



V Bruseli 3. 2. 2014  
COM(2014) 44 final

**SPRÁVA KOMISIE RADE A EURÓPSKEMU PARLAMENTU**

**v súlade s povinnosťami stanovenými v článku 20 ods. 3 smernice Európskeho parlamentu a Rady 2011/24/EÚ z 9. marca 2011 o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti**

(Text s významom pre EHP)

## OBSAH

SPRÁVA KOMISIE RADE A EURÓPSKEMU PARLAMENTU v súlade s povinnosťami stanovenými v článku 20 ods. 3 smernice Európskeho parlamentu a Rady 2011/24/EÚ z 9. marca 2011 o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti

1.	Úvod.....	3
2.	Všeobecný kontext.....	4
2.1.	Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2011/24/EÚ z 9. marca 2011 o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti.....	4
2.2.	Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 a nariadenie Európskeho parlamentu a Rady 987/2009 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia.....	5
2.3.	Vzťah medzi smernicou a nariadeniami.....	6
3.	Hlavné zistenia.....	7
3.1.	Používanie systémov predchádzajúceho povolenia.....	7
3.2.	Finančné dôsledky pre mechanizmy paušálnych platieb podľa nariadení.....	8
4.	Údaje pre budúce správy.....	10
4.1.	Nulové meranie.....	10
4.2.	Hodnotenie po transpozícii smernice.....	11
4.3.	Hodnotenie vplyvu.....	11
5.	Záver.....	11

## SPRÁVA KOMISIE RADE A EURÓPSKEMU PARLAMENTU

### v súlade s povinnosťami stanovenými v článku 20 ods. 3 smernice Európskeho parlamentu a Rady 2011/24/EÚ z 9. marca 2011 o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti

(Text s významom pre EHP)

#### 1. ÚVOD

Táto správa sa zaoberá posúdením dôsledkov, ktoré vyplývajú zo smernice Európskeho parlamentu a Rady 2011/24/EÚ z 9. marca 2011 o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti pre poistených pacientov, ktorí chcú získať úhradu zdravotnej starostlivosti<sup>1</sup>, ktorá im bola poskytnutá mimo krajiny ich bydliska a v inom členskom štáte EÚ. Správa sa konkrétne zaoberá možnými dôsledkami systémov predchádzajúceho povoľovania zavedených podľa smernice 2011/24/EÚ a vymedzenia členského štátu zodpovedného za úhradu nákladov pacientov na cezhraničnú zdravotnú starostlivosť. Druhý bod sa týka najmä špecifického prípadu dôchodcov, ktorí sa presťahovali do iného členského štátu a ktorí si z toho dôvodu presunuli prístup k zdravotnej starostlivosti do členského štátu svojho nového bydliska, ktorý je iný ako členský štát, ktorý uznal práva dôchodcu na dávky sociálneho zabezpečenia. U týchto skupín dôchodcov je za úhradu nákladov na zdravotnú starostlivosť zodpovedný tento druhý členský štát. Prostredníctvom tejto správy Komisia splňa požiadavku uvedenú v článku 20 ods. 3 smernice 2011/24/EÚ.

Od 25. októbra 2013 sa na situáciu pacientov, ktorí požiadajú o zdravotnú starostlivosť mimo krajiny svojho bydliska, uplatňujú dva právne nástroje: smernica 2011/24/EÚ, ďalej len „smernica“, a nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 a nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia, ďalej len „nariadenia“. Keďže členské štáty mali transponovať smernicu do vnútroštátnych právnych predpisov do 25. októbra 2013, je zrejmé, že v súčasnosti nie sú k dispozícii žiadne údaje o vplyve smernice, či už samej alebo v interakcii s nariadeniami. Táto prvá správa sa preto zaoberá možnými dôsledkami spoločného uplatňovania oboch nástrojov na situáciu pacientov, ktorí požadujú zdravotnú starostlivosť v inom členskom štáte. Správa má slúžiť ako referenčný bod pre budúce správy vypracované podľa článku 20 ods. 3 smernice.

V tejto správe sa popisujú oba nástroje a následne sa posudzujú možné vplyvy ich vzájomného pôsobenia v dvoch oblastiach: možné substitučné účinky medzi systémami predchádzajúceho povoľovania, ktoré sa používajú v rámci oboch nástrojov, a primeranosť finančnej kompenzácie nákladov na zdravotnú starostlivosť medzi členskými štátmi podľa nariadení. Pokiaľ ide o druhú oblasť, osobitne sa zväžia najmä tie prípady, keď členské štáty dostávajú pevne stanovené sumy určené na krytie nákladov na vecné dávky na zdravotnú starostlivosť pre dôchodcov. V správe sa ďalej objasní, že vzhľadom na uvedené chýbajúce dostupné informácie nemožno v súčasnosti vyvodiť jasné závery o žiadnom z týchto dvoch problémov, ale že napriek tomu už možno rozpoznať niektoré dôležité odkazy pre budúce spravovanie týchto dvoch nástrojov.

<sup>1</sup> Pozri <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:sk:PDF>

Táto správa bola vypracovaná v spolupráci a s pomocou členských štátov zastúpených delegátmi v Správnej komisii pre koordináciu systémov sociálneho zabezpečenia (ďalej len „správna komisia“) a vo vykonávacom výbore pre smernicu.

## 2. VŠEOBECNÝ KONTEXT

### 2.1. Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2011/24/EÚ z 9. marca 2011 o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti

Všeobecným cieľom smernice je uľahčiť prístup k bezpečnej a vysoko kvalitnej cezhraničnej zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte a zabezpečiť úhradu nákladov na takúto starostlivosť v súlade so zásadami stanovenými Súdny dvorom, ako aj podporiť spoluprácu v oblasti zdravotnej starostlivosti medzi členskými štátmi.

