

Integracija Direktive 2001/24/EU u Hrvatsko zdravstveno zakonodavstvo te njezina primjena

Dodig, Vedran

Master's thesis / Diplomski rad

2014

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:292147>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-24**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine
Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Vedran Dodig

**Integracija Direktive 2011/24/EU u
hrvatsko zdravstveno zakonodavstvo
te njezina primjena**

Diplomski rad



Zagreb, 2014.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Katedra za medicinsku statistiku, epidemiologiju i medicinsku informatiku, pod vodstvom prof. dr. sc. Jadranke Božikov i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2014./2015.

Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.1. Kratak osvrt ulaska RH u EU.....	1
1.2. Prekogranična zdravstvena zaštita u EU prije donošenja Direktive 2011/24/EU.....	3
1.3. Razvoj i pretpostavke EU legislative za stvaranje prekogranične zdravstvene zaštite.....	4
2. Zdravstveni sustav europskih zemalja.....	5
2.1. Problemi suvremenih europskih zdravstvenih sustava u kontekstu prekogranične zdravstvene zaštite.....	7
3. Zainteresiranost građana EU za prekograničnu zdravstvenu zaštitu.....	9
4. Uredba 1408/71.....	16
5. Uredba 883/2004/EC.....	21
6. Direktiva 2011/24/EU.....	24
6.1. Postupak donošenja nove Direktive o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti.....	24
6.2. Direktiva 2011/24/EU ⁴⁰ o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti.....	25
6.3. Liječnički recept.....	26
6.4. Medicinska dokumentacija.....	26
6.5. Nacionalni kontakti centar.....	27
6.6. Odgovornost za štetu.....	28
6.7. Zabrana diskriminacije.....	29
6.8. Povrat troškova.....	29
6.9. Prethodno odobrenje.....	30
6.10. Europska referentna mreža i rijetke bolesti.....	31
6.11. Ostala područja važenja.....	32
7. Rasprava.....	34
8. Zaključak.....	39
9. Zahvale.....	40
10. Literatura.....	41
11. Životopis.....	43

Sažetak

Integracija Direktive 2011/24/EU u hrvatsko zdravstveno zakonodavstvo te njezina primjena

Vedran Dodig

Pravo na zdravstvenu zaštitu jedno je od temeljnih prava propisano Maastrichtskim Ugovorom, temeljnim dokumentom EU. Zdravstvena zaštita građana EU kompleksan je i sveobuhvatan sustav u koji se RH uključila 01. Svibnja 2013. Pristupanjem Europskoj uniji. Članstvo u Europskoj uniji Hrvatskoj je donjelo pregrš mogućnosti ali isto tako i pregrš obveza. Jedna od tih obveza bila je prilagodba Hrvatske legislative s Europskom. Kako je zdravstvena legislativa bila samo dio velike skupine pravila i propisa isti su ostali uglavnom ne zamijećeni od strane građana Republike Hrvatske. Direktiva 2011/24/EU usvojena je nekoliko mjeseci kasnije te bila puno više medijski popraćena. Cilj Direktive je regulacija jasnih i jednostavnih pravila prekogranične zdravstvene zaštite na koju građani Europske unije imaju pravo od samih početaka postojanja iste. Iako je Direktiva implementirana u Hrvatsko zakonodavstvo njena građanska implementacija ostala je uglavnom nezamijećena. Velik broj vrlo diskutabilnih pitanja ostao je otvoren ne samo za Hrvatsku već i za druga zemlje članice Europske unije. Svako tri godine od stupanja na snagu diskutira se o uspješnosti provedbe Direktive koja je za većinu zemalja članica Europske unije ostala ipak samo dokument dobre volje. Kako će treći daljnja provedbena implementacija tog dokumenta vrlo je teško pitanje na koje kvalitetan odgovor može dati samo vrijeme.

Ključne riječi: zdravstvena zaštita, Europska unija, prilagodba legislative, Direktiva 2011/24/EU, provedba, izazovi

Summary

Implementation of Directive 2011/24/EU into the Croatian legislative

Vedran Dodig

The right to health care is one of the fundamental rights laid down by the Maastricht Treaty, the main document of the European union. Health protection of European union citizens is a complex and comprehensive system in which Croatia Became a stakeholder by joining the European union on the 1st of May 2013. Being member of the European Union has brought Croatia many opportunities but also a handful of commitments. One of these obligations was adaptation of European legislation. Knowing that the health legislation ‘‘package’’ was part of a larger set of rules and regulations in generally it has not been noticed by the Croatian citizens. Directive 2011/24 / EC was adopted a few months later and received a lot more media coverage. The Directive main aims are to clarify and simplify rules of cross-border healthcare access for citizens of the European Union. Although the directive has been implemented in the Croatian legislation a civil implementation remained largely unnoticed. A large number of very questionable issues remained unanswered not only for Croatia but also for other EU countries. Every three years from the entry into force the implementation of the Directive has to be discussed. However the success of the Directive has remained largely on an voluntarily decision basis for most EU member states. Time will show if the main ideas of the Directive have been accomplished.

Key words: health care, European union, health legislation, Directive 2011/24 / EC, implementation, accomplished

1. Uvod

Republika Hrvatska je ulaskom u Europsku uniju 2013. godine stekla punopravno članstvo koje je uz niz prednosti, beneficija i prilika Hrvatskoj donijelo i velik broj odgovornosti, zadataka i obveza. Između pregršt pravila, pravilnika, statuta, zakona i sl. koje se RH obvezala uskladiti kako bi stekla pravo ulaska u EU našao se i zdravstveni sustav Republike Hrvatske na čelu sa svojim Ministarstvom zdravlja, te mjerodavnim institucijama kao glavnim akterima u izvođenju tog, prije svega kompleksnog i odgovornog posla. Uspješno izvršavanje tog zadatka bio je jedan od preduvjeta za pristupanje Hrvatske Europskoj uniji, a samim time i pristupanje jednom vrlo velikom i kompleksnom sustavu prekogranične i međunarodne zdravstvene zaštite kojeg nam ta ista Unija otvorila svojim ulaskom. Tema ovog rada jest upravo taj prekogranični okvir zdravstvene zaštite čijim smo dionikom postali samim ulaskom u Europsku uniju i koji nam je, prije slučajno nego namjerno, polako počeo razotkrivati stvarnost hrvatskog zdravstva, te odgovarati na vječno pitanje zdravstvenih djelatnika i svih onih koji posredno i neposredno sudjeluju u hrvatskom zdravstvu: "Koliko je kvalitetna zdravstvena zaštita u Hrvatskoj?" Kako je ovo neizostavno interdisciplinarna tema (pravnomedicinska) zamisao autora bila je svojevrsna usporedba onoga što je Direktiva 2011/24/EU "trebala biti" i onoga što ona danas uistinu je. U svrhu postizanja tog cilja, a kako je ovaj rad izrađen na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, korištena su pravna tumačenja pravnika Ivana Malenice koji je specijalizirao zdravstveno pravo na Pravnom fakultetu Sveučilišta u Splitu.

1.1. Kratak osvrt ulaska RH u EU

Ulaskom u Europsku Uniju 01. srpnja 2013. godine Republika Hrvatska je postala punopravna članica te iste. Hrvatska je podnijela zahtjev za punopravno članstvo 21. veljače 2003. godine, a službeni status kandidata za članstvo u Europskoj uniji dobila je 18. lipnja 2004. godine. Pregovori su službeno otvoreni 3. listopada 2005. godine nakon što je haška tužiteljica potvrdila potpunu suradnju Hrvatske sa Haškim sudom što je ujedno i bio posljednji uvjet za otvaranje pretpristupnih pregovora. Nakon godinu dana analize

usklađenosti Hrvatskog zakonodavstva s europskim propisima započeli su pregovori kojima je bio cilj fokusirati se na uvjete pod kojima će Republika Hrvatska usvojiti, implementirati i izvršavati pravnu stečevinu Europske unije. Zanimljivo je i prije svega potrebno istaknuti da je *hrv. riječ "pregovori"* u Hrvatskom enciklopedijskom rječniku definirana kao *"iznošenje oprečnih ili različitih stavova radi usklađivanja i nalaženja onoga što je u zajedničkom interesu"*, što je vrlo oprečno procesu prilagodbe sadržaja pravne stečevine o kojem se u suštini ne pregovara. Naime, pregovori se temelje na načelu da svaka država kandidatkinja tijekom pregovora mora usvojiti cjelokupnu pravnu stečevinu. Iz stog razloga u nastavku ovog rada upotrebljavat ću *hrv. riječ "prilagodba"* koja je u istom rječniku definirana kao *"proces u kojem subjekt čini da odgovara sredini i prilikama u kojima se nalazi"*. Prilagodba hrvatskog zdravstvenog sustava europskom zdravstvenom sustavu bio je vrlo složen i dugotrajan proces, te će zasigurno malo tko ustvrditi da je, i na sam dan pristupanja Hrvatske Europskoj uniji, taj isti bio u potpunosti dovršen. Naravno, pitanje je da li će taj proces ikada biti dovršen i da li je Republika Hrvatska na čelu sa svojim nadležnim ministarstvom i mjerodavnim institucijama sposobna implementirati pravila koje nam je Europska unija postavila kao zadatak. U tom procesu ne treba tražiti iracionalni perfekcionizam i daleko od toga, institucije Europske unije ga i ne traže, ali ono što nam uvijek preostaje je pitanje da li možemo bolje i ako možemo koliko bolje možemo? Prije svega potrebno si je postaviti pitanje zašto nam je toliko bitno slušati upute, preuzimati zadatke i poštovati dogovore koje nam tako reći nameće Europska unija? Za razliku od nekih drugih država članica, primjerice Njemačke, Francuske, Velike Britanije kao i država u Europi koje nisu članice EU (Švicarska i Norveška) Hrvatska nažalost, kao relativno mlada i neiskusna država nije pokazala sposobnost vođenja stabilne i održive razvojne politike. Stvarnost Republike Hrvatske se danas nalazi negdje između *Scile* neodgovornog i kratkoročnog razmišljanja hrvatskih vođa i *Haribde* izostalih reforma koje su bile prijeko potrebne, a nisu se dogodile, te su tu istu Hrvatsku danas doveli u nezavidnu poziciju ogromnog vanjskog duga, te stalnog financijskog deficita kojemu se ne nadzire kraj. Europska unija kao krovna zajednica koja ujedinjuje gotove sve najrazvijenije europske države, a koja pak njeguje stabilnost, održivi razvoj i jednakost među članicama svojim primjerom davno je pokazala da može itekako biti primjer funkcioniranja jedne ozbiljne institucije, te samim time njezin autoritet prema Hrvatskoj ne bi trebao biti predmet rasprave. Uzimajući to u obzir uplitanje u obliku bilo kakvog savjeta, zakona ili zahtjeva institucija Unije u postupanje, poslovanje i planiranje Hrvatske budućnosti može joj biti samo od koristi.

1.2. Prekogranična zdravstvena zaštita u EU prije donošenja Direktive 2011/24/EU

Kao što je već prije navedeno, prilagodba europske zdravstvene legislative hrvatskoj legislativi bio je vrlo složen i kompleksan proces koje je bio predvođen od strane ondašnjeg Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi (danas Ministarstvo zdravlja). Zajedno s paketom izmjena zdravstvene legislative, koje je Hrvatska morala prilagoditi, stigao je i "pod-paket" koji regulira postojanje i funkcioniranje prekogranične zdravstvene zaštite na koju građani Unije imaju pravo od samih početaka postojanja Unije. Korištenje prekogranične zaštite najnormalnija je privilegija koju građani EU uživaju još od davne 1971. kada je ista bila regulirana Uredbom Vijeća Europe br. 1408/71. Pravila koje je propisivala Uredba 1408/71. o primjeni sustava socijalne sigurnosti za zaposlene, samozaposlene osobe i članove njihove obitelji koji se kreću unutar granica tadašnje Europske ekonomske zajednice (EEZ) bila su izmjenjivana više puta što je s vremenom dovelo do velike složenosti. U početku, vrlo jednostavna i jasna uredba o primjeni sustava socijalne sigurnosti pridruživanjem novih članica EU i samim time povećanjem količine pravila koja je ista sadržavala, postala je predugačak i presložen dokument da bi se u njemu snalazili pravnici, a kamoli laici. Navedeni čimbenici, te spoznaja da će se EU i dalje širiti iskristalizirala je jasnu potrebu moderniziranja i pojednostavljivanja tog dokumenta kako bi se uvjeti slobodnog kretanja osoba u Europskoj Uniji ponovno pojednostavnili na razinu koju te iste mogu razumjeti. Nova Uredba 883/2004/EC trebala je napraviti baš to, zamijeniti i dotjerati staru Uredbu 1408/71. Cilj koji je nova uredba imala bio je pojednostaviti postojeća pravila EU vezana uz koordinaciju država članica oko sustava socijalne sigurnosti kroz jačanje suradnja između institucija socijalne sigurnosti i poboljšanje metode razmjene podataka među njima. Međutim, iako je nova uredba uredila mnogo toga, ostao je ipak jedan dio pacijenata koji su, kako ćemo kasnije vidjeti, kroz nekoliko presuda Europskog suda pokazali da ipak postoje situacije koje ta ista ne obuhvaća. Iz tog razloga Europska komisija započela je 2006. godine novi proces konzultacija i rasprava u svezi prava na pristup prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti. Komisija je smatrala je da potrebno izraditi direktivu kojom bi se nastojalo postići općenitija i djelotvornija primjena načela koja je razradio Europski Sud za svaki pojedini slučaj. Rezultat toga bilo je objavljivanje prijedloga nove Direktive 2. srpnja 2008. godine. Nakon tri godine vrlo intenzivne rasprave oko toga koliko detaljno direktiva mora obuhvatiti neke pojmove ista

je izglasana 09. ožujka 2011. godine te je Europski parlament i Vijeće Europske unije donijelo Direktivu 2011/24/EU.

