila nujnih zdravstvenih storitev. Zaradi udeležbe v prometni nesreči v Španiji, je bila tožnica odpeljana na zdravljenje v zasebno kliniko s koncesijo. V zvezi s plačilom in kasneje povračilom stroškov zdravljenja je potrebno zavarovance obravnavati enako kot bi v enaki situaciji obravnavali državljane oziroma zavarovance druge države članice. V tej situaciji je bila tožnica, slovenska državljanica, izenačena s španskimi državljani. Težava, ki se je pojavila je ta, da špansko zdravstveno zavarovanje ne krije zdravstvenih storitev, ki so potrebne za zdravljenje posledic prometnih nesreč zato tudi toženka ni bila upravičena do povračila stroškov (do povračila je bila upravičena na drugi pravni podlagi).¹⁷⁷ Pritrditev tožnici, da je upravičena do povračila stroškov zdravljenja je sodišče podalo v zadevi **Psp 380/2011**. Zavarovanka je bila v Španiji zaradi življenjske ogroženosti prepeljana v zasebno kliniko zaradi pomanjkanja kapacitet v javni bolnišnici in bila zdravljena na podlagi EKZZ. Španska zakonodaja namreč v takem primeru dovoljuje zdravljenje pri zasebnem izvajalcu in povrne stroške zdravljenja

¹⁷⁴ Sodbi Psp 480/2015, Psp 362/2011; zavarovanki so bili zaradi ogrožene nosečnosti odsvetovani izleti v tujino, sodba Psp 136/2011; zavarovanka, je kljub nasprotju z navodili porodničarja odpotovala v tujino, rodila je šele po dveh dneh od sprejetja v bolnišnično, kar kaže na odhod v tujino zaradi poroda, sodba Psp 3366/2011 tožnica ni bila hospitalizirana zaradi težav povezanih s porodom, rodila je šele po dveh dneh hospitalizacije.

¹⁷⁵ [http://www.sodnapraksa.si/?q=zdravljenje%20v%20tujini%20porod&database\[VDSS\]=VDSS&_submit=i%205%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2010040815262568](http://www.sodnapraksa.si/?q=zdravljenje%20v%20tujini%20porod&database[VDSS]=VDSS&_submit=i%205%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2010040815262568) (14.7.2019).

¹⁷⁶ [http://www.sodnapraksa.si/?q=zdravljenje%20v%20tujini%20porod&database\[VDSS\]=VDSS&_submit=i%205%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2012032113051999](http://www.sodnapraksa.si/?q=zdravljenje%20v%20tujini%20porod&database[VDSS]=VDSS&_submit=i%205%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2012032113051999) (14.7.2019).

¹⁷⁷ [http://www.sodnapraksa.si/?q=422/2012&database\[VDSS\]=VDSS&_submit=i%20C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2012032113056580](http://www.sodnapraksa.si/?q=422/2012&database[VDSS]=VDSS&_submit=i%20C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2012032113056580) (14.7.2019).

svojim državljanom, kar pa pomeni, da je takšno zdravljenje brezplačno tudi za tuje zavarovance. Povračilo stroškov za zdravstveno storitev bi morali španski organi zahtevati od slovenskega nosilca zdravstvenega zavarovanja, vendar se to ni zgodilo, saj je zasebni izvajalec zahteval povračilo neposredno od tožnice, ki je račun plačala. Sodišče je odločilo, da samo dejstvo, da postopek povračila stroškov v Španiji ni pravilno potekal, ne sme biti razlog, da tožnica ne bi bila upravičena do povračila že plačanih stroškov zdravljenja.¹⁷⁸

6.5 Razmejitev med bolnišničnim in nebolnišničnim zdravljenjem v sodbi 425/2009

V zadevi **Psp 425/2009** je sodišče operacijo palca v Avstriji, kjer je tožnica kliniko zapustila že po nekaj urah, umestilo pod ambulantno zdravljenje, zaradi česar je upravičena do naknadnega povračila nastalih stroškov. Ker gre za ambulantno zdravljenje predhodna odobritev ni bila potrebna, prav tako ni pomembno, da je operacijo mogoče opraviti v domači državi. Sodišče se je sklicevalo tudi na sodbo SEU v zadevi *Müller-Faure in Van Riet*, ki odklanja možnost zahteve predhodne avtorizacije v primeru ambulantnega zdravljenja. To povračilo namreč ne bi vplivalo na oslabitev finančnega sistema zdravstvenega zavarovanja.¹⁷⁹ Tudi če je zdravstvena storitev opravljena v bolnišnici še ne pomeni, da je potrebna avtorizacija.