V smernici sa vyžaduje, aby členský štát, v ktorom je pacient poistený<sup>2</sup>, uhradil poistencovi náklady, ktoré mu vznikli pri prijímaní cezhraničnej zdravotnej starostlivosti, ak predmetná zdravotná starostlivosť patrí medzi dávky, na ktoré má poistenec nárok v danom členskom štáte. Členský štát, v ktorom je pacient poistený, môže ustanoviť systém predchádzajúceho povoľovania úhrady nákladov na cezhraničnú zdravotnú starostlivosť obmedzenú na presne stanovené typy plánovanej zdravotnej starostlivosti vymedzené v článku 8 (vrátane starostlivosti, ktorá vyžaduje jednodenný pobyt v nemocnici, použitie vysoko špecializovaného zariadenia, nákladnej zdravotníckej infraštruktúry alebo medicínskeho vybavenia), ak je takýto systém odôvodnený a primeraný. Takéto predchádzajúce povolenie sa nesmie zamietnuť, ak má pacient na predmetnú zdravotnú starostlivosť právo a ak takúto zdravotnú starostlivosť nemožno poskytnúť na jeho území v časovom limite, ktorý je lekárske odôvodnený (tiež „zbytočný odklad“).

Rozhodnutie o tom, či obdobie čakania na ošetrovanie je lekárske opodstatnené, musí vychádzať z objektívneho lekárskeho posúdenia zdravotného stavu pacienta, anamnézy a pravdepodobného vývoja pacientovho ochorenia, stupňa bolesti, ktorou pacient trpí, a/alebo povahy jeho zdravotného postihnutia v čase podania žiadosti o povolenie alebo jej obnovenia<sup>3</sup>.

Celkové používanie predchádzajúceho povolenia podlieha požiadavke na obmedzenie systému predchádzajúceho povolenia na zdravotnú starostlivosť, ktorá je nevyhnutná a primeraná cieľu, ktorý sa má dosiahnuť.

Pacient môže byť požiadaný, aby za starostlivosť najprv zaplatil, a potom požiadal o úhradu nákladov. Náklady na cezhraničnú zdravotnú starostlivosť budú uhradené do výšky nákladov, ktoré by členský štát, v ktorom je pacient poistený, prevzal, ak by sa zdravotná starostlivosť poskytla v rámci jeho územia (bez toho, aby sa prekročili skutočné náklady na poskytnutú zdravotnú starostlivosť).

Uplatňovanie smernice nezávisí od toho, či poskytovateľ zdravotnej starostlivosti patrí do systému verejného zdravotníctva: vzťahuje sa na všetkých poskytovateľov.

<sup>2</sup> Všeobecne členský štát, ktorý je príslušný udeliť poistencovi predchádzajúce povolenie na získanie potrebného ošetrovania v inom členskom štáte podľa nariadenia (ES) č. 883/2004 a nariadenia (ES) č. 987/2009. Pre štátnych príslušníkov tretích krajín v cezhraničnej situácii v rámci EÚ členský štát podľa nariadenia č. 859/2003 alebo nariadenia (EÚ) č. 1231/2010. Pokiaľ ide o štátnych príslušníkov tretích krajín, v osobitných prípadoch, ak podľa uvedených nariadení nie je príslušný žiadny členský štát, považuje sa za členský štát, v ktorom je pacient poistený, ten členský štát, v ktorom je osoba poistená alebo v ktorom má nárok na nemocenské dávky podľa právnych predpisov daného členského štátu. Treba uviesť, že pojem „členský štát, v ktorom je pacient poistený“ v smernici vychádza z pojmu „príslušný členský štát“, čo je pojem vymedzený v nariadeniach o koordinácii sociálneho zabezpečenia.

<sup>3</sup> Pozri článok 8 ods. 5 smernice 2011/24/EÚ.

## 2.2. Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 a nariadenie Európskeho parlamentu a Rady 987/2009 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia

Pokiaľ ide o zdravotnú starostlivosť, nariadenia sa zameriavajú na poistencov verejného zdravotného poistenia a členov ich rodiny, ktorí majú bydlisko alebo pobyt v inom členskom štáte, ako je príslušný členský štát<sup>4</sup>. Zdravotná starostlivosť, ktorá sa stane potrebnou zo zdravotných dôvodov počas pobytu („neplánovaná zdravotná starostlivosť“), bude poskytnutá bez predchádzajúceho povolenia a náklady na ňu pokryje príslušný členský štát (napr. prostredníctvom použitia európskeho preukazu zdravotného poistenia).

Nariadeniami sa poistencovi takisto umožňuje požiadať príslušný orgán o povolenie aj v prípade, ak cestuje do iného členského štátu s cieľom získať zdravotnú starostlivosť. Toto oprávnenie by sa malo udeliť, „ak dané ošetrovanie je medzi dávkami určenými právnymi predpismi v členskom štáte, kde má daná osoba bydlisko a kde daná osoba nemôže dostať takéto ošetrovanie v časovom limite, ktorý je lekárske odôvodnený“<sup>5</sup>, teda za rovnakých okolností, ako podľa smernice. Príslušný orgán udelí pacientovi predchádzajúce povolenie vydaním tzv. formulára S2 (predtým E112).

V prípade takejto „plánovanej“ zdravotnej starostlivosti je príslušný členský štát zodpovedný za prevzatie nákladov na ošetrovanie, ktoré sa poskytuje na základe predpisov členského štátu, v ktorom sa poskytuje ošetrovanie, a úhrada nákladov sa bude riadiť na úrovni správy sociálneho zabezpečenia, a to bez platby vopred zo strany pacienta, okrem spoluúčasti stanovenej v členskom štáte, v ktorom sa poskytuje ošetrovanie.