1.3. Razvoj i pretpostavke EU legislative za stvaranje prekogranične zdravstvene zaštite

Otkad postoje granice između pojedinih država unutar Europe, ljudi su te granice prelazili tijekom svojih putovanja. Kako je vrijeme prolazilo broj putovanja se sve više povećavao. Isto tako kada su u pitanju zdravstvene usluge ljudski rod mogao je svjedočiti golemom napretku medicine u posljednjih nekoliko desetljeća koji je doveo do toga da se opseg ponuda zdravstvene zaštite povećao do neslučenih razmjera. Visokosofisticiranim postupcima, proširenjem spoznaja, te registrom lijekova koji pokriva široki spektar današnjih oboljenja, prosječni vijek čovjeka u posljednjih stotinu godina gotovo se udvostručio. Sve do uspostavljanja instituta prekogranične zdravstvene zaštite unutar Unije, svatko tko je imao potrebu za zdravstvenom zaštitom izvan granica svoje matične zemlje, bio je prepušten sam sebi. Danas se pak građani Unije mogu pohvaliti sustavom prekogranične zdravstvene zaštite kojeg gotovo malo tko u svijetu ima. Svakodnevno na tisuće građana zemalja Europske unije koriste usluge zdravstvene zaštite van svoje države koje su im plaćene od strane vlastite države ili pak te iste usluge plaćaju na licu mjesta pa naknadno podnose zahtjev za povratom novca. Razvoj sustava prekogranične zdravstvene zaštite možemo pratiti i preko razvoja same Europske unije i njezinih osnivačkih ugovora, počevši od Europske zajednice za ugljen i čelik, potom Europske ekonomske zajednice, Europske zajednice sve do Europske unije. Ta ista institucija predstavlja jedinstvenu organizaciju koja se sastoji od dvadeset i osam članica, a koje su se do sada odrekli, ali koje će se i u budućnosti odreći nekih svojih suverenih prava. U slučaju sukoba prava Europske Unije i prava pojedine države članice, kao što je i u samom uvodu navedeno, pravo Unije ima veću pravnu snagu.

Pravni okvir Europske Unije sastoji se od serije ugovora i propisa donesenih od strane Europskog parlamenta i Europske komisije. Rimski ugovor o osnivanju Europske ekonomske zajednice (Treaty establishing European Economic Community - EEC treaty), koji je potpisan u Rimu 1957. godine u članku 2. specificira da "Zajednica ima kao svoj zadatak, uspostavu zajedničkog tržišta i postupno približavanje ekonomskih politika zemalja članica, te

promovirati u cijeloj zajednici skladan razvoj gospodarskih aktivnosti, kontinuirano i uravnoteženo širenje, povećanje stabilnosti, ubrzano podizanje životnog standarda i bliži odnos među državama koje pripadaju toj zajednici".

To zajedničko tržište se temelji na poznate "četiri slobode", odnosno slobodno kretanje osoba, usluga, roba i kapitala. To stvara jedinstven ekonomski prostor, koji ostavlja slobodnu konkurenciju među poduzetnicima. Isto tako se u Ugovoru o osnivanju Europske zajednice u članku 18. navodi da svaki građanin Unije ima pravo kretati se i živjeti slobodno na području država članica u skladu s ograničenjima i uvjetima utvrđenim u tom Ugovoru i propisima donesenim za njegovu provedbu. Članak 49. i 50. ugovora o osnivanju Europske zajednice odnosi se na slobodno kretanje roba i usluga unutar Europske zajednice. Članak 49. navodi da ne može biti ograničenja slobode pružanja usluga u odnosu na državljane država članica Europske zajednice, koji su osnovali poduzeće u državi Zajednice koja nije država osobe kojoj su usluge namijenjene. Tekst članka 49. izazvao je konfuziju da li se ta sloboda kretanja roba i usluga treba primijeniti isključivo na domaćoj razini, odnosno je li to sloboda proširena i na prekogranični kontekst. Dodatna konfuzija je nastala u odnosu na subjekte ove slobode, odnosno da li se samo odnosi na europske državljane ili se odnosi i na strane državljane koji traže usluge na europskom teritoriju. Europski sud pravde je pojasnio ta pitanja u nekoliko slučajeva u kojima je bilo potrebno tumačenje članka 49. Utvrdio je da se članak 49. ugovora o osnivanju Europske zajednice odnosi na prekogranično kretanje usluga, te se odnosi samo na državljane zemalja članica Europske unije, odnosno na pravne osobe sa sjedištem u nekoj od zemalja članica. Odredbe ovih ugovora udarile su temelje daljnjoj regulaciji prekogranične zdravstvene zaštite unutar Europske zajednice, a kasnije i Europske Unije (Malenica 2011).

2. Zdravstveni sustav europskih zemalja

Godišnja potrošnja zemalja Europske unije za potrebe zdravstvene zaštite jest otprilike 8.8 % BDP-a, međutim velike su razlike između Rumunjske (5.4%) i Belgije (11.8%). Potrošnja na zdravstvenu zaštitu neprestano raste posljednjeg desetljeća. Povećanje zdravstvene potrošnje, predstavlja ozbiljan problem kako za pojedinca, tako i za pružatelje zdravstvene zaštite, odnosno zdravstvenu politiku i vladu svake države članice. Možemo reći da je taj problem najviše izražen u zemljama članicama Europske unije, gdje su široko priznata prava na socijalnu sigurnost i zdravstvenu zaštitu. Stoga države članice sve više prilagođavaju paketu zdravstvenih usluga svojim financijskim mogućnostima. Većinu država članica EU karakterizira zdravstveni sustav organiziran od strane države, s priznavanjem prava na zdravstvenu zaštitu za sve građane. Ljubljanska povelja iz 1996. godine donosi načela koja bi trebala biti temelj sustava socijalne skrbi i zdravstvenih sustava europskih zemalja. Ova povelja prvenstveno se bavi reformom sustava zdravstvene zaštite u kontekstu Europe, i usmjerena je na načelo da široko utemeljena zdravstvena zaštita dovodi do boljeg zdravlja, te samim time i kvalitete života ljudi. načela donesena u ovoj povelji uključuju razvoj sveobuhvatne zdravstvene politike, usmjerene na poboljšanje javnog zdravstva, susrećući se s potrebama građana a s naglaskom na prevenciju i primarnu zaštitu.

Pitanje organizacije, funkcioniranja, financiranja i dostupnosti zdravstvene zaštite ostavljena je unutrašnjoj politici svake države na reguliranje. Dva osnovna modela zdravstvene zaštite koji u Europi prevladavaju su:

- Bismarckov model
- Beveridgov model

Prema Bismarckovu modelu pravo na zdravstvenu zaštitu se ostvaruje na temelju obveznog zdravstvenog osiguranja. Ovo pravo ostvaruju određena kategorije osiguranika i članovi njihovih obitelji. Zdravstveni se sustav financira putem doprinosa od strane korisnika njegovih usluga. Beveridgov model predstavlja zdravstveni sustav financiran putem poreza, a pravo na zdravstvenu zaštitu ostvaruju svi građani. Zdravstvena zaštita obuhvaća određenu osnovnu razinu zdravstvenih usluga, dok se sofisticiranije usluge i kvalitetniji smještaj moraju pokriti iz sredstava privatnog osiguranja ili direktnim plaćanjem.

2.1. Problemi suvremenih europskih zdravstvenih sustava u kontekstu prekogranične zdravstvene zaštite

Udio troškova zdravstvene zaštite u ukupnoj javnoj potrošnji svake godine sve više raste, a procjene su da će do 2050. godine rasti godišnje oko dva do tri posto BDP-a, sve kao rezultat starenja stanovništva. Povećanje troškova zdravstvene zaštite s druge pak strane prati smanjenje paketa zdravstvene zaštite.

Ključ održivosti sustava zdravstvene zaštite nalazi se u kontroli troškova i povećanju učinkovitosti zdravstvenog sustava, uz prevenciju, te promicanje zdravstvenih mjera poduzetih s ciljem povećavanja godina života provedenih bez bolesti. To stoga iziskuje napore kako bi se poboljšala učinkovitost i djelotvornost zdravstvenog sustava, uz poštivanje zajedničkih europskih ciljeva, a to je u prvom redu univerzalni pristup visoko kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti na financijski održiv način, utemeljen na načelima jednakosti, pravednosti i solidarnosti.

Potreba za reformom zdravstvenog sustava ide u dva smjera:

- Da se osigura minimalni standard zdravstvene zaštite za sve građane te
- Da se racionalizira javna zdravstvena potrošnja.

Nekoliko godina prije serije presuda Europskog suda pravde u svezi s prekograničnom zdravstvenom zaštitom istraživanje Europske komisije pokazalo je zanemariv financijski učinak prekogranične zdravstvene zaštite unutar zdravstvenih sustava država članica Europske Unije.

Na prekograničnu zdravstvenu zaštitu 1999. godine otpadalo je samo između 0.3% i 0.5% ukupnih troškova zdravstvene zaštite, u prosjeku to znači negdje oko 2.00 € po stanovniku Europske unije.

Međutim u manjim zemljama poput Luksemburga, taj iznos po glavi stanovnika jest znatno veći, te iznosi oko 116 € po stanovniku, sto bi značilo da je na prekograničnu zdravstvenu zaštitu otpadalo je oko 9% ukupnih troškova zdravstvene zaštita Luksemburga.

Dakle, u prosjeku 1% javnih zdravstvenih proračuna država članica otpada na prekograničnu zdravstvenu zaštitu. To je negdje otprilike oko 10 milijardi eura na godišnjoj razini. Spoznaja građana o mogućnosti liječenja u drugim državama članicama EU polako se povećava, te je prema istraživanju Eurobarometra 2007. godine, 53% građana Unije spremno otići u drugu državu članicu radi liječenja.

Sto se pak tiče zahtjeva naknade troškova države članice u kojoj je liječenje provedeno prema državi članici iz koje pacijent dolazi, Francuska je prednjačila u tim zahtjevima sa oko 40% svih zahtjeva na razini Europske unije. Prvenstveno je to zbog velikog priljeva turista na područje Francuske, i njihovog korištenja zdravstvenim uslugama.

Osnovni razlog ograničene uporabe instituta prekogranične zdravstvene zaštite leži u činjenici da državi nije u interesu uvoziti zdravstvenu zaštitu i time narušavati financijsku stabilnost vlastitog zdravstvenog sustava, te je stoga odbijanje prethodnog odobrenja često bilo vođeno tom činjenicom.

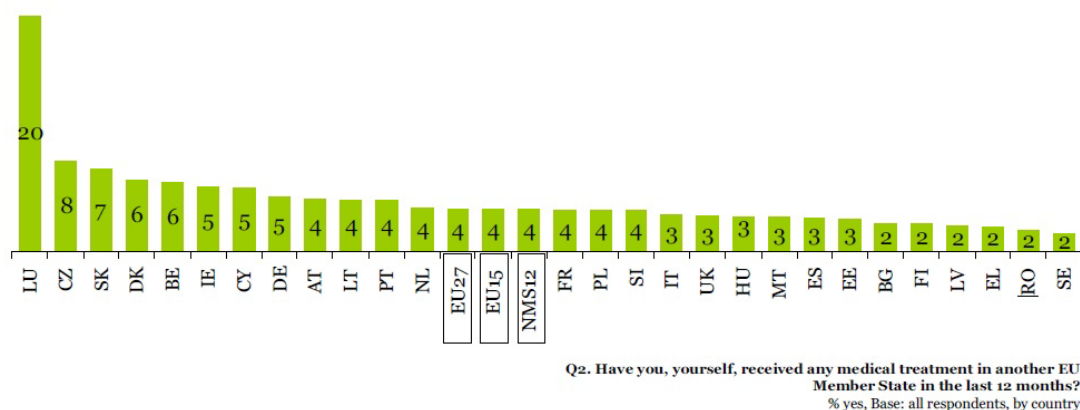
3. Zainteresiranost građana EU za prekograničnu zdravstvenu zaštitu

Kada govorimo o zainteresiranosti građana Europske unije za prekograničnu zdravstvenu zaštitu zapravo prije svega govorimo o nezainteresiranosti ili nemogućnosti tih istih građana da tu zaštitu ostvare u svojoj matičnoj državi. U samoj ljudskoj prirodi je naravno da u slučaju nekakve bolesti, bila ona blage ili teške naravi, zadnje što želi otići daleko od kuće. Međutim, što ako se na zdravstvenu skrb koja mu je potrebna čeka više mjeseci? Što ako je ta ista zdravstvena skrb nekvalitetna ili je pak nekakav prekogranični bolnički centar jednostavno bliži? Upravo ta pitanja bila su tema istraživanja kojeg je provela *"The Gallup Organization"* iz Mađarske pod organizacijom Eurobarometra, institucije koja istražuje javno mnijenje građana Europske Unije. Istraživanje pod nazivom *"Cross - border health services in the EU"* zadnji je put provedeno 2007. godine i vrlo je opsežna studija koja obrađuje problematiku prekogranične zdravstvene zaštite iz perspektive pacijenta. Drugim riječima odgovara nam na prije navedena pitanja sagledavajući svaku članicu posebno te EU kao cjelinu.

