



EVROPSKA
KOMISIJA

Bruselj, 3.2.2014
COM(2014) 44 final

POROČILO KOMISIJE SVETU IN EVROPSKEMU PARLAMENTU

**v skladu z obveznostmi iz člena 20(3) Direktive 2011/24/EU Evropskega parlamenta in
Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem
varstvu**

(Besedilo velja za EGP)

KAZALO

POROČILO KOMISIJE SVETU IN EVROPSKEMU PARLAMENTU v skladu z obveznostmi iz člena 20(3) Direktive 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu

1.	Uvod.....	3
2.	Ozadje	4
2.1.	Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu.....	4
2.2.	Uredbi (ES) št. 883/2004 in št. 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta o koordinaciji sistemov socialne varnosti	5
2.3	Povezava med Direktivo in uredbama	6
3.	Glavne ugotovitve	6
3.1.	Uporaba sistemov predhodne odobritve.....	7
3.2.	Finančne posledice za ureditve izplačil pavšalnih zneskov v skladu z Uredbama	8
4.	Merjenje učinkov v prihodnjih poročilih	10
4.1.	Izhodiščno merjenje	10
4.2.	Merjenje po prenosu Direktive.....	10
4.3.	Merjenje učinkov	11
5.	Sklepne ugotovitve.....	11

POROČILO KOMISIJE SVETU IN EVROPSKEMU PARLAMENTU

v skladu z obveznostmi iz člena 20(3) Direktive 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu

(Besedilo velja za EGP)

1. UVOD

V tem poročilu so obravnavani učinki, ki izhajajo iz Direktive 2011/24/EU¹ Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, za zavarovane paciente, ki želijo povračilo stroškov zdravstvenega varstva, ki so ga prejeli zunaj države njihovega stalnega prebivališča in v drugi državi članici EU. Posebno so obravnavani morebitni učinki sistemov predhodne odobritve, ki so bili uvedeni v skladu z Direktivo 2011/24/EU, in učinki opredelitve države članice, odgovorne za povračilo stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva pacientom. Slednje zlasti zadeva poseben primer upokoјencev, ki so prenesli svoje stalno prebivališče in tako tudi dostop do zdravstvenega varstva v svojo novo državo članico stalnega prebivališča, ki ni država članica, v kateri ima upokoјenec priznane pravice do dajatev socialne varnosti. Slednja država članica ostane odgovorna za kritje stroškov zdravstvenega varstva za te skupine upokoјencev. S tem poročilom Komisija izpolnjuje zahtevo iz člena 20(3) Direktive 2011/24/EU.

Od 25. oktobra 2013 se za položaj pacientov, ki iščejo zdravstveno varstvo zunaj države svojega stalnega prebivališča, uporabljata dva pravna instrumenta: Direktiva 2011/24/EU (v nadaljnjem besedilu: Direktiva) ter Uredbi (ES) št. 883/2004 in (ES) št. 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta o koordinaciji sistemov socialne varnosti (v nadaljnjem besedilu: uredbi). Ker so morale države članice Direktivo v nacionalno zakonodajo prenesti do 25. oktobra 2013, podatki o učinku Direktive, in sicer o učinku Direktive same ali o njenem medsebojnem učinku z uredbama, zdaj še niso na voljo. Posledično so v tem prvem poročilu obravnavani morebitni učinki, ki izhajajo iz skupne uporabe obeh instrumentov za položaj pacientov, ki iščejo zdravstveno varstvo v drugi državi članici. Namen poročila je, da se uporablja kot referenčna točka za prihodnja poročila, pripravljena v skladu s členom 20(3) Direktive.

V tem poročilu sta najprej opisana navedena instrumenta, potem pa so ocenjeni njuni morebitni medsebojni učinki na dveh področjih: morebitni učinki nadomestitve med sistemi predhodne odobritve, ki se uporabljajo v skladu z navedenima instrumentoma, in ustreznost finančne odškodnine za stroške zdravstvenega varstva, plačane med državami članicami v skladu z uredbama. V zvezi s slednjim bodo zlasti obravnavani primeri, v katerih države članice prejmejo pavšalne zneske, namenjene za kritje stroškov zdravstvenih storitev za upokoјence. Nato je pojasnjeno, da zaradi pomanjkanja razpoložljivih informacij, kot je že bilo navedeno zgoraj, zdaj ni mogoče sprejeti jasnih sklepov v zvezi z navedenima vprašanjema, kljub temu pa je že mogoče izraziti nekaj pomembnih sporočil za prihodnje izvajanje obeh instrumentov.