Nariadenia sa nevzťahujú na všetkých poskytovateľov: niektorí poskytovatelia, ktorí nepatria do systému verejného zdravotníctva, nie sú do systému zahrnutí.

Nariadenia obsahujú ustanovenia aj pre situácie, keď sa poistenec presťahuje do členského štátu, ale naďalej sa naňho vzťahuje systém sociálneho zabezpečenia iného členského štátu. V takýchto prípadoch sa danej osobe poskytne formulár S1, ktorým sa môže zaregistrovať na zdravotné poistenie v členskom štáte svojho bydliska. Členský štát bydliska si vyžiada úhradu nákladov na zdravotnú starostlivosť od príslušného členského štátu. Členský štát bydliska si môže vybrať medzi dvoma typmi systému úhrad:

- úhrada na základe skutočných nákladov, pri ktorej sa vyžaduje preukázanie skutočných výdavkov, alebo

<sup>4</sup> Členský štát, v ktorom má príslušná inštitúcia sídlo. Príslušná inštitúcia znamená:

„i) inštitúciu, v ktorej je daná osoba poistená v čase žiadosti o dávku;  
alebo

ii) inštitúciu, v ktorej je daná osoba oprávnená alebo by bola oprávnená nárokovať si dávky, ak táto osoba alebo jej rodinní príslušníci majú bydlisko na území členského štátu, v ktorom sa inštitúcia nachádza;  
alebo

iii) inštitúciu určenú príslušným orgánom daného členského štátu;  
alebo

iv) v prípade systému týkajúceho sa povinností zamestnávateľa v súvislosti s dávkami ustanovenými v článku 3 ods. 1 nariadenia (ES) č. 883/2004, zamestnávateľ alebo daný poisťovateľ, alebo – v prípade ich neplnenia – orgán alebo úrad určený príslušným orgánom daného členského štátu“.

<sup>5</sup> Článok 20 ods. 2 nariadenia (ES) č. 883/2004.

- (u niektorých kategórií osôb) úhrada na základe pevne stanovených súm (paušálnych platieb) pre členské štáty, v ktorých „použitie úhrady na základe skutočných výdavkov nie je primerané“<sup>6,7</sup>.

Druhý systém úhrad môže byť použitý iba pre dôchodcov a ich rodinných príslušníkov alebo rodinných príslušníkov poistenca, ktorí majú bydlisko v inom členskom štáte ako poistenec, ak sa tento členský štát rozhodol pre systém úhrad na základe pevne stanovených súm.

Rada audítorov, ktorá je orgánom vytvoreným podľa článku 74 nariadenia (ES) č. 883/2004, je zodpovedná za stanovenie metód na určenie údajov na výpočet pevne stanovených súm. Tieto údaje sú uvedené v nariadení (ES) č. 987/2009 a správna komisia, ktorá je orgánom podľa nariadenia (ES) č. 883/2004 a „je zložená z predstaviteľov vlád každého členského štátu, ktorí sú konkrétne zodpovední najmä za riešenie všetkých správnych otázok alebo otázok výkladu ustanovení tohto nariadenia a za podporu ďalšej spolupráce medzi členskými štátmi,“ predloží v roku 2015 osobitnú správu o jeho uplatňovaní, a najmä o uplatniteľných zrážkach na zabezpečenie, aby sa výpočet pevne stanovených súm čo najviac priblížil skutočne vynaloženým výdavkom a aby výsledkom týchto zrážok neboli nevyvážené platby ani duplicitné platby pre členské štáty.

Členské štáty, ktoré si uplatňujú nárok na úhradu na základe pevne stanovených súm, sú Nórsko, Írsko, Španielsko, Cyprus, Holandsko, Portugalsko, Fínsko, Švédsko a Spojené kráľovstvo<sup>8</sup>.

### 2.3. Vzťah medzi smernicou a nariadeniami

V nasledujúcich bodoch sú zdôraznené hlavné podobnosti a rozdiely medzi oboma nástrojmi.

Pokiaľ ide o **osobný rozsah**, smernica sa uplatňuje na osoby, na ktoré sa vzťahuje nariadenie (ES) č. 883/2004, ako aj na štátnych príslušníkov tretích krajín a ich rodinných príslušníkov s riadnym pobytom na území členského štátu<sup>9</sup>.

Všeobecnou zásadou je, že ak sú splnené podmienky nariadenia, ošetrovanie by malo byť poskytnuté podľa nariadenia, pokiaľ pacient, ktorý je plne informovaný o svojich právach, nepožaduje inak. Ak pacient požiadava o predchádzajúce povolenie na cezhraničnú zdravotnú starostlivosť, pričom pre pacienta je výhodnejšie uplatniť nariadenia, pacientovi by malo byť udelené predchádzajúce povolenie podľa podmienok týchto nariadení, pokiaľ pacient, ktorý je plne informovaný o svojich právach, nepožaduje inak.

Ako je uvedené vyššie, **postupy a výška úhrad** podľa nariadení a smernice sú odlišné. Pokiaľ ide o procesné záruky, požiadavky na poskytovanie informácií sú veľmi podobné a členským štátom sa odporúča použiť všeobecný postup podľa nariadenia a administratívne záruky výslovne uvedené v článku 9 smernice v prospech pacienta.

<sup>6</sup> Tu pôjde o prípad, keď skutočná výška výdavkov na prijaté dávky nie je vykázaná v účtovníctve inštitúcie, ktorá ich poskytla.