Na pitanje "Da li ste u posljednjih 12 mjeseci koristili zdravstvenu skrb u nekoj drugoj članici Europske Unije" , rezultati istraživanja pokazali su da iako velik broj ispitanika razmišlja o korištenju prekogranične zdravstvene zaštite u nekoj od članica EU. Ipak samo mali broj je tu istu iskoristio.

Tablica 1. Rezultati anketnog pitanja "Da li ste u posljednjih 12 mjeseci koristili zdravstvenu skrb u nekoj drugoj članici EU"

Q2. Have you, yourself, received any medical treatment in another EU Member State in the last 12 months?



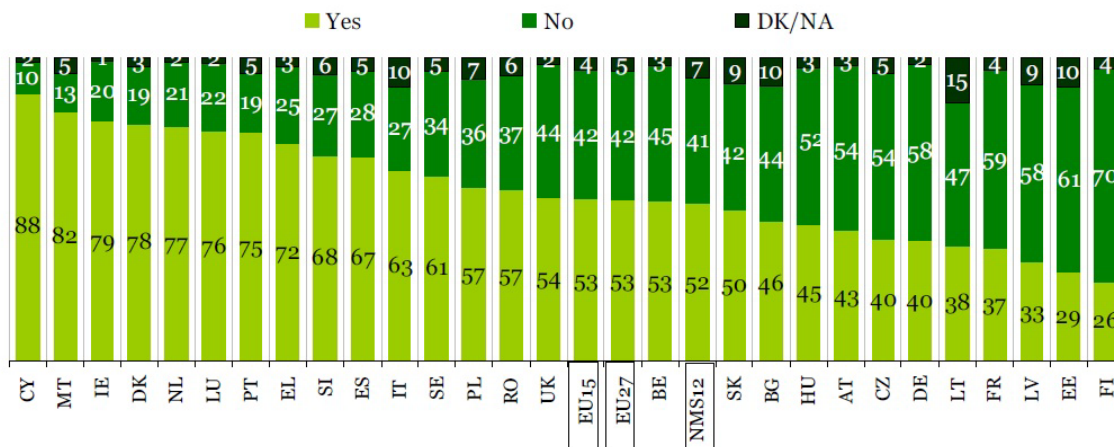
Izvor: Eurobarometar (2007), Cross-border health services in the EU, Analytical report, str.07

Među rezultatima jedino se građani Luksemburga ističu kao redoviti korisnici prekogranične zdravstvene zaštite gdje svaki peti pacijent zdravstvenu skrb potražuje van svoje države, dok je u ostalim članicama Europske unije prosjek od svega 4% . Međutim i na tako mali udio od svega nekoliko postotaka otpada nekoliko milijardi eura što ćemo kasnije vidjeti.

Iz sljedeće pak tablice možemo vidjeti kakva je volja građana da otputuju u neku drugu državu članicu EU u svrhu ostvarivanja neke vrste medicinskog liječenja.

Tablica 2. Da li bi ste bili voljni koristiti zdravstvenu uslugu u drugoj državi članici Europske Unije.

Q3. Would you be willing to travel to another EU country to receive medical treatment?



Q3. Would you be willing to travel to another EU country to receive medical treatment?
%, Base: all respondents, by country

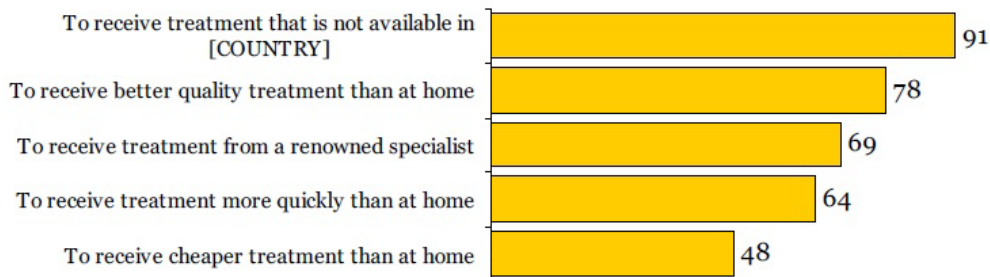
Izvor: Eurobarometar (2007), Cross-border health services in the EU, Analytical report, str.08

Očito je da u prosjeku više od polovice građana razmišlja o tome (EU prosjek 53%), međutim prethodna tablica nam je pokazala kako samo mali broj to i napravi.

Na pitanje "Koji su to razlozi koji bi vas naveli da otputujete u neku drugu državu članicu EU kako bi ostvarili neku vrstu medicinskog liječenja" daleko najjači razlog bi bio nedostatak te iste u matičnoj državi.

Tablica 3. Koji su razlozi zbog kojih bi građani EU otputovali na liječenje u neku drugu državu članicu EU

For which of the following reasons would you travel to another EU country to receive medical treatment?



For which of the following reasons would you travel to another EU country to receive medical treatment?
(Base: % those who would be willing to travel to another EU country to receive medical treatment) % of "Yes"

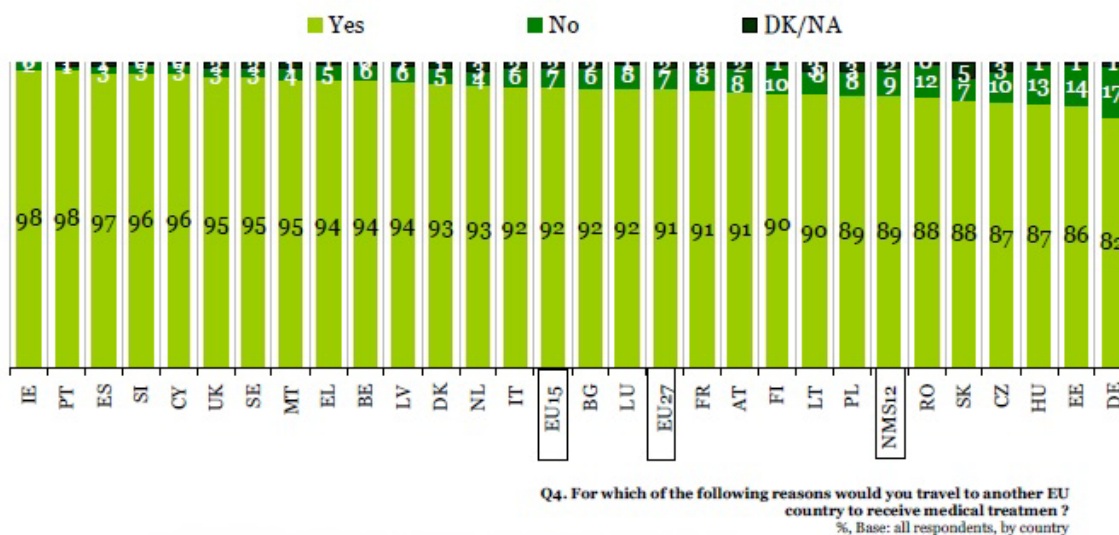
Izvor: Eurobarometar (2007), Cross-border health services in the EU, Analytical report, str.11

Druga dva odgovora prvenstveno se odnose na kvalitetu usluge koja je građanima očigledno puno važnija od količine novca koju bi morali izdvojiti za tu istu, odgovor koji je ujedno na posljednjem mjestu. Iznenadjuće je što je građanima Europske unije puno bitnije da ta ista usluga koja im je pružena bude kvalitetna nego da bude izvršena u nekom kraćem vremenskom roku, drugim riječima građani su spremni izdvojiti više vremena, a očito i više novca da bi dobili kvalitetniju zdravstvenu uslugu.

Prethodnu tvrdnju dodatno nam mogu potvrditi sljedeće tablice u kojim su ispitanici priupitani o svakom pitanju pojedinačno.

Tablica 4. Rezultati anketnog pitanja "Koji su razlozi zbog kojih bi građani EU otputovali na liječenje u neku drugu državu članicu EU – *ostvarivanje liječenja koje nije dostupno u vlastitoj zemlji*"

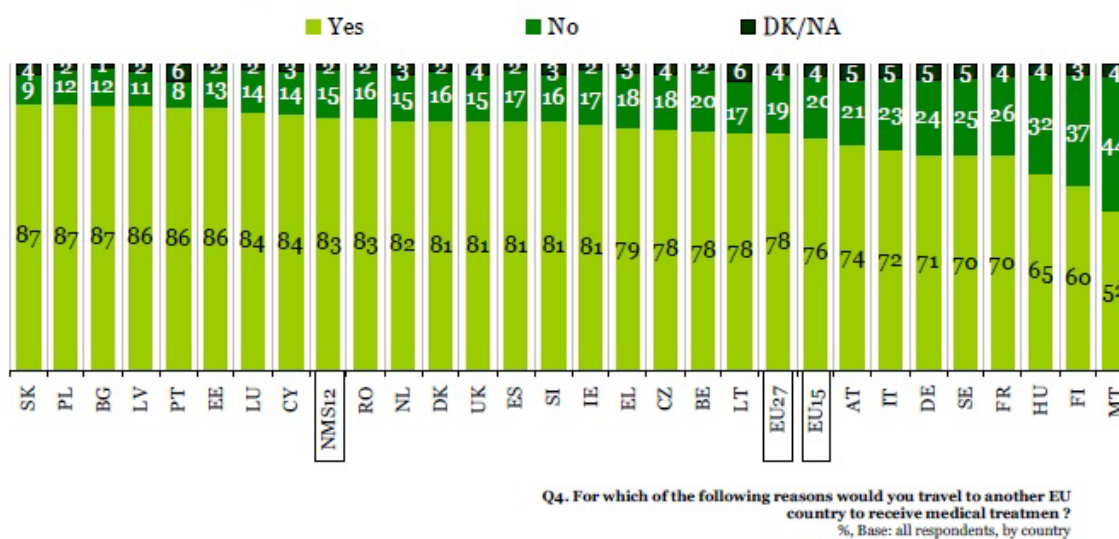
Q4c. For which of the following reasons would you travel to another EU country to receive medical treatment? -
To receive treatment that is not available in [COUNTRY].



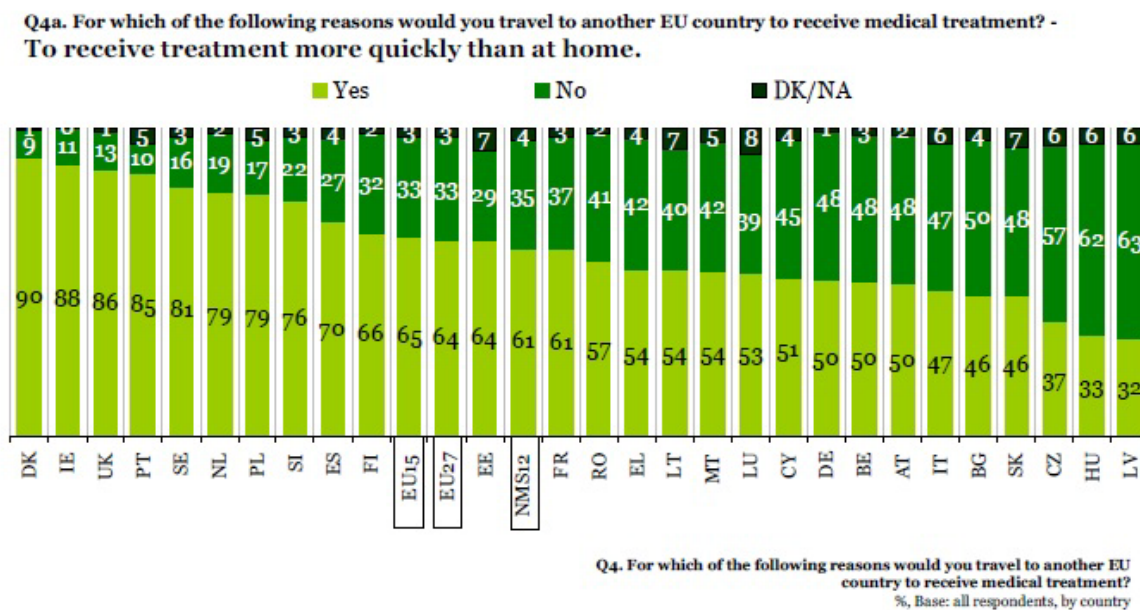
Izvor: Eurobarometar (2007), Cross-border health services in the EU, Analytical report, str.12

Tablica 4. Rezultati anketnog pitanja "Koji su razlozi zbog kojih bi građani EU otputovali na liječenje u neku drugu državu članicu EU – *ostvarivanje liječenja koje je kvalitetnije nego u vlastitoj zemlji*"