To poročilo je bilo pripravljeno ob sodelovanju in pomoči držav članic, kot jih zastopajo njihovi predstavniki v Upravni komisiji za koordinacijo sistemov socialne varnosti (v nadaljnjem besedilu: Upravna komisija) in Izvršilnem odboru Direktive.

¹ Glej <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:SL:PDF>.

2. OZADJE

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

Splošni cilj Direktive je zagotavljanje lažjega dostopa do varnega in visokokakovostnega čezmejnega zdravstvenega varstva v drugi državi članici ter povrnitve stroškov zanj v skladu z načeli, ki jih je določilo Sodišče, ter spodbujanje sodelovanja med državami članicami na področju zdravstvenega varstva.

V skladu z Direktivo mora država članica zdravstvenega zavarovanja² povrniti stroške zavarovani osebi, ki je prejela čezmejno zdravstveno varstvo, če zadevno zdravstveno varstvo spada med prejeme, do katerih je zavarovana oseba upravičena v tej državi članici. Država članica zdravstvenega zavarovanja lahko uvede sistem predhodne odobritve za povračilo stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva, ki je omejen na posebne vrste načrtovanega zdravstvenega varstva, kot je opredeljeno v členu 8 (vključno z oskrbo, za katero je potrebna prenočitev pacienta v bolnišnici ali uporaba visoko specializirane opreme ali/in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme), če je tak sistem upravičen in sorazmeren. Ta predhodna odobritev ne sme biti zavrnjena, če je pacient upravičen do zadevnega zdravstvenega varstva in če tega zdravstvenega varstva ni mogoče zagotoviti v roku, ki je utemeljen z medicinskega vidika, na njenem ozemlju (t.i. „nepotrebno odlašanje“).

Ta odločitev, ali je čakalna doba za zdravljenje utemeljena z medicinskega vidika, mora temeljiti na objektivni zdravstveni oceni pacientovega zdravstvenega stanja, popisa in verjetnega razvoja pacientove bolezni, njegove stopnje bolečine in/ali narave njegove invalidnosti v času, ko je bil vložen zahtevek za odobritev ali njeno obnovitev³.

Za splošno uporabo predhodne odobritve velja zahteva, da je sistem predhodne odobritve omejen na to, kar je nujno in sorazmerno za dosego cilja.

Od pacienta se lahko zahteva, da najprej plača za oskrbo in nato zahteva povračilo stroškov. Stroški čezmejnega zdravstvenega varstva se povrnejo do višine stroškov, ki bi jih prevzela država članica zdravstvenega zavarovanja, če bi bilo zdravstveno varstvo zagotovljeno na njenem ozemlju (pri čemer se ne prekoračijo dejanski stroški prejetega zdravstvenega varstva).

Uporaba Direktive ni odvisna od tega, ali je izvajalec zdravstvenega varstva vključen v sistem javnega zdravstva: zajema vse izvajalce.

2.2. Uredbi (ES) št. 883/2004 in št. 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta o koordinaciji sistemov socialne varnosti

V zvezi z zdravstvenim varstvom se uredbi osredotočata na osebe, zavarovane v okviru javnega zdravstva, in njihove družinske člane, ki živijo ali začasno prebivajo v državi članici, ki ni pristojna država članica⁴. Zdravstveno varstvo, ki je med začasnim bivanjem potrebno iz

² Na splošno država članica, ki je pristojna za predhodno odobritev ustreznega zdravljenja zavarovani osebi v drugi državi članici, v skladu z Uredbo (ES) št. 883/2004 in Uredbo (ES) št. 987/2009. Za državljane tretjih držav v čezmejnih primerih znotraj EU je to država članica v skladu z Uredbo (ES) št. 859/2003 ali Uredbo (EU) št. 1231/2010. V zvezi s slednjimi je v posebnih primerih, ko v skladu z navedenima uredbama ni pristojna nobena država članica, država članica zdravstvenega zavarovanja tista država članica, v kateri je oseba zavarovana ali ima pravico do storitev v primeru bolezni v skladu z zakonodajo navedene države članice. Navesti je treba, da koncept države članice zdravstvenega zavarovanja v Direktivi temelji na konceptu pristojne države članice, kar je koncept, opredeljen z uredbama o koordinaciji socialne varnosti.