6.6 Omejenost kroga zdravstvenih pravic

V naslednjih dveh sodbah je sodišče potrdilo, da je pri načrtovanem zdravljenju v tujini mogoče povrniti stroške samo za primere, ko gre za pravice, do katerih je zavarovanec upravičen po nacionalni zakonodaji. Prav tako ni mogoče zahtevati povrnitve stroškov za medicinsko nepriznane metode zdravljenja.

6.6.1 Sodba Psp 280/2010

Pravica do zdravljenja v tujini je omejena tudi s košarico zdravstvenih storitev, do katerih smo upravičeni po nacionalni zakonodaji. Samo za te storitve je mogoče dobiti povrnjene stroške zdravljenja. Temu je sodišče pritrdilo v zadevi **Psp 280/2010**, kjer tožnici ni priznalo povračila stroškov za lasersko korekcijo dioptrije pri tujem izvajalcu. Pravice iz sistema zdravstvenega zavarovanja so omejene, mednje ne sodijo storitve estetskih operacij (razen pod pogoji, ki jih naštevajo določila POZZ), vse operacije opravljene z laserjem so samoplačniške. Pri tožnici operacija ni bila medicinsko indicirana, stanje bi brez operacije ostalo enako, le da bi morala

¹⁷⁸[http://www.sodnapraksa.si/?q=380/2011&database\[VDSS\]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2012032113042264](http://www.sodnapraksa.si/?q=380/2011&database[VDSS]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2012032113042264) (14.7.2019).

¹⁷⁹[http://www.sodnapraksa.si/?q=425/2009&database\[VDSS\]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2012032113050084](http://www.sodnapraksa.si/?q=425/2009&database[VDSS]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2012032113050084) (14.7.2019).

nositi očala ali leče. Sodišče pritrjuje toženi stranki, ki meni, da bi prišlo do neenakopravnega obravnavanja zavarovancev, če bi ti za operacijo v tujini, ki ne sodi med bolnišnično zdravljenje dobili povrnjene stroške zdravljenja, v kolikor bi enako operacijo opravili v Sloveniji pa bi jo morali plačati sami.¹⁸⁰

6.6.2 Sodba Psp 312/2018

V zadevi **Psp 312/2018** je sodišče možnost povračila stroškov zdravljenja zavrnilo tudi v primeru, ko gre za raziskovalno oziroma eksperimentalno zdravljenje. V tožničinem primeru lokoregionalna kemoterapija, ki je bila opravljena v Nemčiji, ni del medicinsko priznanih metod zdravljenja in standardnega zdravljenja, saj sem spadajo le ukrepi in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov in poškodovancev. Eksperimentalno zdravljenje ne spada med pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Prav tako sodišče ni pritrnilo tožnici, da so bile v Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja, saj se je z operacijo v tujini bolezensko stanje pacientke zazdravilo, do tega učinka pa bi pripeljalo tudi paliativno obsevanje, ki bi ga izvedli domači izvajalci. Možnosti zdravljenja bi bile izčrpane le, če v Sloveniji ne bi bilo zagotovljeno zdravljenje z nobeno od priznanih in enakovrednih metod.¹⁸¹

6.7 Postopek uveljavljanja pravice do čezmejnega zdravstvenega varstva v sodbi Psp 455/2018

Sodba **Psp 455/2018** daje pravico do povrnitve stroškov zdravljenja tudi ko zavarovanec s strani ZZZS ni prejel odgovora na vlogo o predhodni odobritvi zdravljenja, ker ni ustrezno obkrožil na kateri pravni podlagi jo podaja. Upravni organ bi moral paziti, da nevednost stranke ne škodi njenim pravicam in ji pomagati pri uveljavitvi le-teh. Iz vloge je bilo mogoče jasno razbrati, da stranka želi predhodno odobritev čezmejnega zdravljenja. To, da stranka ni odgovorila na vlogo tožnika, še ne pomeni, da ni upravičen do povračila stroškov. Tožena stranka mora zadevo in upravičenje presoditi glede na vse tri določbe, ki omogočajo zdravljenje izven domače države.¹⁸²