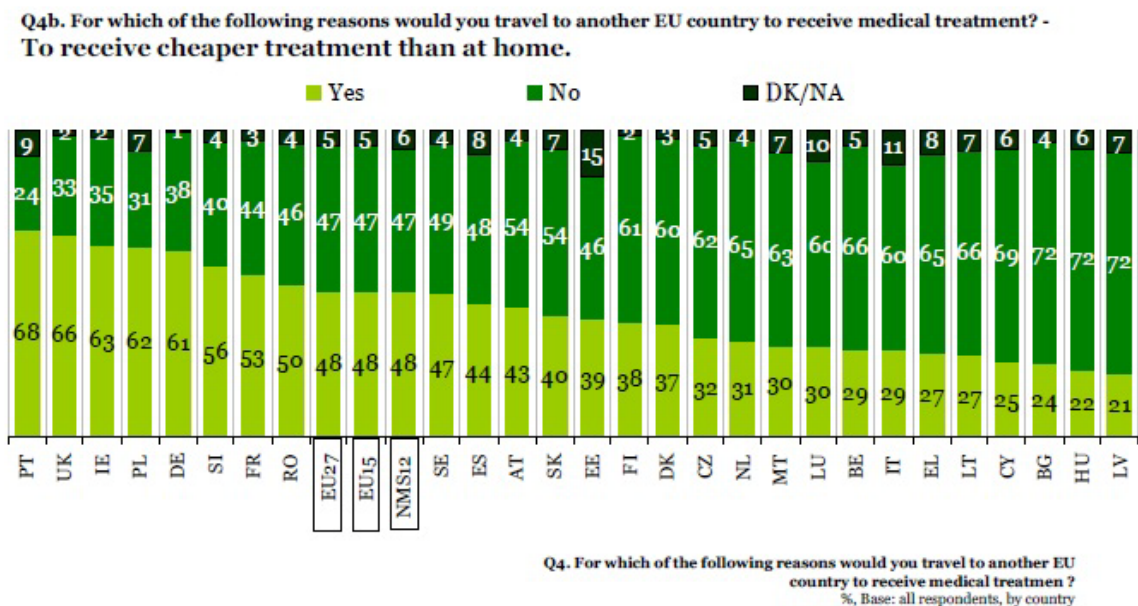
Q4c. For which of the following reasons would you travel to another EU country to receive medical treatment? -
To receive better quality treatment than at home.



Tablica 4. Rezultati anketnog pitanja "Koji su razlozi zbog kojih bi građani EU otputovali na liječenje u neku drugu državu članicu EU – *ostvarivanje liječenja u kraćem vremenskom roku nego u vlastitoj zemlji*"



Tablica 4. Rezultati anketnog pitanja "Koji su razlozi zbog kojih bi građani EU otputovali na liječenje u neku drugu državu članicu EU – *ostvarivanje liječenja koje je jeftinije od onog u vlastitoj zemlji*"



Izvor: Eurobarometar (2007), Cross-border health services in the EU, Analytical report, str.15

Zaključno, sudeći prema podacima Eurobarometra građani Unije preferiraju prije svega kvalitetu kada je u pitanju zdravstvena skrb. Naravno, nedostatak mogućnosti liječenja kod kuće uvijek je bio i vjerojatno će ostati vodeći razlog za odlazak u inozemstvo. Visina cijene zdravstvene usluge građanima Unije najmanje je bitna, ali to ne znači da nije ponekad presudna. Zbog čega postoji veliki raskorak između volje građana Unije da odu van matične države na neku vrstu liječenja i samog čina odlaska teško je odgovoriti, razlozi mogu biti nebrojeni. Od zadovoljstva zdravstvenom skrbi kod kuće, peko straha od odlaska u inozemstvo kada je čovjek najranjiviji do same neinformiranosti pojedinca odgovor na ovo pitanje tema je nekog drugog, vrlo opširnog rada koji bi uključivao jako puno znanstvenih disciplina. Ono što je bitno na kraju još jednom naglasiti je da su građani Unije u svrhu potrage za kvalitetnim liječenjem spremni otići van svoje matične države, a jedan omanji dio tih istih to već radi.

4. Uredbe 1408/71

Prije slučaja *Decker* i *Kohll*, prekogranična zdravstvena zaštita bila je regulirana Uredbom Vijeća Europe br. 1408/71 od 14. lipnja 1971. godine o primjeni sustava socijalne sigurnosti za zaposlene osobe, samozaposlene osobe, i članove njihove obitelji koji se kreću unutar granica Europske ekonomske zajednice. Ubrzo nakon Uredbe 1408/71 donesena je i Uredba (EEZ) br 574/72, koja obuhvaća praktičnu primjenu (nadležnost državnih tijela, administrativne formalnosti, i sl.). Osnovna intencija Uredbe 1408/71 bila je da pruži podršku i pomoć ka stvaranju jedinstvenog i zajedničkog tržišta rada na razini Europske ekonomske zajednice. Prema ovoj uredbi osobe koje prebivaju na području države članice na koje se Uredba primjenjuje, podliježu istim obvezama i uživaju iste pogodnosti prema zakonodavstvu te države članice kao i državljani te države članice. Uredba se primjenjuje na čitavo zakonodavstvo koji se odnose na sustav socijalne sigurnosti i na njemu temeljenim naknadama za vrijeme bolesti, porodiljinim naknada-ma, starosnoj mirovini, obiteljskim mirovinama, naknadama u vezi s nesrećama na radu i profesionalnim bolestima te novčanim naknadama za nezaposlene. Uredba se odnosi i na opće i posebne doprinose socijalnog osiguranja i programe odgovornosti poslodavca ili broдача. Međutim to se ne odnosi na medicinsku i socijalnu pomoć, te primanja za žrtve rata. Prema članku 22. Uredbe 1408/71 državljani države članice EU mogu koristiti zdravstvenu zaštitu u drugoj državi članici i to:

- Zdravstvenu skrb za vrijeme privremenog boravka,
- Planiranu skrb.

Ukoliko je osobi koja privremeno boravi u drugoj državi članici, tijekom boravka potrebno pružiti hitnu medicinsku pomoć, zdravstvene se usluge pružaju prema zakonu i propisima zemlje u kojoj se pacijent nalazi. Prije putovanja, potrebno je ispuniti "*E111*" obrazac i u slučaju hitne medicinske pomoći, njegov osiguravatelj izravno isplaćuje troškove zdravstvenom sustavu države gdje je pomoć pružena i po tarifama države u kojoj je medicinska pomoć pružena. Ukoliko pak osoba nije ispunila "*E111*" obrazac, ona mora sama platiti troškove liječenja i nakon povratka u svoju državu zahtijevati povrat novca od svog osiguravatelja, ali po tarifama za iste takve medicinske usluge u svojoj državi. "*E111*" obrazac nije ekvivalent privatnom zdravstvenom osiguranju ili pak putnom osiguranju, već mu je osnovna intencija da građanima EU pruži hitnu medicinsku pomoć ukoliko im je potrebna u

drugoj državi članici. Budući da su zdravstveni sustavi država članica različiti, može se dogoditi da je određeni medicinski zahvat u jednoj državi članici besplatan, a u drugoj nije. U tom slučaju građanin druge države članice ima pravo na one medicinske usluge, na koje pravo imaju građani te države preko državnog zdravstvenog osiguranja. Međutim ukoliko je potreban medicinski zahvat koji se može pružiti samo u privatnoj zdravstvenoj ustanovi, u tom slučaju "E111" obrazac ne vrijedi, već pacijent mora platiti troškove liječenja te nakon povratka u svoju državu, zahtijevati povrat troškova. Što se pak planirane skrbi tiče, odnosno obrasca "E112", isti se mora podnijeti ako je medicinski zahvat dio osnovnog paketa zdravstvene zaštite na koje pacijent ima pravo u svojoj državi, ali uz uvjet da pravo na taj medicinski zahvat ne može ostvariti u medicinski prihvatljivom roku s obzirom na njegovo zdravstveno stanje i očekivani tijek bolesti. Međutim države članice imaju široko diskreciono pravo odbiti ili prihvatiti zahtjev za prekograničnom zdravstvenom skrbi, budući da se pojam "prihvatljiv rok" može široko tumačiti. Veliki preokret u smislu prava na prekograničnu zdravstvenu zaštitu dogodio se 1998. godine kada je Europski sud pravde u nekoliko slučajeva utvrdio da prethodno odobrenje nije nužan preduvjet za povrat troškova prekogranične zdravstvene zaštite. Isto tako Sud je utvrdio da je samo traženje prethodnog odobrenja u sukobu s osnovnim slobodama na kojima se temelji Europska Zajednica/Unija.

U slučaju Kohll v. Union de Caisses de Maladie i u slučaju Decker v. Caisse de Maladies, Europski sud je utvrdio da države članice imaju ovlast regulirati i organizirati svoje vlastiti sustav socijalne sigurnosti, ali sloboda organiziranja vlastitog sustava socijalne sigurnosti ne bi trebala dovesti do diskriminacije državljana drugih država članica u odnosu na domaće državljane. Odredbe o socijalnoj sigurnosti država članica, nisu pak izuzete od nadzora europskog prava, a time i od temeljnog načela slobodnog kretanja zajamčenog Osnivačkim ugovorom, odnosno te odredbe moraju biti u skladu s pravom Zajednice/Unije.

Raymond Kohll i Nicolas Decker, oba državljani Luksemburga, bili su odbijeni od strane njihovog Nacionalnog zdravstvenog fonda prilikom podnošenja zahtjeva za povrat troškova zdravstvene zaštite u drugoj državi članici. Nicolas Decker je podnio zahtjev za povrat troškova za naočale (roba) koje je on kupio u Belgiji koristeći recept koji je izdao oftalmolog u Luksemburgu, dok je Raymond Kohll zatražio povrat troškova za zahvat ortodonta (usluge) kojeg je njegova kćer koristila u Njemačkoj, budući se radilo o specijaliziranom zahvatu koji je mogao obaviti samo jedan ortodont u Luksemburgu, sto bi značilo dugo čekanje.

U oba slučaja, Europski sud je utvrdio da bi sustav socijalne sigurnost države članice trebao poštivati temeljna načela slobode kretanja roba i usluga zajamčena člankom 49. i 50. Ugovora o Europskoj zajednici, te je zaključio da podnošenje zahtjeva za povrat troškova uz uvjet prethodnog odobrenja, predstavlja prepreku korištenja tih sloboda. U stvari, potreba za prethodnim odobrenjem obeshrabruje pacijenta za korištenje prekogranične zdravstvene zaštite, te na taj način stvara prepreku slobodi kretanja pacijenata. Takva prepreka bi se eventualno mogla opravdati ako bi se dokazalo da je to nužno radi održavanja stabilnosti sustava pristupa zdravstvenim uslugama za sve pacijente, ili pak očuvanje financijske ravnoteže sustava socijalne sigurnosti, a što u slučajevima Kohll i Decker nije bilo relevantno.

Isto tako na temelju članka 22. Uredbe 1408/71 Sud je utvrdio da u pogledu povrata troškova za primljene zdravstvene usluge, za koje potrebno prethodno odobrenje za pokrivanje troškova tih usluga, povrat se vrši prema tarifama država članice gdje je prekogranična zdravstvena zaštita pružena, međutim ukoliko prethodno odobrenje nije dobiveno, to ne sprječava povrat troškova prema tarifama u državi iz koje pacijent dolazi, ukoliko nema prethodnog odobrenja.

Slučajevi Kohll i Decker ostavili su nekoliko neriješenih pitanja te su potaknuli daljnje političke i znanstvene rasprave oko prekogranične zdravstvene zaštite. Neriješena su ostala pitanja vezana uz opseg korištenih usluga, implementiranje sustava prekogranične zaštite u nacionalne zdravstvene sustave, te sva ostala pitanja vezana uz povrat troškova.

Dodatno objašnjenje neriješenih pitanja osigurano je od strane Europskog suda pravde i to u slučajevima Geraets – Smits - Peerbooms, Abdon Vanbraekel A.O, i Watts. U slučaju Geraets - Smits, Nizozemska državljanka gospođa Geraets - Smits bila je na liječenju Parkinsonove bolesti u specijaliziranoj klinici u Njemačkoj. Prethodno odobrenje od strane nizozemskog zdravstvenog fonda, nije dobila, te je sama platila troškove liječenja, a nakon povratka u Nizozemsku podnijela je zahtjev za povrat troškova. Nizozemski državljanin gospodin Peerbooms bio je na neurološkom tretmanu u Njemačkoj. Isti takav tretman bio je u Nizozemskoj u eksperimentalnoj fazi. Nizozemski zdravstveni fond odbija dati prethodno odobrenje, te je gospodin Peerbooms platio troškove liječenje, a je nakon povratka u Nizozemsku zatražio povrat troškova. U oba slučaja Nizozemski zdravstveni fond odbio je

zahtjeve za povratom troškova uz objašnjenje da se takve usluge bile dostupne i u Nizozemskoj, a niti jedan od pacijenata nije dobio prethodno odobrenje.

Europski sud pravde u oba slučaja utvrdio je oslanjajući se na prijašnje presude, da bolničko liječenje predstavlja ekonomsku uslugu u smislu slobode kretanja dobara, usluga i ljudi, kako je utvrđena Ugovorom o Europskoj zajednici, te da postojanje prethodnog odobrenja može biti prepreka korištenju tih sloboda. Isto tako Europski sud je utvrdio da je za bolničke usluge koje zahtijevaju planiranje, a sve kako bi se zajamčila stabilna, uravnotežena i dostupna ponuda bolničkih usluga, korištenje prethodnog odobrenja je opravdano, sve dok se smatra da je to potrebno, ali uz donošenje odluke o prethodnom odobrenju koja će se temeljiti na objektivnim, nediskriminirajućim kriterijima koji su unaprijed poznati.