³ Glej člen 8(5) Direktive 2011/24/EU.

⁴ Država članica, v kateri ima pristojni nosilec sedež. Pristojni nosilec pomeni:
„(i) nosilca, pri kateri je oseba zavarovana v času vloge za dajatev,

zdravstvenih razlogov („nenačrtovano zdravstveno varstvo“), se zagotovi brez predhodne odobritve in stroškov, ki jih krije pristojna država članica (npr. z uporabo Evropske kartice zdravstvenega zavarovanja).

Poleg tega uredbi zavarovani osebi, kadar ta potuje v drugo državo članico zaradi zdravstvenega varstva, omogočata, da za odobritev zaprosi pristojnega nosilca. Tako se mora odobriti „zdravljenje, ki spada med storitve, določene v zakonodaji države članice, v kateri oseba stalno prebiva, in ji ga [...] ni možno nuditi v časovnem obdobju, ki je medicinsko utemeljeno“⁵, torej v enakih okoliščinah kot v skladu z Direktivo. Predhodno odobritev pacient pridobi tako, da mu pristojni nosilec izda t. i. obrazec S2 (nekdanji obrazec E112).

Pri tem „načrtovanem“ zdravstvenem varstvu je pristojna država članica odgovorna za kritje stroškov zdravljenj, ki so zagotovljena na podlagi pravil države članice zdravljenja, nadomestilo stroškov pa se ureja na ravni uprav za socialno varnost brez predhodnega plačila pacienta, razen participacij, določenih v državi članici zdravljenja.

Uredbi ne zajemata vseh izvajalcev: sistem ne obsega nekaterih izvajalcev, ki niso vključeni v sistem javnega zdravstva.

Uredbi opredeljujeta tudi primere, v katerih nekatere zavarovane osebe stalno prebivališče preselijo v drugo državo članico, vendar so še naprej vključene v sistem socialne varnosti druge države članice. V takšnih primerih se zadevni osebi izda obrazec S1, s katerim se lahko prijavi za kritje zdravstvenega varstva v državi članici svojega stalnega prebivališča. Država članica stalnega prebivališča zahteva povračilo stroškov zdravstvenega varstva od pristojne države članice. Država članica stalnega prebivališča lahko izbira med dvema vrstama ureditve nadomestil:

- povračilo na podlagi dejanskih stroškov, za katerega je treba predložiti dokazilo o dejanskih izdatkih, ali
- (za nekatere kategorije oseb) povračilo na podlagi pavšalnih zneskov za države članice, v katerih „je povračilo na podlagi dejanskih izdatkov neprimerno“^{6,7}.

Slednja ureditev nadomestil se lahko uporablja le za upokoјence in njihove družinske člane ali družinske člane zavarovane osebe, ki stalno prebivajo v drugi državi članici kot zavarovana oseba, pri čemer je ta država članica izbrala sistem povračil na podlagi pavšalnih zneskov.

Revizijski odbor, ki je organ, ustanovljen v skladu s členom 74 Uredbe (ES) št. 883/2004, je odgovoren za opredelitev metod za določitev elementov za izračun pavšalnih zneskov. Ti elementi so naštet v Uredbi (ES) št. 987/2009 in Upravna komisija, ki je organ v skladu z Uredbo (ES) št. 883/2004, „sestavljen[-] iz predstavnikov vlad vseh držav članic, pristoj[en]

ali

(ii) nosilca, od katerega je oseba upravičena ali bi bila upravičena prejemati dajatve, če bi sama ali član oziroma člani njene družine stalno prebivali v državi članici, v kateri ima nosilec sedež,

ali

(iii) nosilca, ki ga imenuje pristojni organ v državi članici,

ali

(iv) v primeru sistema, ki se nanaša na obveznosti delodajalca v zvezi z dajatvami iz člena 3(1) Uredbe (ES) št. 883/2004, bodisi delodajalca ali zavarovalnico oziroma, v odsotnosti obeh, ustanovo ali organ, ki ga imenuje pristojni organ zadevne države članice“.