<sup>7</sup> Pozri článok 63 ods. 1 NARIADENIA EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (ES) č. 987/2009 zo 16. septembra 2009, ktorým sa stanovuje postup vykonávania nariadenia (ES) č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia.

<sup>8</sup> Článok 63 ods. 1 nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009 zo 16. septembra 2009, ktorým sa stanovuje postup vykonávania nariadenia (ES) č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia, a uvedené v prílohe 3 k tomuto nariadeniu.

<sup>9</sup> Alebo, v prípade Dánska, osoby, ktoré spĺňajú podmienky na vznik nároku na dávky stanovené v právnych predpisoch členského štátu, v ktorom je pacient poistený, a ktoré sú v situácii, ktorá sa neobmedzuje vo všetkých ohľadoch na jeden členský štát.

V prípade poistencov, ktorí majú bydlisko mimo územia príslušného členského štátu, sa smernica neuplatňuje na prístup k dávkam v rámci zdravotnej starostlivosti v členskom štáte bydliska.

### 3. HLAVNÉ ZISTENIA

Táto správa sa zaoberá dvoma konkrétnymi bodmi podľa požiadaviek zákonodarcov. Správa sa zameriava na:

- Použitie predchádzajúcich povolení členskými štátmi podľa smernice, najmä pokiaľ ide o dôsledky požiadavky na odôvodnenie akéhokoľvek systému povolení ako primeraného, spolu s akýmikoľvek substitučnými účinkami medzi oboma právnymi nástrojmi v dôsledku existencie dvoch systémov predchádzajúceho povoľovania.
- Finančné dôsledky v členských štátoch, ktoré sa rozhodli pre úhradu na základe pevne stanovených súm v súlade s nariadeniami, podľa vymedzenia pojmu „členský štát, v ktorom je pacient poistený,“ použitého v smernici (členský štát zodpovedný za úhradu nákladov na cezhraničnú zdravotnú starostlivosť)<sup>10</sup>.

#### 3.1. Používanie systémov predchádzajúceho povolenia

Ako je uvedené vyššie, existujú dva právne nástroje zaoberajúce sa cezhraničnou zdravotnou starostlivosťou, pričom obidva zahŕňajú systémy predchádzajúceho povoľovania. V závislosti od rozhodnutia jednotlivých členských štátov môže táto situácia viesť k dvom systémom predchádzajúceho povoľovania, ktoré budú existovať paralelne.

Medzi týmito dvoma systémami existujú podobnosti (napríklad v oboch prípadoch môže byť žiadosť o povolenie zamietnutá, ak ošetrovanie možno poskytnúť bez „zbytočného odkladu“). Zároveň sú však medzi nimi aj významné rozdiely, ktoré je potrebné uviesť.

Podľa nariadení je použitie predchádzajúceho povolenia pravidlom, zatiaľ čo podľa smernice ide o možnosť, ktorú členské štáty môžu – ale nemusia – využiť. Preto podľa nariadení bude schváleniu podliehať vysoký počet ošetrení, zatiaľ čo podľa smernice tomu tak nebude. Ako je uvedené v časti 2, podľa nariadení môže byť predchádzajúce povolenie vyžadované pre všetky ošetrenia, zatiaľ čo podľa smernice môže byť použité iba pre niektoré ošetrenia (ako je uvedené vyššie). Podľa smernice sa systém povolení vzťahuje na všetkých poskytovateľov, zatiaľ čo podľa nariadení sa na niektorých poskytovateľov, ktorí nepatria do systému verejného zdravotníctva, tento systém nevzťahuje. A ako je uvedené vyššie, treba mať na pamäti aj to, že miera pokrytia nákladov môže byť medzi oboma nástrojmi značne odlišná.

Treba upozorniť, že to bude znamenať, že rozsah systému predbežného povoľovania podľa smernice bude v jednotlivých členských štátoch odlišný (v skutočnosti tento systém nemusí byť možnosťou, ktorú použije každý členský štát).

V smernici sú stanovené aj určité procesné záruky, ktoré by mali platiť pre systémy povolení: napríklad právo na odvolanie a požiadavka, aby členské štáty stanovili lehoty na vybavenie žiadostí o povolenie. V smernici sa navyše vyžaduje, aby rozhodnutia o povolení boli „riadne odôvodnené“ – čo znamená, že ak je povolenie zamietnuté z dôvodu neexistencie „zbytočného odkladu“, pacient je informovaný, čo by v jeho konkrétnom prípade predstavovalo „zbytočný odklad“. Tieto rozdiely v skutočnosti tvoria explicitné princípy

<sup>10</sup> Podľa článku 20 ods. 3 smernice by tieto finančné dôsledky mali byť riešené v prípadoch, na ktoré sa vzťahuje článok 20 ods. 4 a článok 27 ods. 5 nariadenia. Pre prehľadnosť a zvlášť na metodický charakter tejto správy sa správa zameria na dôchodcov, ako bolo členským štátom prezentované na zasadnutí správnej komisie dňa 17. apríla 2013 a výboru pre cezhraničnú zdravotnú starostlivosť dňa 3. júna 2013.

dobrej správy, ktoré by sa mali rovnako uplatňovať aj na povolenia podľa nariadení – v praxi by preto tieto rozdiely v textoch nemali byť viditeľné.