To bi međutim značilo, da se prethodno odobrenje za korištenje zdravstvene zaštite u drugoj državi članici može odbiti samo ako se isto ili jednako učinkovito liječenje može bez odgađanja dobiti u državi u kojoj pacijent ima prebivalište.

U slučaju Vanbraekel A.O26, Abdon Vanbraekel je belgijski pacijent koji je podnio zahtjev za prethodno odobrenje za obavljanje ortopedske operacije u Francuskoj. Belgijski zdravstveni fond je odbio njegov zahtjev, te je Vanbraekel ipak otišao na operaciju u Francusku i nakon povratka podnio zahtjev za povrat troškova. Sud u Belgiji utvrdio je da je Zdravstveni fond neopravdano odbio zahtjev za prethodnim odobrenjem. Međutim sud se našao u nedoumici po kojoj će se tarifi gospodinu Vanbraekelu izvršiti povrat troškova budući pacijent nema prethodno odobrenje, a prema Kohl pravilu u tom slučaju povrat troškova računa prema tarifama države pacijenta, ili će se pak Sud odrediti povrat troškova prema Uredbi 1408/71 kada se pacijentu nadoknađuju troškovi prema tarifama države gdje je zdravstvena usluga pružena koje su u ovom slučaju bile osjetno niže u odnosu na tarife države pacijenta.

Sud je utvrdio da prema načelima slobode pružanja usluga, osigurana osoba ima pravo na povrat troškova prema tarifama države iz koje dolazi, čak i u slučaju da je cijena medicinskog zahvata veća u državi iz koje dolazi, nego u državi gdje mu je obavljen zahvat, u tom slučaju će pacijent imati pravo na isplatu razlike cijena tih dvaju zahvata.

U slučaju Watts, riječ je o državljanki Velike Britanije koja je stavljena na listu čekanja za operaciju kuka u Velikoj Britaniji. Odbijen joj je zahtjev za prethodno odobrenje za operaciju u Francuskoj ili Belgiji. Objašnjenje je bilo da će gospođa Watts biti u mogućnosti operirati kuk u Velikoj Britaniji unutar dvanaest mjeseci. Budući se zdravstveno stanje gospođe Watts pogoršalo, te kada joj je ostalo još tri do četiri mjeseca do operacije, ona je ponovno poslala zahtjev za prethodnim odobrenjem za operaciju u Francuskoj. Zahtjev joj je odbijen, a ona je otišla na operaciju u Francusku, te nakon povratka podnijela zahtjev za povrat troškova.

Europski sud pravde zaključio je da slučaj Watts spada pod načelo slobode pružanja usluga, i da National Health System ne može odbiti zahtjev za liječenjem u drugoj državi članici, samo zato što pacijent može obaviti liječenje u svojoj državi unutar prihvatljivog perioda određenog državnim sustavom lista čekanja.

Sud je naveo da National Health System mora sagledati pojedinačno zdravstveno stanje podnositelja zahtjeva, gdje se može utvrditi nužnost obavljanja zahvata prema trenutnom stanju podnositelja, a to se može samo utvrditi sagledavajući povijest bolesti, mogući tijek bolesti, kao i trenutni stupanj bolesti pojedinog pacijenta, a to u ovom slučaju National Health System nije uradio.

Isto tako Sud je utvrdio da pacijent ima pravo na punu naknadu troškova zdravstvenih usluga primljenih u drugoj državi članici, bez obzira radili se o zdravstvenoj usluzi koja je besplatna u državi njegovog prebivališta. Ako su pak troškovi medicinskog zahvata u državi članici gdje je zahvat obavljen, veći u odnosu na takav zahvat u državi prebivališta, pacijent ima pravo za naknadu razlike cijena tih dvaju zahvata.

Dakle, sudska praksa Europskog suda pravde daje za pravo pacijentima koji imaju prebivalište na teritoriju neke od država članice Europskog gospodarskog prostora da slobodno traže zdravstvenu zaštitu na teritoriju neke druge države članice Europskog gospodarskog prostora, uz uvjet da će dobiti povrat troškova, ukoliko se radi o zdravstvenom tretmanu na koji pacijent ima pravo u državi svog prebivališta.

Tijekom zasjedanja Vijeća Europe u Barceloni 15. ožujka 2002, donesena je odluka o Europskoj kartici zdravstvenog osiguranja kao zamjeni za obrasce zdravstvene zasitite u

inozemstvu (El 110, E111, E119, E128). Korištenje ove kartice ograničeno je samo na hitnu medicinsku pomoć potrebnu za vrijeme privremenog boravka vlasnika te kartice u drugoj državi članici, te se nije odnosila na planiranu zdravstvenu skrb u drugoj državi članici za koju je predviđen obrazac E112.

Sustav Europske iskaznice zdravstvenog osiguranja (EHIC) startao je s početkom lipnja 2004. godine i vrijedi za države članice Europske Unije te Švicarsku, Island, Norvešku i Lihtenštajn.

Nakon nekoliko presuda Europskog suda javila se potreba za kodificiranjem pravila koje je Europski sud pravde usvojio u svojim presudama. Kako bi se jasno odredila pravila vezana za Korištenje prekogranične zaštite unutar Europske Unije (Malenica 2011).

5. Uredba 883/2004/EC

Europski parlament i Vijeće je donijelo je 2004. Uredbu 883/2004/EC kako bi se zamijenila Uredba 1408/71. Nova Uredba se još uvijek temelji na ista četiri načela iz Uredbe 1408/71/EEC. Međutim, cilj novih propisa je da se pojednostavi postojeća pravila Europske unije vezana uz koordinaciju država članica oko sustava socijalne sigurnosti kroz jačanje suradnja između institucija socijalne sigurnosti i poboljšanje metoda razmjene podataka između njih. Obvezu institucija da surađuju jedni s drugima u pitanjima socijalne sigurnosti tek treba poboljšati i kretanje iz jedne države članice u drugu, bilo za profesionalnu ili privatne svrhe, te da će im to biti omogućeno bez gubitka prava socijalne sigurnosti. Primjena ove Uredbe bila je odgođena do 1. svibnja 2010. Nakon presuda Kohll, Decker, Geraets – Smits - Peerboom, Vanbraekel i Watts , ojačao je koncept zdravstvene zaštite kao fundamentalnog prava, ne samo na razini EU, već i unutar država članica.

Europska komisija u lipnju 2002. godine, utvrdila da postoji potreba za jačanjem suradnje oko pitanja mobilnosti pacijenata u cilju promicanja pristupa kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti uz održavanje financijske stabilnosti zdravstvenih sustava država članica. Članovi Europske komisije zajedno s ministrima zdravstva Austrije, Belgije, Danske , Finske, Francuske , Grčke, Irske, Italije, Nizozemske, Portugala, Španjolske, Švedske i Velike Britanije, sastali su se kako bi raspravljali o mobilnosti pacijenta i razvoju zdravstvene zaštite na razini Europske unije. Cilj ove skupine je bio da ispita trenutno stanje oko prekogranične zdravstvene zaštite i

donese smjernice za buduće reforme koje su bile potrebne nakon presuda Europskog suda u svezi s prekograničnom zdravstvenom zaštitom.

Radna skupina u prosincu 2003. godine donijela je 19 smjernica usmjerenih na pet ključnih tema:

- Suradnja država članica Europske Unije kako bi se omogućilo bolje korištenje zdravstvenih resursa, suradnja oko pitanja u svezi prava i dužnosti pacijenata, suradnja u pograničnim područjima, te bolja suradnja oko razmjene novih tehnologija u medicini,
- Suradnja država oko razmjene informacija neophodnih za pacijente, radnike u zdravstvu i pružatelje zdravstvenih usluga,
- Pristup i kvaliteta zdravstvene skrbi,
- Usklađivanje nacionalnih zdravstvenih politika i zdravstvene politike Europske Unije
- Financiranja zdravstva, odnosno kako olakšati ulaganje u zdravstvo, te način financiranja infrastrukture u zdravstvu, te novih znanja i vještina.

Izviješće koje je sastavila ova skupina sadrži podatke o pravnim posljedicama niza odluka Europskog suda pravde, te kako presude utječu na pristup prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti i sustavu povrata troškova :

- Za ne-bolničko liječenje na koje netko ima pravo u vlastitoj državi, tom istom ne-bolničkom liječenju može pristupiti i u drugoj državi članici bez prethodnog odobrenja,
- Za bolničko liječenje na koje netko ima pravo u vlastitoj državi, može pristupiti u nekoj drugoj državi članici, ali da prije toga pribavi prethodno odobrenje nadležne ustanove za zdravstvenu skrb u svojoj državi. Prethodno odobrenje će se dati ukoliko

potrebna skrb se ne može pružiti u medicinski prihvatljivom roku. Visina povrata troškova mora biti barem u iznosu koji je u državi iz koje pacijent dolazi

- Ukoliko netko želi obaviti liječenje u nekoj drugoj državi članici, nadležne zdravstvene službe u državi iz koje dolazi mu moraju pružiti sve potrebne informacije, od toga kako se podnosi zahtjev za prethodnim odobrenjem, pa do toga kako funkcionira sustav povrata troškova te kakve su procedure za podnošenje žalbi.

Međutim ključno pitanje se postavilo kako riješiti nejednakosti u zdravstvenim sustavima, budući je to vrlo važno jer uklanjanje tih nejednakosti može dovesti do veće potražnje za prekograničnom zdravstvenom skrbi.

Za jasnoću i pravnu sigurnost pitanja o prekograničnom pristupu zdravstvenoj skrbi, Komisija je odlučila uspostaviti pravni okvir kako bi riješila sve nedoumice oko korištenja prava na prekogranične zdravstvene usluge unutar Europske Unije. Europska komisija je 2004. godine, predložila Direktivu o uslugama na unutarnjem tržištu. Ovaj prijedlog pokrenut od strane "DG Markta" ima za cilj uspostavljanje jedinstvenog tržišta za usluge unutar Europske unije, te su i zdravstvene usluge uključene u sadržaj ove Direktive. Članak 23. predložene Direktive navodi da se za ne-bolničko liječenje koje je pacijent dobio u drugoj državi članici EU, pacijent ima pravo na povrat troškova prema istim uvjetima i tarifama za tu uslugu u državi prebivališta. Za bolničko liječenje se pak zahtjev za prethodnim odobrenjem može odbiti samo ako se radi o liječenju koje je bez nepotrebnog čekanja dostupno u državi pacijentovog prebivališta. Članak 23. sadrži odredbu da razina povratne naknade ne može bit manja, nego što su troškovi tog istog medicinskog zahvata u državi prebivališta pacijenta. Međutim, u prvom čitanju prijedloga Europski parlament je 16. veljače 2006. glasovao za isključivanje zdravstvenih usluga iz opsega predložene Direktive. Ubrzo nakon toga Komisija je najavila da postoji jedna zasebna i nova inicijativa vezana uz područje zdravstva a posebno uz mobilnost pacijenata (Malenica 2011).

6. Direktiva 2011/24/EU

6.1. Postupak donošenja nove Direktive o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti

Europska komisija započela je 2006. godine novi proces konzultacija u svezi s pravom na pristup prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti. Rezultat toga je objavljivanje prijedloga nove Direktive 2. srpnja 2008. godine. Direktiva je postavljena s ciljem da razjasni pravo pacijenata u potrazi za zdravstvenom zaštitom u drugoj zemlji Europske Unije uz povrat troškova svojih nacionalnih zdravstvenih sustava. Predložena Direktiva ima za cilj:

- Pomoći pacijentima da sto lakše ostvare pravo na pristup prekograničnoj zdravstvenoj skrbi;
- Pružiti ljudima jamstva o sigurnosti i kvaliteti prekogranične skrbi;
- Uspostaviti suradnju između nacionalnih zdravstvenih sustava kako bi se postigla ekonomija razmjera.

Europska Komisija podnijela je prijedlog Direktive 2. srpnja 2008. svim članicama Europske Unije na uvid, a u prosincu 2008. godine o prijedlogu se po prvi put raspravljalo na sjednici Vijeća za zapošljavanje, socijalnu politiku, zdravlje i zaštitu potrošača (EPSCO). Na sjednici Vijeća se raspravljalo o načelima predložene Direktive, te je svaka država članica iznosila mišljenje o prijedlogu Direktive. 23. travnja 2009. godine u Europskom parlamentu je prihvaćeno izvješće o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti. Članovi parlamenta su se složili o potrebi uvođenja sustava prethodnog odobrenja za bolničko liječenje, ali da se državama članicama ostavi na odluku definiranje što je to bolničko liječenje, a ne Komisiji kako stoji u prijedlogu Direktive. Oni su istaknuli da prethodno odobrenje ne smije biti prepreka u slobodi kretanja pacijenta, te da pacijent ima pravo na povrat troškova prema tarifama za taj isti medicinski zahvat u državi iz koje dolaze. Pacijenti s rijetkim bolestima trebali bi imati pravo na povrat troškova čak i kad liječenje koje bi obavili u nekoj drugoj državi članici, nije predviđeno u zdravstvenom sustavu države iz koje dolaze. Tijekom zasjedanja Vijeća

ministara 8 - 9. lipnja 2009. godine, ministri zdravstva država članica nisu se uspjeli dogovoriti oko predložene Direktive. To im nije pošlo za rukom ni na zasjedanju Vijeća 2. prosinca 2009. godine, najveći protivnik predložene Direktive bila je Španjolska koja je uspjela zadobit potporu još šest država članica. Osnovni razlog protivljenju jest bila zabrinutost da Direktiva ne bi garantirala pacijentima kvalitetnu zdravstvenu zaštitu, te da bi predstavljala dodatne troškove sustavu javnog zdravstva, za oko dvije milijarde eura godišnje.