¹⁸⁰[http://www.sodnapraksa.si/?q=280/2010&database\[VDSS\]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2010040815251173](http://www.sodnapraksa.si/?q=280/2010&database[VDSS]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2010040815251173) (14.7.2019).

¹⁸¹[http://www.sodnapraksa.si/?q=312/2018&database\[VDSS\]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2015081111426218](http://www.sodnapraksa.si/?q=312/2018&database[VDSS]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2015081111426218) (14.7.2019).

¹⁸²[http://www.sodnapraksa.si/?q=455/2018&database\[VDSS\]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2015081111428286](http://www.sodnapraksa.si/?q=455/2018&database[VDSS]=VDSS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&rowsPerPage=20&page=0&id=2015081111428286) (14.7.2019).

7. Zaključek

Čezmejno zdravljenje zajema tako nenačrtovano kot tudi načrtovano zdravljenje. Nenačrtovano zdravstveno varstvo je nujen del zdravstvenih pravic, saj rešuje nepričakovane zdravstvene težave, katerih tveganja ne smejo biti prepuščena naključju in zmožnostim posameznika. Načrtovano zdravljenje veliko časa ni bilo del te domene, danes pa sem vsekakor spada. Tudi če zdravstveni primer v nekem trenutku ni smatran kot nujen, pa mogoče kaj kmalu takšen postane. Z namenom, da se zdravstveno stanje še pred tem ustrezno reši, je v primeru pomanjkanja možnosti na nacionalni ravni omogočeno iskanje čezmejne zdravstvene pomoči, tako ob pogoju prehodne odobritve kot brez nje. Menim, da je odločilnega pomena pri izbiri posameznika ali se bo zdravil po določilih, ki zahtevajo predhodno avtorizacijo zdravljenja ali brez nje, njegova zmožnost, da sam krije presežne stroške, ki bi ga lahko bremenili v primeru čezmejnega zdravljenja na podlagi 44.c člena ZZVZZ. V kolikor plačilo presežnih stroškov ne predstavlja težave, menim, da je zdravljenje na podlagi tega določila ustrežnejše, saj daje zavarovani osebi možnost, da skladno z zakonodajo sama izbere kateregakoli zdravstvenega izvajalca v drugi državi članici EU.

Posamezniki, ki so včasih lahko iskali zdravstveno oskrbo v tujini le kot zasebni pacienti, danes vstopajo na tuj trg tudi kot javni pacient in ne nujno zasebni, saj se v marsikaterem primeru stroški zdravstvenih storitev krijejo iz sistema zdravstvenega zavarovanja in ne predstavljajo dolgotrajnega finančnega bremena. Prosta izbira države in izvajalca zdravljenja s povračilom stroškov omogočata, da si lahko širši krog zavarovanih oseb poišče hitro zdravstveno oskrbo v tujini.

Menim, da je zelo ustrezna rešitev zakonodajalca, ki takrat ko zdravstvenega varstva v domači državi ni mogoče prejeti pravočasno oziroma ga sploh ni mogoče prejeti, napotuje na možnost čezmejnega zdravljenja. Slovenski zakonodajalec je zdravljenju brez prehodne odobritve namenil vse možne dopustne omejitve čezmejnega zdravljenja, ki izhajajo iz Direktive in naj bi bile tolerirane le v izjemnih primerih. Menim, da de facto te omejitve le niso tako redke, saj se po natančnejšem pregledu nabor teh storitev, za katere ni potrebna predhodna avtorizacija, zoža. Vsekakor bi morali pristojni državni organi intenzivno informirati zavarovane osebe o možnostih zdravljenja v tujini, ki so na voljo. Žal je iz predstavljenih statističnih podatkov mogoče razbrati, da se še vedno marsikdo za zdravljenje v tujini ne določa. Množični odhodi na čezmejno zdravljenje bi zagotovo ovirali državne interese, zato bomo morali za večje ozaveščanje poskrbeti zavarovanci sami.