Vzhľadom na presahy medzi oboma systémami je tu jasný potenciál pre substitučné účinky. Na ilustráciu uvádzame tieto príklady:

- používanie nariadení v prípade zdravotnej starostlivosti, na ktorú sa podľa smernice nevzťahuje predchádzajúce povolenie, by sa mohlo obmedziť u pacientov, ktorí si neprajú prejsť povolovacím konaním a ktorí sa preto rozhodnú použiť smernicu;
- používanie nariadení by sa mohlo obmedziť u pacientov, ktorí chcú byť ošetrení u súkromného poskytovateľa, na ktorého sa nevzťahuje systém nariadení;
- používanie nariadení by sa naopak mohlo rozšíriť u pacientov, ktorí požiadajú o povolenie podľa smernice a ktorí sú posúdení ako vystavení „zbytočnému odkladu“ – takže požiadajú o povolenie podľa nariadení (ktoré musí byť udelené v súlade s „kritériom zbytočného odkladu“), pretože krytie podľa nariadení môže byť finančne výhodnejšie.

Sledovanie a vyhodnocovanie týchto účinkov by si vyžadovalo úroveň detailov, ktorá v súčasnosti neexistuje. Jediné v súčasnosti dostupné údaje sú údaje používané na základe nariadení (pozri prílohu 1). Podľa týchto údajov (s určitými výnimkami) je počet žiadostí o predchádzajúce povolenie relatívne nízky a miera žiadostí, ktorým bolo vyhovievané, vysoká. Z údajov okrem toho vyplýva, že členské štáty v súčasnosti vo všeobecnosti nesledujú typ ošetrovania, pre ktoré sa vyžaduje povolenie.

Je dôležité upozorniť aj na to, že akýkoľvek systém povoľovania podľa smernice podlieha požiadavke na nevyhnutnosť takéhoto systému a jeho primeranosť cieľu, ktorý sa má dosiahnuť, pričom nesmie predstavovať neopodstatnenú prekážku voľnému pohybu pacientov. To znamená, že členské štáty budú musieť poskytnúť údaje, ktoré oprávňujú použitie predchádzajúceho povolenia. Z aktuálnych údajov vyplýva, že rozsiahle systémy predchádzajúceho povoľovania podľa smernice bude ťažké odôvodniť bez spoľahlivých dôkazov preukazujúcich, prečo je stav podľa smernice taký odlišný od stavu podľa nariadení.

### **3.2. Finančné dôsledky pre mechanizmy paušálnych platieb podľa nariadení**

V časti 2 je popísaná situácia, keď niektoré skupiny ľudí majú bydlisko v inom členskom štáte ako je členský štát, ktorý uznal ich práva na dávky sociálneho zabezpečenia („príslušný členský štát“), a členský štát bydliska sa rozhodne pre úhradu na základe pevne stanovených súm, resp. pre „paušálne platby“. Metóda výpočtu týchto paušálnych platieb je uvedená v článku 64 nariadenia (ES) č. 987/2009 a ich výpočet sa musí čo najviac priblížiť skutočným výdavkom. Príslušné sumy sa preto pravidelne upravujú na zohľadnenie možných disproporcií alebo prípadov duplicitných platieb.

Z týchto skupín ľudí sa táto správa zaoberá paušálnymi platbami pre dôchodcov a nezaobera sa paušálnymi platbami pre ostatné skupiny (napr. študentov štipendijného programu Erasmus). Je to z dôvodu rozsahu: z hľadiska počtu zúčastnených ako aj sumy použitej na zdravotnú starostlivosť budú dôchodcovia určitým spôsobom najvýznamnejšou skupinou.

Smernica môže mať vplyv na výpočty slúžiace na stanovenie týchto súm, a to z dvoch dôvodov.

Po prvé, z dôvodu rozdielnych pravidiel týkajúcich sa ošetrovania dôchodcov a ich rodinných príslušníkov v ich príslušnom členskom štáte, podľa nariadení všetky členské štáty, ktoré vyplácajú paušálne platby, získajú 15 %-nú zrážku zo sumy určenej na kompenzáciu nákladov na neplánovanú zdravotnú starostlivosť pre dôchodcov a ich rodinných príslušníkov, ktorá je poskytnutá v inom členskom štáte, ako je členský štát bydliska. Dôvodom je, že podľa

nariadenia tieto náklady znáša v konečnom dôsledku príslušný členský štát (napr. prostredníctvom systému európskeho preukazu zdravotného poistenia). Pokiaľ ide o zdravotnú starostlivosť v príslušnom členskom štáte, dôchodcovia a ich rodiny majú zvyčajne len obmedzené právo prístupu – v podstate len k starostlivosti, ktorá sa stane z lekárskeho hľadiska nevyhnutnou počas ich pobytu v danom členskom štáte.

Niektoré členské štáty sa rozhodnú poskytnúť dôchodcom a ich rodinám ďalšie práva prístupu k zdravotnej starostlivosti. Tieto členské štáty sú oprávnené na 20 %-nú zrážku z paušálnych platieb úhrady a sú uvedené v prílohe IV k nariadeniu č. 883/2004.

Pravidlá podľa smernice sú odlišné. Dôchodcovia a ich rodinní príslušníci s bydliskom v členskom štáte, ktorý vypláca paušálne platby a ktorý nie je ich príslušným členským štátom, môžu požiadať o zdravotnú starostlivosť vo svojom príslušnom členskom štáte v súlade s podmienkami smernice. Ak je príslušný členský štát uvedený v prílohe IV, uplatňujú sa rovnaké podmienky aj pre nariadenia. Ak príslušný členský štát nie je uvedený v prílohe IV, pravidlá sa líšia v závislosti od toho, či dané ošetrovanie podlieha predchádzajúcemu povoleniu v členskom štáte bydliska. Ak áno, uplatňuje sa pravidlo obvyklej úhrady podľa smernice: za vyplatenie úhrady je zodpovedný členský štát bydliska, ako členský štát, v ktorom je pacient poistený. Ak sa na liečbu nevzťahuje predchádzajúce povolenie v členskom štáte bydliska, potom je za náklady zodpovedný príslušný členský štát.