Dogovor o prijedlogu Direktive o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti je postignut za vrijeme španjolskog presjedanja Vijećem. 13. rujna 2010. godine predložena Direktiva prošla je prvo čitanje na Vijeću Europske Unije. Tijekom prvog čitanja Vijeće je odbacilo popis specijaliziranih medicinskih zahvata za koje je potrebno prethodno odobrenje, te je Vijeće usvojilo da država članica sama u javnosti obznani za koje je medicinske zahvate potrebno prethodno odobrenje. Europski parlament je 19. siječnja 2011 usvojio je na drugom čitanju nacrt Direktive o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti. Nakon toga ostalo je samo da bude i formalno prihvaćena na sjednici Vijeća što se i dogodilo 9. ožujka 2011. godine. Donesena Direktiva je prvenstveno trebala koristiti pacijentima u cijeloj Europi u razjašnjavaju njihovih prava na pristup sigurnim i kvalitetnim medicinskim zahvatima preko granica Europske Unije, te će biti nadoknađeni za to (Malenica 2011).

6.2. Direktiva 2011/24/EU o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti

Cilj ove Direktive jest da postigne opću, te isto tako i efektivnu primjenu načela razvijenih od strane sudske prakse Europskog suda pravde. Ova Direktiva isto tako ima za cilj da utvrdi pravila koja će olakšati pristup sigurnoj i visoko kvalitetnoj prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti unutar Europske Unije, zatim osigurati mobilnost pacijenata u skladu s načelima utvrđenim od strane Europskog suda, te isto tako promicati suradnju između država članica u području zdravstva. Direktiva u potpunosti poštuje odgovornost država članica za organizaciju i pružanje zdravstvenih zaštite, te za određivanje sustava socijalnih naknada, a osobito onih za vrijeme bolesti.

Ova se Direktiva primjenjuje na pojedinačne pacijente koji se odluke potražiti zdravstvenu zaštitu u nekoj od država članica, a izvan države njegove pripadnosti. Budući je potvrđeno od Europskog suda, niti posebna priroda, niti način na koji je organizirano, niti financiranje, ne

moгу isključiti zdravstvenu skrb iz opsega jedne od temeljnih slobode Europske Unije, a to je sloboda pružanja usluga. Međutim, država članica može odlučiti u slučaju PZZ ograničiti povrat troškova, iz razloga vezanih uz kvalitetu i sigurnost pružanja usluga, što može biti opravdano raznim razlozima od općeg interesa vezanim za javno zdravstvo. Europski sud je doista u nekoliko presuda utvrdio da je zaštita javnog zdravstva, među najvažnijim razlozima od općeg interesa, koji mogu opravdati ograničenja slobode kretanja predviđena u ugovorima.

6.3. Liječnički recept

U smislu nadoknađivanja troškova prekogranične zdravstvene zaštite, prema ovoj Direktivi, pokrivaju se ne samo situacije kada je pacijentu pružena zdravstvena skrb u drugoj državi članici, već i recepti za lijekove i medicinske proizvode kada su oni određeni prilikom liječenja. Što se pak recepata tiče, ako su izdani u nekoj drugoj državi članici, priznaju se u pacijentovoj državi pripadnosti i obratno. To pak osigurava da se zdravstvena zaštita pružena u drugoj državi članici nastavi i po povratku pacijenta kući. Dakle, pacijent ima pravo dobiti lijek, ali pod uvjetom da je riječ o lijeku koji ima odobrenje za stavljanje u promet i dostupan je u državi gdje ga pacijent želi da mu se izda. Međutim, i dosad su se recepti izdani od strane liječnika u jednoj državi članici mogli podignuti u drugoj državi članici, ali je bilo dosta nesporazuma u nazivima i listama lijekova između pojedinih država članica. Ako lijekovi imaju odobrenje za stavljanje u promet u jednoj državi članici, ne znači da ti lijekovi imaju odobrenje za stavljanje u promet u drugoj državi članici, odnosno možda u drugoj državi članici nose drugi naziv. Nova Direktiva omogućit će farmaceutima sve potrebne alate za razumijevanje prekograničnih lijekova (Malenica 2011).

6.4. Medicinska dokumentacija

Pravo na zaštitu osobnih podataka jedno je od temeljnih prava zajamčeno člankom 8. Povelje o temeljnim pravima Europske unije. Međutim osiguravanje kontinuiteta zdravstvene zaštite pacijenta ovisi o prijenosu podataka o pacijentovu zdravstvenom stanju. Mora se dakle omogućiti da podaci o pacijentovu zdravstvenom stanju za potrebe njegovog liječenja budu ukoliko je to potrebno dostupni u nekoj drugoj državi članici, ali poštujući pravo na zaštitu osobnih podataka pacijenta.

Direktiva 95/46/EC Europskog parlamenta i Vijeća od 24. listopada 1995. godine o zaštiti pojedinaca s obzirom na obradu osobnih podataka, te slobodno kretanje takvih podataka, određuje među ostalim i pravo pojedinca na pristup svojim osobnim podacima u svezi s njihovim zdravstvenim stanjem. Te odredbe se između ostalog odnose i na kontekst prekogranične zdravstvene zaštite. Zemlja podrijetla pacijenta će osigurati pružatelju zdravstvene zaštite u državi liječenja, pristup medicinskoj dokumentaciji bilo u pisanom ili elektroničkom obliku, u skladu s direktivama o zaštiti osobnih podataka. Kako bi se pak osigurao kontinuitet zdravstvene skrbi, pacijent koji je primio tretman ima pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji o obavljenom tretmanu bilo u pisanom ili elektroničkom obliku, te barem kopiju medicinske dokumentacije, u skladu s nacionalnim zakonodavstvom u koje su implementirane odredbe Direktiva 95/46/EC i 2002/58/EC koje se odnose na zaštitu osobnih podataka (Malenica 2011).

6.5. Nacionalni kontaktni centar

Pacijentu je potrebno omogućiti pristup svim važnim i bitnim informacijama o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti, kako bi on svoje pravo na prekograničnu zdravstvenu zaštitu mogao i u praksi ostvariti. Stoga je potrebno osnovati nacionalni kontaktni centar unutar svake države članice kao mehanizam za pružanje takvih informacija. U tim centrima informacije trebaju biti dostupne na službenom jeziku države članice u kojoj se nalazi kontaktni centar, te isto tako te informacije mogu biti dostupne i na bilo kojem drugom jeziku članice Europske Unije. Država članica će sama odlučiti o obliku i broju nacionalnih kontaktnih centara. Takvi centri također mogu biti uključeni u već postojeći sustav informativnih centara zdravstvenog sustava, ali pod uvjetom da se jasno naznači da su ti informativni centri zaduženi za prekograničnu zdravstvenu zaštitu. Nacionalni kontaktni centri trebaju biti uspostavljeni na učinkovit i transparentan način, te bi država članica trebala osigurati da se ti kontaktni centri konzultiraju s udrugama pacijenata, pružateljima zdravstvenih usluga i zdravstvenim osiguranjima u svrhu pružanja opsežnih informacija u svezi s korištenjem prava na prekograničnu zdravstvenu zaštitu. Europska komisija će zajedno s državama članicama raditi na tome da olakša suradnju nacionalnih kontaktnih centara država članica, što isto tako uključuje izradu relevantnih informacija na razini Europske unije, a sve kako bi se olakšalo korištenje

prava na prekograničnu zdravstvenu zaštitu. Postojanje nacionalnih kontaktnih centara ne sprječava države članice da osnivaju i druge povezane kontaktne centre, bilo na regionalnoj ili lokalnoj razini, na što ima utjecaja specifičnost zdravstvenog sustava pojedine države članice. Kako bi se omogućilo pacijentima da koriste prava vezana uz prekograničnu zdravstvenu zaštitu, nacionalni kontaktni centri u državi gdje se obavlja zdravstvena skrb, treba pacijentima osigurati sve potrebne informacije o zdravstvenim uslugama, što uključuje informaciju o pružatelju usluga, o bilo kakvim zabranama koje se odnose na pružanje takvih usluga, informacije o standardima i smjernicama, o kvaliteti i sigurnosti liječenja, uvjetima i iznosu povrata troškova te informacije o pravima pacijenata.

Isto tako Nacionalni kontaktni centar države u kojoj se zdravstvena usluga obavlja dužan je pružiti pacijentu sve relevantne informacije o postupku za prigovore i mehanizme pravne zaštite prema pravu države članice gdje je zdravstvena usluga pružena, te isto tako dužan je pružiti informaciju o zakonskim i upravnim mogućnostima za rješavanje eventualnih sporova, što uključuje i tužbu za naknadu štete.

Nacionalni kontaktni centar dužan je osigurati dostupnost informacija i u elektroničkom obliku, kao i bilo kojem drugom formatu koji će biti dostupan po potrebi osobama s invaliditetom, isto tako dužan je pacijentima osigurati na njihov zahtjev podatke nacionalnih kontaktnih centara u drugim državama članicama.

Dakle, sama namjera osnivanja Nacionalnih kontaktnih centara očituje se u tome da pacijentu budu dostupni svi potrebni podaci o sustavu zdravstvene zaštite u inozemstvu, kako bi on mogao što jasnije donijeti odluku o liječenju u drugoj državi članici (Malenica 2011).

6.6. Odgovornost za štetu

Država članica EU, u kojoj je liječenje obavljeno, dužna je osigurati pacijentima postojanje transparentnog postupka za podnošenje tužbe, kao pravnog sredstva u slučaju kada pacijent pretrpi štetu koja je u uzročnoj vezi s pruženom zdravstvenom skrbi, a sukladno zakonodavstvu države članice gdje je zdravstvena skrb pružena. Isto tako država članica je dužna osigurati sustav profesionalne odgovornosti, ili kakvo drugo jamstvo koje je jednako ili bitno usporedivo po svojoj namjeni, te koje odgovara prirodi i opsegu rizika (Malenica 2011).

6.7. Zabrana diskriminacije

Načelo zabrane diskriminacije odnosi se na pacijente iz druge države članice u odnosu na pacijente iz države članice gdje se zdravstvena zaštita pruža. Međutim, to ne dovodi u pitanje mogućnost države liječenja, kada je to opravdano razlozima općeg interesa, kao što su planiranje uvjeta koji imaju za svrhu osigurati dovoljan i stalan pristup uravnoteženom i visoko kvalitetnom tretmanu u državi članici, ili pak smanjenje gubitka financijskih, tehničkih i ljudskih resursa, usvojiti mjere koje se odnose na pristup liječenju, a sve u cilju ispunjavanja svoje temeljne odgovornosti, a to je osiguranje dostatnog i trajnog pristupa zdravstvenoj skrbi u granicama svog teritorija. Takve mjere će biti ograničene na ono što je potrebno i razmjerno i ne može predstavljati sredstvo proizvoljne diskriminacije, te će biti dostupne javnosti unaprijed. Države članice su dužne osigurati da pružatelji zdravstvenih usluga na teritoriju te države članice primjenjuju isto mjerilo cijena kako za domaće pacijente, tako i za pacijente iz drugih država članica ukoliko se oni nalaze u usporedivim medicinskim situacijama.

6.8. Povrat troškova

Troškove medicinskog tretmana u drugoj državi pacijent je dužan platiti neposredno nakon tretmana, a nakon povratka u državu prebivališta podnijeti zahtjev za povrat troškova. Troškove prekogranične zdravstvene zaštite, država članica će platiti direktno pružatelju usluga prekogranične zaštite ili pak nadoknaditi samom korisniku, i to u iznosu koji za taj medicinski tretman predviđen prema tarifama države članice u kojoj pacijent ima prebivalište. U slučaju da iznos troškova prekogranične zdravstvene zaštite prelazi visinu troškova za taj medicinski tretman u državi članici u kojoj pacijent ima prebivalište, u tom slučaju država pacijentovog prebivališta može odlučiti da pokrije tu razliku troškova. Isto tako država članica pripadnosti pacijenta, može odlučiti da u slučaju prekogranične zdravstvene zaštite nadoknadi i s tim povezane troškove poput troškova puta, smještaja, te dodatnih troškova za osobe s invaliditetom, ali ako je to u skladu s nacionalnim zakonodavstvom, te ako postoji dostatna dokumentacija za utvrđivanje tih troškova. Stoga države članice Europske unije moraju osigurati transparentan mehanizam za izračunavanje troškova prekogranične zdravstvene zaštite, za koje korisnik prekogranične zdravstvene zaštite očekuje povrat. Mehanizam za

izračun troškova mora se temeljiti na objektivnim, nediskriminirajućim kriterijima, uz uvjet da ti kriteriji budu poznati unaprijed.