Menim, da je sodna praksa socialnega sodišča naklonjena koriščenju možnosti načrtovanega zdravljenja na podlagi ZZVZZ. Razen v precej očitnih primerih neupravičenega zdravljenja, sodišče pritrjuje zahtevam zavarovanih oseb po povračilu stroškov zdravljenja v tujini.

V zvezi s pojavom obrnjene diskriminacije med domačimi in tujini pacienti, menim, da so pravilna razmišljanja v smeri, da bi bilo potrebno v sistem zdravstvenega varstva vključiti tudi domače zasebne izvajalce, vsaj na način, da bi se kril tudi del cene njihovih zdravstvenih storitev. To bi zahtevalo korenito spremembo slovenskega zdravstvenega sistema, ki trenutno javne izvajalce ne plačuje po opravljeni storitvi, temveč pavšalno. Potrebno bi bilo obdržati košarico zdravstvenih pravic, do katerih bi bili upravičeni vsi zavarovanci brez doplačil, te zdravstvene pravice pa bi zavarovanci lahko koristili tako pri javnem kot tudi zasebnem izvajalcu. Na ta način bi se avtomatično zmanjšale čakalne vrste, izenačile bi možnosti dostopa do zdravnikov zasebnikov domačih mobilnih in nemobilnih pacientov, rešila bi se tudi problematiko drugačne obravnave domačih in tujih izvajalcev. Žal se pri tem pojavi že omenjena težava, ki jo je mogoče zaznati v tujini, kjer take sisteme financiranja poznajo. Dostop do zasebnega zdravstva postane omejen za tiste paciente, ki si doplačil (v kolikor ta ostanejo) ne morejo privoščiti. Takšen sistem bi zato bil pravičen le, če bi ob tem poskrbeli za zdravstveno varstvo, ki bi bilo še naprej dostopno vsem pod enakimi pogoji, z nespremenjeno kakovostjo storitev, ki bi preprečila, da bi javni sistem ostal le še za socialno šibkejše paciente.

Menim, da je eden izmed razlogov za slabše delovanje zdravstva, ki ga povzročajo dolge čakalne dobe, ki so tudi razlog za odhode v tujino, možnost javnih izvajalcev, da poleg zaposlitve v javnem sektorju, zdravstveno dejavnost opravljajo tudi kot zasebniki. K uspešnosti dela takega zdravnika v javni mreži, vsekakor precej pripomore tudi miselnost vsakega posameznega izvajalca kako ločiti delo v javni mreži od zasebnih storitev. Če predpostavim, da javni zdravstveni izvajalec opravlja psihično naporen, osem ali več urni delavnik, menim, da težko dela pred, med ali po tem še kot zasebni izvajalec. V kolikor zasebne storitve opravlja celo med svojim delovnim časom v javnem zdravstvu, zagotovo ne uspe vsega časa, ki bi ga sicer moral, nameniti svojim pacientom. Takšnemu delovanju, ki predstavlja pomembno anomalijo v zdravstvu, bi ustrezno rešitev predstavljala prepoved zaposlitve zdravstvenega izvajalca v javni mreži in hkratnega dela v zasebnem zdravstvu. S takšno rešitvijo bi se storilnost med delom povečala, kar bi zagotovo vplivalo tudi na zmanjšanje čakalnih vrst in posledično na odhod zavarovancev na načrtovano zdravljenje v tujino. Težavo bi pri tem lahko predstavljal morebitni odhod zdravnikov iz javnega zdravstva v zasebno. Vprašanje pa je ali bi zdravnik v zasebnem zdravstvu, z veliko konkurence, lahko računal na gotov prihodek, na

katerega lahko računa kot zaposlen v javni zdravstveni mreži. Menim, da ravno iz tega razloga, ni strahu, da bi takšna sprememba bistveno vplivala na število zaposlenih zdravnikov v javnem zdravstvu. Žal je takšna sprememba tako pomembna politična odločitev, da se je veliko odločevalcev izogiba, njena uresničitve pa je precej nerealna.