Túto situáciu možno zhrnúť takto: podľa smernice sú členské štáty, ktoré nie sú uvedené v prílohe IV, aj napriek tomu povinné poskytnúť zdravotnú starostlivosť, ktorú však nie sú povinné poskytnúť podľa nariadení. Preto sa môžu domnievať, že sú zodpovedné za väčšiu časť celkových nákladov na zdravotnú starostlivosť pre príslušných poistencov než boli v minulosti a že táto skutočnosť by sa mala brať do úvahy pri úprave výšky paušálnych platieb.

Druhý spôsob, ktorým môže smernica ovplyvniť výšku paušálnych platieb, je vzhľadom na neplánovanú zdravotnú starostlivosť v treťom členskom štáte pre dôchodcov a ich rodinných príslušníkov s bydliskom v členskom štáte, ktorý vypláca paušálne platby a ktorý nie je ich príslušným členským štátom. Podľa nariadení je za náklady na túto zdravotnú starostlivosť zodpovedný príslušný členský štát, ako je uvedené vyššie, ktorý získa 15 %-nú zrážku zo sumy paušálnej platby. Podľa smernice sa pacient môže rozhodnúť požadovať úhradu priamo od členského štátu bydliska, pretože to je členský štát, v ktorom je pacient poistený. Členský štát bydliska sa preto môže domnievať, že v tomto prípade znáša náklady, za ktoré nezíska úhradu prostredníctvom paušálnej platby, a že táto skutočnosť by sa mala brať do úvahy pri úprave výšky paušálnych platieb.

Či tieto vplyvy nastanú alebo nenastanú závisí od rozhodnutia členských štátov a jednotlivých pacientov o použití predchádzajúceho povolenia, od výberu krajiny pre plánovanú zdravotnú starostlivosť, od preferovaného systému náhrady atď. Preto budú potrebné spoľahlivé údaje na sledovanie všetkých účinkov a posúdenie, aký dôsledok by to mohlo mať na výšku paušálnych platieb.

V súčasnosti nie sú k dispozícii informácie na posúdenie finančných dôsledkov uplatňovania smernice pre členské štáty, ktoré vyplácajú paušálne platby. Podľa predbežného hodnotenia zo strany členských štátov, ktoré odpovedali na prieskum zameraný na „oznamovaciu povinnosť podľa článku 20 ods. 3 smernice 2011/24/EÚ“, ktorý sa uskutočnil v marci 2013, očakávania členských štátov, pokiaľ ide o možný vplyv smernice na primeranosť paušálnych platieb, sú odlišné. Podľa názoru niektorých členských štátov sa paušálne platby zvýšia, zatiaľ čo iné sa domnievajú, že príloha IV už nebude relevantná; niektoré členské štáty neočakávajú žiadny významný vplyv a ďalšie si myslia, že bude ovplyvnená iba starostlivosť, na ktorú sa nevzťahuje predchádzajúce povolenie, ale že v súčasnosti tento vplyv nemožno vyčíslieť.

Posúdenie disproporcií v súčasnosti nie je možné pre nedostatok údajov. Rozdielne názory členských štátov na disproporcie vo vyplácaní a v získavaní paušálnych platieb týkajúcich sa skutočných nákladov na poskytnutú zdravotnú starostlivosť bude treba riešiť neskôr.

V článku 64 ods. 5 nariadenia (ES) č. 987/2009 sa vyžaduje, aby správna komisia predložila najneskôr 1. mája 2015 správu o uplatňovaní článku 64 nariadenia (ES) č. 987/2009, najmä pokiaľ ide o zrážky uvedené v článku 64 ods. 3. Cieľom analýzy je zabezpečiť, aby sa výpočet pevne stanovených súm čo najviac priblížil skutočne vynaloženým výdavkom a aby zrážky uvedené v článku 64 ods. 3 nespôsobovali disproporciu ani duplicitné platby pre členské štáty. Správa môže obsahovať návrh akýchkoľvek zmien, ktoré môžu byť dôležité vzhľadom na skúsenosti s uplatňovaním uvedeného ustanovenia. Stručne povedané, každý členský štát má predložiť poznámku s analýzou, či je uplatňovanie základnej zrážky na priemerné náklady realistické alebo nie. Analýza by mala byť v najvyššej možnej miere podložená kvantitatívnymi dôkazmi a údajmi. Členské štáty majú predložiť tieto údaje a sprievodné poznámky Rade audítorov najneskôr 30. júna 2014.

#### **4. ÚDAJE PRE BUDÚCE SPRÁVY**

Aby bolo možné posúdiť vplyv smernice na počet pacientov, ktorí využívajú nariadenia, je potrebné pred zavedením smernice stanoviť „základné“ nulové meranie na zachytenie mobility pacientov podľa nariadení. Toto nulové meranie je potom potrebné porovnať s ďalším meraním, ktoré sa uskutoční po transpozícii smernice 2011/24/EÚ.

Preto bude potrebné zlepšiť súčasnú situáciu, ktorá sa vyznačuje nedostatkom štatistických údajov o cezhraničnej zdravotnej starostlivosti.

Vo väčšine prípadov budú potrebné aj omnoho kvalitnejšie údaje, aby tie členské štáty, ktoré zavedú systém predchádzajúceho povolenia podľa smernice, preukázali, že tieto systémy spĺňajú všeobecné požiadavky proporcionality.