Država članica pripadnosti može ograničiti primjenu pravila o povratu troškova prekogranične zdravstvene zaštite na temelju važnih razloga od općeg interesa, poput planiranja potreba povezanih s ciljem osiguranja dostatnog i stalnog pristupa visoko kvalitetnim zdravstvenim uslugama u toj državi članici, ili pak zbog kontrole troškova zdravstvenog sustava, te izbjegavanje koliko je to moguće gubitak financijskih, tehničkih i ljudskih resursa (Malenica 2011).

6.9. Prethodno odobrenje

Sustav prethodnog odobrenja postoji samo u slučajevima:

- Kada zdravstvena skrb uključuje ostanak preko noći u bolnici, i to minimalno jednu noć,
- Kada postoji potreba za zdravstvenom skrbi za koju je potrebna specijalizirana i skupa medicinska oprema i tehnologija,
- Kada zdravstvena skrb uključuje tretman koji predstavlja određeni rizik za pacijenta ili cijelu populaciju,
- Kada se zdravstvena skrb pruža od davatelja zdravstvenih usluga, koji u dosadašnjoj svojoj praksi stvara ozbiljnu zabrinutost u vezi kvalitete i sigurnosti zdravstvene skrbi, s izuzetkom zdravstvene skrbi koja je predmet zakonodavstva EU a koja se odnosi na minimalnu razinu kvalitete i sigurnosti zdravstvene zaštite na razini Unije.

Za zdravstvenu zaštitu koja ne uključuje noćenje u zdravstvenoj ustanovi, nije potrebno prethodno odobrenje, već samo poštivanje uvjeta da se radi o zdravstvenom tretmanu na kojeg pacijent ima pravo i u državi njegove pripadnosti. Riječ je dakle o ne - bolničkoj zdravstvenoj skrbi koja se može ostvariti bilo u javnim bilo u privatnim zdravstvenim ustanovama u državama članicama.

Država članica može odbiti zahtjev pacijenta za prethodnim odobrenjem:

- u slučaju kad će pacijent prema kliničkim procjenama, biti izložen zdravstvenom riziku, uzimajući u obzir potencijalnu korist koju pacijent očekuje od prekogranične zdravstvene skrbi;
- ukoliko prekograničnu zdravstvenu skrb pruža ustanova, kod koje postoji određena zabrinutost u pogledu poštivanja zdravstvenih standarda i smjernica vezanih za kvalitetu skrbi i sigurnost pacijenata, bilo da su ti standardi i smjernice propisane zakonima i propisima, ili putem sustava akreditacije utvrđenim od strane države članice gdje se liječenje obavlja,
- ako se zdravstvena skrb može pružiti na teritoriju te države u medicinski prihvatljivom vremenskom roku, uzimajući u obzir trenutno zdravstveno stanje konkretnog pacijenta, te vjerojatan tijek bolesti (Malenica 2011).

6.10. Europska referentna mreža i rijetke bolesti

Novom Direktivom daje se potpora daljnjem razvoju Europske referentne mreže između pružatelja zdravstvenih usluga i centara izvrsnosti u državama članicama, pogotovo za područje rijetkih bolesti. Glavni joj je cilj poboljšati pristup dijagnostici i omogućiti pružanje visoko kvalitetne zdravstvene zaštite svim pacijentima čije zdravstveno stanje zahtijeva postojanje najmodernije medicinske tehnologije, te stručnih medicinskih djelatnika, posebice se to odnosi na pacijente s rijetkim bolestima.

Rijetke bolesti su one koje zadovoljavaju kriterij učestalosti manje od pet pogođenih osoba na 10 000 stanovnika, u skladu s Uredbom br. 141/2000 Europskog parlamenta i Vijeća od 16.12. 1999. godine, a radi se o ozbiljnim, kroničnim i po život opasnim bolestima. Pacijenti pogođeni rijetkim bolestima suočavaju se pak s poteškoćama u potrazi za dijagnozom i liječenjem tih rijetkih bolesti. Stoga bi Europska referentna mreža za rijetke bolesti trebala služiti kao istraživački centar, koji će doprinosti znanstvenom razvoju na području medicine

posebice u otkrivanju rijetkih bolesti, te pronalasku lijekova i metoda za njihovo liječenje. Isto tako nova Direktiva u pogledu prethodnog odobrenja pruža određene iznimke u slučaju rijetkih bolesti. Naime, ako je specijalizirani tretman za neku od rijetkih bolesti, dostupan samo u određenim državama članica, u tom slučaju prekogranična zdravstvena zaštita se može odobriti iako taj tretman nije dostupan u državi u kojoj pacijent ima prebivalište. Međutim, to nije čvrsto pravilo, već odluka o prethodnom odobrenju ovisi o svakom pojedinačnom slučaju (Malenica 2011).

6.11. Ostala područja važenja

Država prebivališta pacijenta mora osigurati da se administrativna procedura u svezi s korištenjem prekogranične zdravstvene zaštite, te povratom troškova, temelji na objektivnim, nediskriminirajućim kriterijima. Države članice moraju u razumnom roku odgovoriti na zahtjev za prethodnim odobrenjem, te odluku objaviti u javnosti. Prilikom odlučivanja o zahtjevu, nadležno tijelo mora u obzir uzeti specifično zdravstveno stanje konkretnog pacijenta, hitnost te druge okolnosti vezane uz konkretnog pacijenta. Isto tako država članica je dužna osigurati da se pojedinačne odluke o korištenju prava na prekograničnu zdravstvenu zaštitu i odluke o povratu troškova, pravilno i detaljno obrazlože, radi eventualnog postupka žalbe pred sudskim instancama.

Pacijenti pak imaju pravo zatražiti procjenu eventualnih troškova za slučaj korištenja prekogranične zdravstvene zaštite u drugoj državi članici, te će na njegov zahtjev država njegove pripadnosti procijeniti prema pacijentovu zdravstvenom stanju, te drugim okolnostima, iznos troškova na koje bi pacijent imao pravo.

Direktivom se predviđa daljnje jačanje sustava e-Zdravstva kako bi se omogućila bolja suradnja između država članica na području zdravstvene zaštite, a s ciljem postizanja visoke razine povjerenja i sigurnosti, jačanje kontinuiteta zdravstvene skrbi, te osiguravanje pristupa sigurnoj i kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti (Malenica 2011).

Direktivom nisu obuhvaćene:

- zdravstvene usluge dugotrajne skrbi u svrhu pomoći ljudima kojima je pomoć potrebna u obavljanju rutinskih svakodnevnih potreba,
- pristup donorskoj mreži u svrhu transplantacije organa,
- uz neke iznimke, javni programi cijepljenja protiv zaraznih bolesti koje su isključivo usmjerene na zaštitu zdravlja stanovništva na teritoriju određene države članice, te su predmet posebnog planiranja i provođenja mjera.

Treba reći da Direktiva predviđa i određene zaštitne klauzule kako se ne bi dogodilo da zdravstveni centri ne budu pretrpani strancima. To bi značilo da strani državljani koji ode na liječenje u neku drugu državu članicu nema prednost pred državljanima te države članice prilikom korištenja zdravstvenih usluga.

7. Rasprava

Uzimajući u obzir sva prethodno navedena pravna tumačenja te činjenicu da je prošlo više od godinu dana od njene primjene u zemljama članicama EU (Članak 21. Direktive 2011/24/EU – vrijeme implementacije 25. listopada 2013.) potrebno je postaviti pitanje što nam je ista donijela.

Kada govorimo o implementaciji direktive u hrvatsko zakonodavstvo potrebno je spomenuti sljedeće;

upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na 47. sjednici održanoj 27. studenoga 2013. godine, uz suglasnost ministra zdravlja, donijelo je "Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite" Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite (2013).

U Narodnim novinama, br. 80 od 28. 6. 2013. objavljen je Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj. Ovim se Zakonom uređuje obvezno zdravstveno osiguranje i zdravstvena zaštita stranaca u Republici Hrvatskoj, opseg prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, prava i obveze nositelja obveznoga zdravstvenog osiguranja, opseg prava na zdravstvenu zaštitu te druga prava i obveze stranaca prema ovom Zakonu, uvjeti i način ostvarivanja i financiranja zdravstvene zaštite stranaca u RH te prava i obveze provoditelja zdravstvene zaštite. Zakon je stupio na snagu danom pristupanja Republike Hrvatske Europskoj uniji, osim odredbi članka 2. i 33. koje stupaju na snagu 25. listopada 2013., a kojima je obuhvaćena Direktiva. Zakon o zdravstvenoj zaštiti također je prvim člankom implementirao istu (Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj 2013).

Povodom stupanju na snagu Direktive 2011/24/EU povjerenik za zdravstvo Toni Borg (EK, Bruxelles, 25. listopada 2013.) izjavio je:

„Danas je važan dan za pacijente diljem Europske unije. U važeće zakonodavstvo Europske unije od danas je ugrađeno građansko pravo na liječenje u drugoj državi članici i povrat troškova za liječenje. Sve države članice do danas su morale u svoje nacionalno

zakonodavstvo prenijeti Direktivu o pravima pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti, donesenu prije 30 mjeseci.

Ova Direktiva pacijentima znači jačanje njihova položaja: veći izbor zdravstvene skrbi, više informacija, jednostavnije priznavanje recepata preko granice. Direktiva je osim toga dobra vijest u pogledu europskih zdravstvenih sustava jer se njome poboljšava suradnja među državama članica u području interoperabilnih alata e-zdravstva, korištenje vrednovanja zdravstvenih tehnologija i udruživanje rijetkog stručnog znanja.

Zakonodavstvo je potrebno pravilno prenijeti i primijeniti kako bi pacijenti mogli ostvariti prava koja imaju na temelju zakonodavstva EU-a. Komisija je državama članicama u razdoblju prenošenja pružila veliku potporu. Sada pozivam sve države članice da ispune svoje obveze i u cijelosti prenesu Direktivu. Komisija će pomno pratiti prenošenje, pružati pomoć i po potrebi poduzimati odgovarajuće mjere.”

Ako uzmemo u obzir da su glavni (opći) ciljevi direktive sljedeći:

- jasna pravila na koje se pacijenti mogu osloniti kada je u pitanju prekogranične zdravstvene zaštite članica Europske unije,
- brz i jednostavan pristup informacijama vezanih uz kvalitetu i dostupnost specifičnog tipa medicinske usluge,
- ostvarivanje formalne suradnje među zdravstvenim sustavima prekogranične zdravstvene zaštite i osigurati održivost zdravstvenih sustava,
- osigurati državama članicama Europske unije sustav prethodnog odobrenja kako se ne bi ugrozila financijska stabilnost istih

Što je ujedno i prethodno obrazloženo tj. protumačeno, teško možemo ustvrditi da je većina tih ciljeva i ostvarena. Naime postoji više okolnosti u kojima Direktiva naizgled, promatrano iz zakonodavne perspektive rješava nedoumice, međutim kada promotrimo te iste okolnosti u praksi vidimo jednu potpuno drugačiju sliku.

Na prvom mjestu mislim da je potrebno spomenuti neinformiranost samih građana koja u ovom slučaju doseže razinu teško opisivu riječima. Umjesto procijene, proučavanja ili

pozivanja na razne ankete javnog mijenja mislim da je vrlo vrijedno spomenuti činjenicu da u zadnjih nekoliko mjeseci koliko mi je bilo potrebno za izradu ovog rada, uključivši zadnjih pola godine koliko je prošlo od mog odabira teme, gotovo nitko osim mog mentora te nekoliko visoko specijaliziranih pravnika za prekograničnu zdravstvenu zaštitu, koje sam konzultirao i citirao, nije ni čuo za direktivu. Naravno, potrebno je spomenuti da se kao apsolvent medicinskog fakulteta većinu vremena krećem u društvu kolega studenata i liječnika što tu spoznaju čini samo tragičnijom. Kad bi ih uputio u sadržaj, tematika mog rada gotovo se svima doimala zanimljivom, ali prije svega vrlo stranom i udaljenom. Što se tiče medija, svega nekolicina novinskih članaka spomenula je Direktivu i to vrlo često u nekom sasvim drugom kontekstu koji vrlo često promašuje sukus iste. Paradoksalna činjenica da se o dokumentu kojem je jedan od glavnih ciljeva širenje informacija o inozemnoj zdravstvenoj skrbi, omogućavanje brzog i jednostavnog pristupa informacijama te osvješćivanje građana o vlastitim pravima, gotovo apsolutno ništa ne zna, dovoljno govori sama o sebi. Iako je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje na svojim internetskim stranicama (www.hzzo.hr) jasno istaknuo mogućnost i prava koja su građanima na raspolaganju razina neinformiranosti o istima dovodi u pitanje čitavu zamisao projekta prekogranične zdravstvene zaštite kad su u pitanju hrvatski građani. Direktiva 2011/24/EU zasigurno je dokument koji je hrvatskim građanima stran kao takav, te se o njegovoj prisutnosti može samo razgovarati u pravnom kontekstu. Prethodno navedena iskustva možda nisu utemeljena znanstvenim metodama, ali mnogo govore o tome koliko su ljudi zbilja informirani o svojim pravima i mogućnostima kada pričamo o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti.