Tako vključitev povsem zasebnih izvajalcev v javno zdravstvo, kot tudi prepoved opravljanja zdravstvene dejavnosti hkrati v javnem in zasebnem sektorju, sta dve izmed možnih rešitev, ki bi vplivali na zmanjšanje čakalnih dob in zadržali domače paciente v domačem zdravstvu. Takšna ureditev, ki bi dala pacientom možnost izbire izvajalca, bi odvrčala od iskanja čezmejnih zdravstvenih storitev tudi zato, ker se večina ljudi, v kolikor obstajajo za to normalni pogoji, raje zdravi v domačem okolju, kjer prednost predstavlja že samo sporazumevanje kot tudi občutek bližine doma.

Čeprav ozaveščanje o pravici do čezmejnega zdravljenja narašča, se je velik del zavarovancev še vedno ne poslužuje. Glede na statistične podatke, ki izhajajo iz poročila ZZZS, ne morem sklepati, da se veliko število zavarovancev svoje pravice ne zaveda, zagotovo pa lahko trdim, da se veliko število njih, za zdravstvene storitve v tujini z možnostjo povračila stroškov ne odloča. Zakaj je temu tako, ni jasno, razmišljam pa, da na to vpliva nepoznavanje prava, previsoki stroški, sprejemljivo čakanje na zdravstveno storitev, občutek domačnosti v primeru zdravljenja doma ali več teh dejavnikov skupaj. Danes smo priča tudi podjetjem, ki so ureditev vseh papirjev potrebnih za odhod na čezmejno zdravljenje oziroma povračilo nastalih stroškov in iskanje zdravstvenih izvajalcev, spremenila v uspešen posel.

Namen novih pravnih okvirov, ki želijo čim bolj poenotiti možnosti zdravljenja državljanom EU, ni množično odhajanje pacientov po zdravstveno oskrbo v druge države članice EU in povzročanje preglavic državam nosilkam zdravstvenih zavarovanj, temveč ponuditi ustrezno alternativo, ko zavarovana oseba ne vidi ustrezne rešitve v domači državi. Veseli smo lahko, da takšno izbiro imamo, zato bi se danih pravic, v upravičenih primerih, morali tudi posluževati.

8. Viri

Knjige in članki

Batagelj K., Herghout A.: Direktiva o čezmejnem zdravstvenem varstvu: pomisleki glede kakovosti zdravljenja v drugi državi članici, Pravna praksa, leto 34, št. 36/37, 2015.

Bubnov-Škoberne, A.: Pravice zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev v obveznem zdravstvenem zavarovanju, Medicina in pravo: izbrana poglavja 2001-2003, Maribor, Splošna bolnišnica Maribor, 2004.

Cigrovski, J.: Bolnišnično zdravljenje v tujini, Pravna praksa, leto 25, št. 19/20, 2006.

Erbežnik, A.: Odobritev zdravljenja v drugi državi članici EU, Pravna praksa, leto 26, št. 35, 2007.

Erbežnik, A.: Pravica do zdravljenja v tujini – ureditev EU in praksa Sodišča ES, Pravna praksa, leto 27, št. 12, 2008.

Godina, E.: Direktiva EU o zdravstvenih storitvah, Pravna praksa, leto 27, št. 19, 2008.

Godina, E.: Direktiva Evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva, Delavci in delodajalci, letn. 9, št 2-3, 2009.

Godina, E.: Predlog Direktive o uveljavljanju pravic pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva, Pravna praksa, leto 27, št. 29-30, 2009.

Grumec, J.: Vpliv evropske integracije na organiziranost (slovenskega) zdravstvenega sistema – dileme, Pravna praksa, leto 33, št. 44, 2014.

Hojnik, J.: Čezmejno zdravljenje v EU: Ravnotežje med interesi pacientov in držav članic, Medicina in pravo: sodobne dileme III, Univerza v Mariboru, Pravna Fakulteta, 2014.