##### **4.1. Nulové meranie**

Pre budúcu analýzu v rozsahu pôsobnosti tejto správy je potrebné základné nulové meranie, voči ktorému by bolo možné merať budúce vplyvy. Komisia zistila, že takéto základné nulové meranie nemožno stanoviť pomocou historicky zozbieraných údajov. V prílohe 1 sú uvedené a prekonzultované dostupné štatistické údaje o mobilite pacientov podľa nariadení, pokiaľ ide o plánovanú zdravotnú starostlivosť. Konštatuje sa, že údaje dostupné v jednotlivých členských štátoch sú neúplné a nerozlišuje sa v nich, či predmetná zdravotná starostlivosť spadá pod dávky, na ktoré sa vzťahuje verejné zdravotné poistenie v príslušnom členskom štáte. Okrem toho nie sú k dispozícii ani údaje o type zdravotnej starostlivosti.

Pre budúce správy o mobilite pacientov v rámci systému predchádzajúceho povoľovania podľa požiadaviek smernice je potrebný ďalší zber údajov za roky 2012 a 2013 vo väčšom rozsahu. Na tento účel sa v rámci správnej komisie začalo nové kolo zberu údajov. Niektoré členské štáty však oznámili, že neposkytnú údaje za rok 2012 alebo 2013. Okrem toho, pokiaľ ide o členské štáty, ktoré sa rozhodli poskytnúť údaje za rok 2012 a/alebo 2013, neexistuje žiadna záruka, že tak urobia v požadovanom rozsahu, napr. s rozlíšením, či prípady ošetrenia spadajú do rozsahu dávok alebo sú mimo tohto rozsahu.

Na stanovenie základného nulového merania pre všetky členské štáty bude preto pravdepodobne potrebná extrapolácia a interpolácia obmedzeného množstva dostupných údajov.

## 4.2. Hodnotenie po transpozícii smernice

Na posúdenie celkového fungovania smernice budú v rámci vykonávacieho výboru smernice zozbierané údaje za rok 2014.

Na účely analýz by údaje o predchádzajúcom povolení mali:

- byť zozbierané podľa roku žiadosti,
- byť zozbierané členským štátom, v ktorom je pacient poistený a ktorému bola žiadosť adresovaná,
- súvisieť so žiadosťami o zdravotnú starostlivosť, na ktorú sa vzťahuje rozsah verejnej zdravotnej starostlivosti členského štátu, v ktorom je pacient poistený,
- uvádzať počet alebo percento žiadostí, ktorým bolo vyhovené,
- v ideálnom prípade uvádzať počet alebo percento žiadostí, ktorým bolo vyhovené a pri ktorých bolo zistené uplatnenie zbytočného odkladu,
- uvádzať percento zamietnutých žiadostí a hlavných dôvodov zamietnutia,
- v ideálnom prípade rozlišovať typ označenia pacienta (napr. pacienti trpiaci zriedkavými chorobami).

## 4.3. Hodnotenie vplyvu

Iba v prípade stanovenia nulového merania a merania po transpozícii smernice bude možné, aby Komisia vykonala analýzu:

- substitučných účinkov (priamo v porovnaní s nulovým meraním): napr. či pokles povolení podľa nariadení možno vysvetliť zvýšením povolení podľa smernice; či ide o vedomú voľbu zo strany pacientov (napr. použitie smernice na slobodný výber poskytovateľa),
- dynamických vplyvov: napr. posúdením, či väčší počet pacientov získa predchádzajúce povolenie podľa nariadení v dôsledku dodatočných informácií o zbytočnom odklade, o ktorých sa pacienti dozvedeli podľa smernice, alebo v dôsledku zvýšeného povedomia o právach pacientov.

## 5. ZÁVER

V tejto chvíli – krátko po skončení lehoty na transpozíciu smernice – zjavne nie je možné, aby Komisia posúdila používanie možnosti členských štátov zaviesť systémy predchádzajúceho povoľovania podľa smernice a možné substitučné účinky s nariadeniami.

Z rovnakých dôvodov nie je možné, aby Komisia dospela k záveru, či existujú alebo neexistujú disproporcie vyplývajúce z vykonávania smernice.

Momentálne je však možné vyvodit' určité závery so zámerom plne riešiť oba tieto body v správe o všeobecnom fungovaní smernice, ktorú má Komisia predložiť do 25. októbra 2015. Bude to prvá správa z radu trojročných správ.

Pokiaľ ide o systémy predchádzajúceho povoľovania, koncepcia lekárske odôvodneného časového limitu by mala byť v oboch nástrojoch rovnaká. Takisto procesné záruky stanovené podľa smernice by sa mali uplatňovať aj na akýkoľvek systém povolení podľa nariadení.

Členské štáty, ktoré sa rozhodnú zaviesť systém predchádzajúceho povoľovania podľa smernice, budú musieť prehodnotiť svoje súčasné systémy zberu údajov, pretože súčasné

údaje by vo väčšine prípadov neboli považované za dostatočné na odôvodnenie rozsiahleho systému predchádzajúceho povoľovania.

Aby bolo možné riadne preskúmať účinky smernice na použitie nariadení a na primeranosť paušálnych platieb, bolo by užitočné vypracovať metódu zberu údajov, ako je uvedené v odseku 4.2.

Vývoj systému sledovania podľa smernice bude pre členské štáty výzvou, pokiaľ ide o jeho koordináciu so systémom sledovania zriadeným podľa nariadení. Bude potrebné prerokovať metodické otázky s cieľom prispôbiť tieto systémy štatistickým medzinárodným normám. Členské štáty by mali v záujme efektívnosti čo najviac zjednotiť zhromažďovanie informácií.