Druga, ali nimalo manje važna stvar koju je potrebno istaknuti je pojam prethodnog odobrenja koji je više puta spomenut u ovom radu. Naime, radi se o pojmu koji je na papiru naizgled vrlo jasno definiran, ali se istovremeno komplicira u daljnjem tekstu Direktive gdje je navedeno da država članica može kako bi zaštitila i osigurala stabilnost svog zdravstvenog sustava u financijskom smislu uvesti sustav prethodnog odobrenja kojim će, jednostavnim rječnikom rečeno, moći kontrolirati odljev zdravstvenih usluga van svojih granica. Iako je navedeno da bi se sustav prethodnog odobrenja, uključujući kriterije i primjenu tih kriterija te pojedine odluke o tome da se uskrati prethodno odobrenje trebao ograničiti na ono što je nužno i razmjerno cilju koji se treba postići, te da ne bi smio predstavljati sredstvo svojevrsne diskriminacije ili neopravdanu prepreku slobodnom kretanju pacijenata, iz primjera u praksi teško je povjerovati u ne dvosmislenost tog pojma. Prvi takav primjer koji

možemo spomenuti je nepostojanje takvog pojma u gore navedenom pravilniku Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Ono što se više puta spominje je prethodno mišljenje liječnika, liječničkih odbora i sl. Hrvatska nije jedina zemlja koja je sebi ostavila pravo odlučivati o tome tko ili što se može liječiti van njenih granica pod izgovorom stabilnosti vlastitog sustava i Direktiva joj to naravno dozvoljava. Nadasve zanimljiv primjer tumačenja tog pojma od strane National Health Service, institucije zadužene za osiguranje zdravstvene zaštite svih građana Velike Britanije, možemo naći na internetskim stranicama te iste. National Health Service je naime u dokumentu pod nazivom "Services subject to Prior Authorization" naveo 146 medicinske usluge za koje je potrebno tražiti prethodno odobrenje. Usluge od kojih su neke primjerice; 4. Adult highly specialist respiratory services, 13. Adult specialist orthopedics services, 54. Fetal medicine services, 59. Highly specialist allergy services, 83. Pediatrics cardiac services, 94. Radiotherapy services, 105. Specialist cancer services, 107. Specialist dentistry services for children and young people itd. dovoljno govore o općenitosti i sveobuhvatnosti tog dokumenta. Prolazeći dokument nekoliko puta i laiku je, a kamoli liječniku jasno da je gotovo nemoguće navesti polje medicine čije su usluge izostavljene. Očito je da je National Health Service sebi ostavio "širok prostor" za tumačenje pojam prethodnog odobrenja (<http://www.nhs.uk>).

Isto tako potrebno je spomenuti predviđeni brz i jednostavan pristup informacijama vezanih uz kvalitetu i dostupnost specifičnog tipa medicinske usluge kao i posredovanje privatnim informacijama pacijenta bez kojih uspostavljanje komunikacije na razini EU kroz Nacionalne kontaktne centre naprosto nije moguće. Van der Molen i Commers (2013) u svom zaključku iznose kako je Direktiva 2011/24/EU uglavnom skup "dobrovoljno primjenjivih pravila" u kojoj se na nijedan način ne daju upute o uspostavljanju informacijske mreže, a koja je toliko bitna za provedbu osnovnih načela iste. Autori napominju kako je spominjanje e - zdravstva jako dobar početak za ostvarivanje takve mreže međutim samo spominjanje naravno nije dovoljno. Zaključuju kako je potrebno dodatno pojašnjenje po pitanju osnivanja i definiranja Nacionalnih kontaktnih centara te kolanja informacija kako bi države članice znale što im je činiti. Činjenica jest da, kada su u pitanju prekogranične baze podataka, prekogranična uspostavljanje komunikacijskih sustava, članice EU još uvijek daleko od toga što se u Direktivi spominje. Sama činjenica da su e-uputnice, e-zdravstveno osiguranje, e-liste čekanja itd. usluge koje su vrlo nedavno zaživjele u RH dosta nam govori o tome koliko će zapravo biti potrebno da se uspostavi jedna tako zahtjevna, kompleksna i velika mreža.

Na smije se izostaviti spomenuti i liječnike privatnike u Republici Hrvatskoj koji nisu ugovornom obvezom vezani s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje. Krajem srpnja ove godine osvanulo je nekoliko novinskih članaka u kojima su naslovi sadržavali konstataciju kako Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje pokriva troškove liječenja kod privatnih liječnika u Europskoj uniji, ali ne i u Hrvatskoj. Pravno tumačenje pravnika Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje specijaliziranih za prekograničnu zdravstvenu zaštitu također potvrđuje da se Direktivom 2011/24/EU planirano liječenje proširilo i na privatne poslužitelje zdravstvene zaštite u Europskoj uniji (Turčinov 2014).

Direktiva je vrlo jasno po tom pitanju i članak 1. stavak 4. kaže: "Ova Direktiva ne utječe na zakone i druge propise u državama članicama koji se odnose na organizaciju i financiranje zdravstvene zaštite u situacijama koje nisu u vezi s prekograničnom zdravstvenom zaštitom. Konkretno, ni jedna odredba ove Direktive ne obvezuje državu članicu da nadoknadi troškove zdravstvene zaštite koju su pružili pružatelji zdravstvene zaštite s poslovnim nastanom na njezinom državnom području ako ti pružatelji nisu dio sustava socijalne sigurnosti ili javnog zdravstvenog sustava te države članice." Iako naizgled vrlo jasan paradoks potrebno je istaknuti da bi se isključivanjem ovog članka i zahtijevanjem od države da svojim privatnim pružateljima nadoknadi potencijalne troškove koje bi Direktiva mogla uzrokovati smisao te iste potpuno izgubio. Direktiva prvenstveno regulira PZZ te njena intencija nije zadiranje u domaće sustave zdravstvene zaštite. Isto tako potrebno je istaknuti da RH kao turistička zemlja ovom Direktivom može lako ostvariti priljev stranog kapitala te na taj način u biti profitirati. Posjetitelji bi onda naknadno mogli tražiti refundaciju troškova usluge koje su dobili u RH od svoje matične države prema tarifi zdravstvene usluge u toj istoj.

O utjecaju na financijske sustave Republike Hrvatske i Europske Unije vrlo je teško govoriti pošto su podatci korištenja prekogranične zdravstvene zaštite više - manje nedostupni u većini država članica, pa tako i u samoj Republici Hrvatskoj. Isto tako, kad bismo i imali podatke raspravu bi zakomplicirale velike razlike u cijeni zdravstvenih usluga koje vrlo često za istu uslugu znaju varirati po nekoliko puta, a što dovodi u upit i samu održivost nekih zdravstvenih sustava u Europskoj uniji.

8. Zaključak

Direktiva 2011/24/EU iako implementirana u Hrvatsko zakonodavstvo i stupanjem na snagu 25. listopada 2013. nije bitno utjecala na prava građana RH po pitanju PZZ. Ulaskom RH u EU Hrvatska je bila dužna prilagoditi svoje zakonodavstvo pa samim time i zakonodavstvo koje regulira zdravstveno osiguranje njenih građana. Tom prilagodbom RH je usvojila legislativu EU koja je građanima RH kroz svoje pravne norme omogućila velik napredak po pitanju ostvarivanja PZZ-a. Međutim kako su ta prava usvojena danom pristupanja RH u EU ista nisu bila medijski popraćena pošto je zajedno s njima usvojen čitav niz novih pravila. Direktiva, iako pravni dokument, u RH pa tako i u ostalim zemljama članicama EU nije proveden u potpunosti, barem ne za sada. Mnogo je prethodno navedenih pitanja u raspravi ostalo neodgovoreno isto kao i veliki broj kontradiktornosti. Ono što je najbitnije istaknuti definitivno je pitanje kvalitativne i kvantitativne povernosti i provodljivosti ove Direktive u RH pa samim time i u ostalim članicama EU. Daljnje su upute državama članicama potrebne kako bi se odgovorilo na pitanja koja su ostavljena otvorena, a samim time i provedivost Direktive u državi u kojoj je puno više problema uzrokovano neregularnim provođenjem zakona od samog postojanja istih.

9. Zahvale

Zahvaljujem se svojoj mentorici prof. dr. sc. Jadranki Božikov na savjetima i odvojenom vremenu za pomoć pri planiranju i izradi diplomskog rada.

Također, zahvaljujem se pravniku Ivanu Malenici bez čijih bi tumačenja pisanje ovog diplomskog rada bilo neizvedivo, odsjeku Hrvatskog zdravstvenog zavoda zaduženog za prekograničnu zdravstvenu zaštitu na ustupljenim podacima koji su mi uvelike olakšali pisanje i pripremu diplomskog rada te mojoj obitelji na razumijevanju i bezrezervnoj podršci tijekom studiranja.

10. Literatura

1. Crnjak M (2014) HZZO pokriva troškove liječenja kod privatnih liječnika u EU, ali ne i u Hrvatskoj. Poslovni dnevnik.
2. Cross-border health services in the EU (2007) Flash Eurobarometer 210, The Gallup Organization.
3. Direktiva 2011/24/EU Europskog parlamenta i Vijeća od 25. listopada 2013. o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi.
4. Direktiva 95/46/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 24. listopada 1995. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom protoku takvih podataka.
5. Malenica I(2011) Prekogranična zdravstvena zaštita u Europskoj uniji. Aktualna pravna problematika u zdravstvu. Zbornik radova 4. kongresa pravnika u zdravstvu.
6. Mossialos E, Permanand G, Baeten R, Hervey TK (2010) Health Systems Governance in Europe. Cambridge: Cambridge University Press .
7. Povelja o osnovnim pravima Europske unije, 2010/C 83/02
8. Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite (2013) Narodne novine 160/13 Zagreb. Dostupno sa: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2013_12_160_3360.html
9. Turčinov R(2014) Planirano liječenje u inozemstvu. Informator – broj 6289.
10. Uredba (EEZ) br. 1408/71 Europskog parlamenta i Vijeća od 14. svibnja 1971. o primjeni sustava socijalnog osiguranja na zaposlene osobe, samostalne djelatnike i članove njihovih obitelji koji se kreću unutar Zajednice
11. Uredba (EZ) br 883/2004. Europskog parlamenta i Vijeća od 29. travnja 2004. o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti
12. Uredba (EZ)br. 987/2009 Europskog parlamenta i vijeća od 16. rujna 2009. kojom se uređuje postupak provedbe Uredbe 883/04. koordinaciji sustava socijalne sigurnosti
13. Van der Molen IN, Commers MJ (2013) Unresolved legal questions in cross-border health care in Europe: liability and data protection. Public health 127(11):987-993.
14. Web stranica National healthcare service-a (pristupljeno 15. studenog 2014.) <http://www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcareabroad/plannedtreatment/Pages/Article56.aspx>.

15. Web stranica Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (pristupljeno 12. studenog 2014.) <http://www.hzzo.hr/>
16. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj (2013) Narodne novine 80/13 Zagreb. Dostupno sa:
<http://www.zakon.hr/z/634/Zakon-o-obveznom-zdravstvenom-osiguranju-i-zdravstenoj-zaštiti-stranaca-u-Republici-Hrvatskoj->.

11. Životopis

Osobni podaci

Ime i prezime: Vedran Dodig

Datum rođenja: 13. srpnja, 1987.

Mjesto rođenja: Split, Hrvatska

Obrazovanje

- Matematička III. gimnazija, Split (2002. – 2006.)
- Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu (2006. – 2014.)

Strani jezici

- **engleski** - aktivno poznavanje u jeziku i pismu
- **njemački** - aktivno poznavanje u jeziku i pismu
- **talijanski** - pasivno poznavanje u jeziku i pismu
- **slovenski** - pasivno poznavanje u jeziku i pismu

Uspjesi/projekti

- predsjednik **Studentskog zbora Medicinskog fakulteta** Sveučilišta u Zagrebu (2012 – 2014.)
- potpredsjednik **Studentskog zbora Sveučilišta u Zagrebu** (2012. – 2014.)
- međunarodni tajnik **Hrvatskog studentskog zbora** (2013. – 2014.)
- član **Fakultetskog vijeća** Medicinskog fakulteta (2010. – 2014.)
- član **Dekanskog kolegija** Medicinskog fakulteta (2012. – 2014.)
- član **Skupštine Studentskog zbora** Sveučilišta u Zagrebu (2012. – 2014.)
- član **Vijeća biomedicinskog područja** Sveučilišta u Zagrebu (2011. – 2013.)
- član **Senata** Sveučilišta u Zagrebu (2012. – 2013.)
- predsjednik Organizacijskog odbora **CROatian Student Summit-a 8 (CROSS)** međunarodnog znanstvenog kongresa studenata i mladih znanstvenika biomedicinskog područja (2012)
- predsjednik Organizacijskog odbora stručno – edukacijskog simpozija „**Štamparovi dani 2014.**“
- dobitnik **posebne Rektorove nagrade** 2011. godine za sudjelovanje u organizaciji CROatian Student Summit-a
- dobitnik **posebne Dekanove nagrade** 2012. godine za organizaciju CROatian Student Summit-a

Vještine

- poznavanje rada na **računalu**
- **vozačka dozvola** B kategorije od 2006. godine