Hojnik, J.: Pravice evropskih bolnikov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva v EU: na poti k enotnemu zdravstvenemu območju, Zdravstveni vestnik, letn. 81, 2012.

Knez, R.: O pravici do čezmejnih zdravstvenih storitev po Direktivi 2011/24/EU, Medicina in pravo: sodobne dileme III, Univerza v Mariboru, Pravna Fakulteta, 2014.

Pogorelčnik, N.: Na plačano zdravljenje v tujino, tudi če je v domači državi članici medicinska oprema pomanjkljiva, Pravna praksa, leto 33, št. 40-41, 2014.

Popovič, B.: Ali bodo slovenski izvajalci zdravstvenih storitev enakopravno obravnavani z izvajalci drugih držav?, Medicina in pravo: sodobne dileme III, 2014.

Rataj, P.: Odobritev čezmejnega zdravstvenega varstva (Odobritev zdravstvenega varstva v tujini), Delavci in delodajalci, letn. 15, št. 1, 2015.

Rednak, A.: Kako dolgo se čaka v ortopediji? Leta predolgo. Finance, 210/5063, 2019.

Savšek B.: Dileme odločanja o pravici do zdravljenja v tujini, Pravna praksa, leto 37, št. 49/50, 2018.

Savšek B.: Kdaj so izčrpane možnosti zdravljenja v Republiki Sloveniji?, Pravna praksa, leto 38, št. 1/2, 2019.

Skubic, Z.: Stroški zunajbolnišničnega zdravljenja v drugi državi članici – dopustne omejitve povračila po pravu EU, Pravna praksa, leto 30, št. 2, 2011.

Strban, G.: Globalizacija in prost pretok zdravstvenih storitev, Pravni vidiki slovenske samobitnosti leto po vstopu v EU, Ljubljana, Pravna fakulteta Univerze v Ljubljani, 2014.

Strban, G.: Izzivi obveznega zdravstvenega zavarovanja: Iskanje ravnovesja med javno in zasebno odgovornostjo za zdravje, Delavci in delodajalci, letn. 14, št. 2-3, 2014.

Strban, G.: Predvidene novosti v obveznem zdravstvenem zavarovanju, Delavci in delodajalci, letn. 17, št. 4, 2017.

Strban, G.: Pravica do zdravljenja v drugi državi članici EU, Pravna praksa, leto 28, št. 11, 2009.

Strban, G.: Razmerje med pravico do zdravljenja v tujini in pravico do zdravljenja v domači državi, Medicina in pravo: sodobne dileme III, Maribor, Univerza v Mariboru, Pravna Fakulteta, 2014.

Strban, G.: Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja, Ljubljana, Cankarjeva založba, Scientia Iustitia, 2005.

Strban, G.: Uveljavitev nove Uredbe o koordinaciji sistemov socialne varnosti v EU, Pravna praksa, leto 29, št.1, 2010.

Strban, G. in drugi: Access to a healthcare in cross-border situations, Analytical Report 2016, Report prepared for the European Commission, FreSsco, 2017.

Tabaković, Arnuš, J.: Povračilni zahtevki stroškov zdravljenja nujne medicinske pomoči v državi članici EU, Pravna praksa, leto 32, št. 1, 2013.

Pravni viri

Direktiva 2011(24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu.

Obligacijski zakonik (OZ), Ur. l. RS, št. 97/07 – uradno prečiščeno besedilo, 64/16 – odl. US in 20/18 – OROZ631.

Odredba o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev, Ur. l. RS, št. 6/14.

Pogodba o delovanju Evropske unije UL C 202, 7. junij 2016.

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (POZZ), Ur. l. RS, št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96, 47/97, 3/98, 3/98, 51/98 – odl. US, 73/98 – odl. US, 90/98, 6/99 – popr., 109/99 – odl. US, 61/00, 64/00 – popr., 91/00 – popr., 59/02, 18/03, 30/03, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06-
popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14 – odl. US, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS in 64/18.

Pravilnik o evropski kartici zdravstvenega zavarovanja, Ur. l. RS, št. 56/04 in 6/08.

Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah, Ur. l. RS, št. 3/18.