## Príloha 1: Historické údaje o tokoch pacientov

Generálne riaditeľstvo pre zamestnanosť, sociálne záležitosti a začlenenie v oznámení z roku 2008, v ktorom informovalo o dotazníku týkajúcom sa formulára E112, ktorý bol zaslaný delegátom v správnej komisii, poukázalo na niektoré zaujímavé zistenia: väčšina členských štátov uvádza nízky počet žiadostí o predchádzajúce povolenie a vysokú mieru udelených povolení na základe žiadostí<sup>11</sup>. Podľa informácií poskytnutých členskými štátmi boli žiadosti o predchádzajúce povolenie – s určitými významnými výnimkami – zamietnuté najmä pre absenciu zbytočného odkladu, s veľmi nízkou mierou napadnutých zamietnutí<sup>12</sup>; mobilita pacientov sa týka najmä susedných členských štátov alebo členských štátov, ktoré používajú rovnaký jazyk, a šesť členských štátov (DK, EE, CY, LT, MT a NL) uviedlo paralelnú existenciu iných postupov (napr. osobitných dvojstranných dohôd medzi členskými štátmi), ktoré zahŕňajú cezhraničnú zdravotnú starostlivosť.

V oznámení sa navyše upozorňuje na dva problémy týkajúce sa relevantných údajov:

- údaje o klinickej indikácii (diagnoze alebo konkrétnom postupe) by nemali spadať do tradičnej pôsobnosti správnej komisie,
- rozlišovanie medzi počtom žiadostí a skutočným počtom pacientov, ktorí požiadali o povolenie, nie je jednoduché, pretože často sa prípadu toho istého pacienta týka viac než jedno povolenie.

Prehľad dostupných údajov o požadovaných formulároch E112 podľa členských štátov za roky 2006, 2007 a 2008 je uvedený nižšie. K dispozícii sú údaje len pre 24 členských štátov. Medzi jednotlivými krajinami existuje veľká variabilita v počte a vo vývoji vydaných predchádzajúcich povolení. Ako je uvedené v prílohe 1, najvyššia miera (na jedného obyvateľa) bola zistená v LU, AT, SI, CY (v roku 2008 nadpriemerná). Priemerná miera bez LU (čo predstavuje 36 046 vydaných povolení na milión obyvateľov) je 55 povolení na milión obyvateľov. Medzi členskými štátmi nad týmto priemerom sú AT, SI, CY, SK, BE, IE, EL a LV.

Je preto dôležité zdôrazniť, že pri zbere historických údajov v rámci správnej komisie sa nerozlišuje, či zdravotná starostlivosť, pre ktorú bolo požiadané o vydanie predchádzajúceho povolenia, spadá do rozsahu nárokov v členskom štáte bydliska, a neponúka sa ani možnosť nahliadnuť do mixu zahrnutých klinických indikácií.

Okrem toho tieto údaje neposkytujú úplný obraz, pretože nezahŕňajú mobilitu pacientov v rámci paralelných systémov (napr. dvojstranné dohody medzi členskými štátmi alebo regiónmi, ktoré plánujú a organizujú presuny pacientov).

<sup>11</sup> Iba jeden členský štát (LU) uviedol vyše 17 000 a dva členské štáty (BE a AT) uviedli vyše tisíc; väčšina členských štátov uviedla niekoľko sto (CZ, DK, IE, EL, CY, HU, PT, RO, SI, SK, SE, UK) a ostatné (BG, EE, LT a PL) uviedli menej ako 100.

<sup>12</sup> Vo väčšine členských štátov menej ako 1 %.

Počet formulárov žiadostí E112 podľa roku prijatia žiadosti

Členský štát	2006			2007			2008
	Požadovaných	Vydaných	% vydaných/ požadovaných	Požadovaných	Vydaných	% vydaných/ požadovaných	Vydaných
AT	3 643	3 566	98	2 946	2 835	96	2 935
BE	1 222	1 066	87	1 322	1 094	83	1 165
BG	--	--	--	81	4	5	10
CY	--	--	--	156	156	100	146
CZ	--	--	--	425	411	97	328
DK	396	65	16	733	64	9	84
EE	8	8	100	1	1	100	5
IE	656	630	96	690	648	94	372
EL	813	768	94	795	770	97	816
ES	--	722	--	--	722	--	800
FR	1 169	695	59	--	--	--	--
HU	209	193	92	185	215	116	232
LT	7	6	86	19	14	74	12
LU	17 825	17 290	97	17 280	16 800	97	17 439
LV	46	29	63	132	110	83	127
MT	--	--	--	0	0	--	0
NL	3 482	2 912	84	--	--	--	--
PL	12	10	83	25	13	52	--
PT	218	200	92	207	178	86	166
RO	--	--	--	213	124	58	562
SE	163	81	50	330	115	35	--
SI	493	340	69	504	262	52	442
SK	679	640	94	792	743	94	685
UK	560	366	65	634	552	87	--

Zdroj: SPRÁVNA KOMISIA PRE KOORDINÁCIU SYSTÉMOV SOCIÁLNEHO ZABEZPEČENIA.

Počet vydaných formulárov E112 na milión obyvateľov podľa roku prijatia žiadosti

Členský štát	2006	2007	2008
<b>PRIEMER</b>	<b>110</b>	<b>112</b>	<b>163</b>
AT	432	342	353
BE	101	103	109
BG	--	1	1
CY	--	200	185
CZ	--	40	32
DK	12	12	15
EE	6	1	4
IE	150	150	85
EL	69	69	73
ES	16	16	18
FR	11	--	--
HU	19	21	23
LT	2	4	4
LU	36 859	35 280	36 046
LV	13	48	56
MT	--	0	0
NL	178	--	--
PL	0	0	--
PT	19	17	16
RO	--	6	26
SE	9	13	--
SI	170	130	220
SK	119	138	127
UK	6	9	--

Zdroj: vlastné výpočty na základe SPRÁVNEJ KOMISIE PRE KOORDINÁCIU SYSTÉMOV SOCIÁLNEHO ZABEZPEČENIA.