Uredba (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti.

Uredba (ES) št. 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 16. septembra 2009 o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti.

Ustava Republike Slovenije (URS), Ur. l. RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121,140,143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90,97,99 in 75/16 – UZ70a.

Zakon o delovnih in socialnih sodiščih (ZDSS), Ur. l. RS, št. 2/04, 10/04 – popr., 45/08 – ZArbit, 45/08 – ZPP-D, 47/10 – odl. US, 43/12 – odl. US in 10/17 – ZPP-E.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), Ur. l. RS, št. 15/08 in 55/17.

Zakon o splošnem upravnem postopku (ZUP), Ur. l. RS, št. 24/06 – uradno prečiščeno besedilo, 105/06 – ZUS-1, 126/07, 65/08, 8/10 in 82/13.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), Ur. l. RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17 in 1/19 – odl. US.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), Ur. l. RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K in 36/19.

Sodna praksa Sodišča Evropske Unije

B.S.M. Geraets-Smits proti Stichting Ziekenfonds VGZ in H.T.M. Peerbooms proti Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, C-157/99, EU:C:2001:404.

Decker proti Caisse de maladie des employes privés, C-120/95, EU:C:1998:167.

Dediči od Annette Keller proti Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) in Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Ingesa), C-145/03, EU:C:2005:211.

Elena Petru proti Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Sibiu in Casa Națională de Asigurări de Sănătate, C-268/13, EU:C:2014:2271.

Evropska komisija proti Republiki Franciji, C-512/08, EU:C:2010:579.

Evropska komisija proti Portugalski, C-255/09, EU:C:2011:695.

Evropska komisija proti Republiki Sloveniji, C-185/11, EU:C:2012:43.

I proti Health Service Executive, C-225/13-I, EU:C:2014:1291

Idryma Koinonikon Asfaliseon proti Vasileiosom Ioannidisom, C-326/00, EU:C:2003:101.

Kohl proti Union des Caisses de maladie, C-158/96, EU:C:1998:171.

Luisi in Carbone proti Ministero del Tesoro, C-286/82 in 26/83, EU:C:1984:35.

Manuel Acera Herrera v Servicio Cántabro de Salud, C-466/04, EU:C:2006:405.

V.G. Müller-Fauré proti Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA in E.E.M. van Riet proti Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen, C-385/99, EU:C:2003:270.

Yvonne Watts v Bedford Primary Care Trust and Secretary of State for Health, C-372/04, EU:C:2006:325.

Sodna praksa Delovnega in socialnega sodišča, Višjega delovnega in socialnega sodišča in Vrhovnega sodišča RS

Sodba III Ps 406/2016 z dne 16.7.2017.

Sodba Psp 425/2009 z dne 17.12.2009.

Sodba Psp 135/2010 z dne 24.06.2010.

Sodba Psp 280/2010 z dne 03.11.2010.

Sodba Psp 136/2011 z dne 13.04.2011.

Sodba Psp 181/2011 z dne 26.05.2011.

Sodba Psp 362/2011 z dne 10.11.2011.

Sodba Psp 366/2011 z dne 10.11.2011.

Sodba Psp 324/2011 z dne 23.11.2011.
Sodba Psp 380/2011 z dne 23.11.2011.
Sodba Psp 422/2012 z dne 24.01.2012.
Sodba Psp 38/2012 z dne 16.02.2012.
Sodba Psp 331/2012 z dne 20.09.2012.
Sodba Psp 437/2013 z dne 20.02.2014.
Sodba Psp 391/2014 z dne 06.11.2014.
Sodba Psp 480/2015 z dne 04.02.2016.
Sodba Psp 392/2016 z dne 10.11.2016.
Sodba Psp 408/2016 z dne 05.01.2017.
Sodba Psp 16/2017 z dne 23.03.2017.
Sodba Psp 153/2017 z dne 25.05.2017.
Sodba Psp 479/2017 z dne 25.01.2018.
Sodba Psp 57/2018 z dne 07.06.2018.
Sodna Psp 324/2018 z dne 07.06.2018.
Sodba Psp 235/2018 z dne 24.08.2018.
Sodba Psp 359/2018 z dne 29.11.2018.
Sodba Psp 312/2018 z dne 12.12.2018.
Sodba Psp 455/2018 z dne 20.02.2019.
Sodba Psp 661/2008 z dne 17.03.2019.
Sodba Psp 30/2019 z dne 31.03.2019.
Sodba VII Ips 273/2017 z dne 15.05.2018.

Internetni viri

Čakalne dobe

<https://www.cakalnedobe.si/nasvet/evropska-zdravstvena-izkaznica/> (14.7.2019)

Časopisno podjetje Delo

<https://www.delo.si/nedelo/kristof-zevnik-stavkati-bi-morali-pacienti.html> (14.9.2019)

Časopisno podjetje Dnevnik

<https://www.dnevnik.si/1042757454> (14.7.2019)

Čečkarije

<http://ceckarije.si/2018/06/13/matej-beltram-placano-kosilo-ki-ga-ne-dobis/> (14.7.2019)

Evropska Komisija

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=857&langId=sl&intPageId=1304> (7.9.2019)

[file:///C:/Users/Domen/Downloads/FreSsco_AR2016_Cross-borderHC_20170210FINAL%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Domen/Downloads/FreSsco_AR2016_Cross-borderHC_20170210FINAL%20(1).pdf) (7.9.2019)

E-naročanje – čakalne dobe

<https://cakalnedobe.ezdrav.si/> (7.9.2019)

Ministrstvo za zdravje RS

http://www.mz.gov.si/si/za_izvajalce_zdravstvenih_storitev/izvajanje_zdravstvene_dejavnosti/zasebniki_s_koncesijo/ (14.7.2019)

<https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Organizacija-zdravstvenega-varstva/Javna-mreza-primarne-zdravstvene-dejavnosti-v-Republiki-Sloveniji.pdf> (26.12.2019)

Nacionalna kontakta točka

<http://www.nkt-z.si/wps/portal/nktz/home/abroad/planned/> (14.7.2019)

Nacionalni inštitut za javno zdravje

https://www.nijz.si/sl/publikacije?field_ciljna_skupina_publikacije_tid=All&field_podrocje_publikacije_tid=All&field_tip_publikacije_tid=All&field_oblika_publikacije_tid=All&field_1eto_objave_tid=1621 (7.9.2019)

https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/porocilo_enarocanje_1_7_2019.pdf (7.9.2019)

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

https://zavarovanec.zzzs.si/wps/portal/portali/azos/zav_tujina/pravice_tujina/ (14.7.2019)

https://zavarovanec.zzzs.si/wps/portal/portali/azos/zav_tujina/povracila_tujina!/ut/p/z1/lZBbC4JAEIV_0syuu6s9yhq5i5YgXpqXMAgRvPQQQf8-o6esLOdt4Dtz5hgwKIH66trU1aUZ-qod9z2pg8LYDw2ycMOYRmO1J5w0dzBwoZgFmABapPeE9dFIFUIXrjgi-0-PX8bHhf7vAM2ft0B1OxzHqgggV7OdyCWaaO0ENIYMNU6BD2F_2dFsnkfdE0A_f3CT2Kw5cg7bcOhOcO6yLCtvqWmS-g7ggu2w/dz/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/ (14.7.2019)

<https://www.zzzs.si/tujina> (14.7.2019)

https://zavarovanec.zzzs.si/wps/portal/portali/azos/pravice_zdravstvenih_storitev/javna_zdr_s_luzba!/ut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfjjo8ziTQxdPd2N_Q08DbwMnA0cHcP8LfycvI0NTAz1C7IdFQHPkj7L/ (14.9.2019)

Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

[http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/8ba7cb093e9155ebc12583c80038f7cd/\\$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%20za%20leto%202018_16.4.2019.pdf](http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/8ba7cb093e9155ebc12583c80038f7cd/$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%20za%20leto%202018_16.4.2019.pdf) (14.7.2019)

Radio in televizija Slovenije

<https://www.rtv slo.si/zdravje/novice/druzinskih-zdravnikov-primanjkuje-ali-je-resitev-uvoz/483670> (7.9.2019)