⁵ Člen 20(2) Uredbe (ES) št. 883/2004.

⁶ To velja v primeru, če dejanski znesek stroškov za prejete storitve ni prikazan v bilanci nosilca, ki jih je opravil.

⁷ Glej člen 63(1) UREDBE (ES) št. 987/2009 EVROPSKEGA PARLAMENTA IN SVETA z dne 16. septembra 2009 o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti.

predvsem za obravnavo vseh administrativnih vprašanj ali razlag, ki izhajajo iz določb te uredbe, in za spodbujanje sodelovanja med državami članicami“, leta 2015 predloži posebno poročilo o njegovi uporabi ter zlasti o znižanjih, ki se uporabljajo za zagotavljanje čim boljšega približka med izračunom pavšalnih zneskov in dejanskih izdatkov, ter o prilagoditvah za preprečevanje nesaldiranih ali dvojnih plačil, ki bi jih za države članice lahko povzročila znižanja.

Države članice, ki zahtevajo povračilo stroškov na podlagi pavšalnih zneskov, so Norveška, Irska, Španija, Ciper, Nizozemska, Portugalska, Finska, Švedska in Združeno kraljestvo⁸.

2.3. Povezava med Direktivo in uredbama

V naslednjih točkah so poudarjene glavne podobnosti in razlike med instrumentoma.

V zvezi z **osebnim področjem uporabe** se Direktiva uporablja za osebe, ki jih zajema Uredba (ES) št. 883/2004, ter za državljane tretjih držav in njihove družinske člane, ki zakonito stalno prebivajo na ozemlju države članice⁹.

Splošno načelo je, da je treba ob izpolnjenih pogojih uredb zdravljenje opraviti v skladu z uredbama, razen če pacient, ki je v celoti obveščen o svojih pravicah, zahteva drugače. Če pacient zahteva predhodno odobritev za čezmejno zdravstveno varstvo in je uporaba uredb zanj ugodnejša, mu je treba izdati predhodno odobritev pod pogoji iz uredb, razen če pacient, ki je v celoti obveščen o svojih pravicah, zahteva drugače.

Postopki in stopnja povračila se v skladu z uredbama in Direktivo razlikujejo, kot je navedeno zgoraj. V zvezi s postopkovnimi jamstvi so zahteve o zagotavljanju informacij na splošno podobne in državam članicam se svetuje, da v skladu z uredbama uporabijo splošna postopkovna in upravná jamstva, izrecno navedena v členu 9 Direktive, v korist pacienta.

Kadar zavarovane osebe stalno prebivajo zunaj pristojne države članice, se Direktiva ne uporablja v zvezi z dostopom do zdravstvenih storitev v državi članici stalnega prebivališča.

3. GLAVNE UGOTOVITVE

V tem poročilu sta obravnavani posebni točki, kot zahteva zakonodajalec. Ti točki proučujeta:

- uporabo predhodne odobritve s strani držav članic v skladu z Direktivo, zlasti posledice zahteve, da se vsak sistem odobritve upraviči kot sorazmeren, skupaj z morebitnimi učinki nadomestitve med dvema pravnima instrumentoma, ki bi nastali zaradi obstoja dveh sistemov predhodne odobritve,
- finančne posledice opredelitve pojma „država članica zdravstvenega zavarovanja“ v Direktivi (država članica, odgovorna za povračilo stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva) v državah članicah, ki so izbrale povračila na podlagi pavšalnih zneskov v skladu z uredbama¹⁰.

⁸ Člen 63(1) Uredbe (ES) št. 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 16. septembra 2009 o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti ter navedba v Prilogi 3 k Uredbi.

⁹ V primeru Danske osebe, ki izpolnjujejo pogoje zakonodaje države članice zdravstvenega zavarovanja za upravičenost do dajatev in so v položaju, ki ni z vseh vidikov omejena na eno državo članico.

¹⁰ V skladu s členom 20(3) Direktive je treba te finančne posledice obravnavati v primerih iz členov 20(4) in 27(5) Uredbe. Zaradi jasnosti in ob upoštevanju metodološke narave poročila se poročilo osredotoča na upokoјence, kot je bilo državam članicam predstavljeno na zasedanju Upravne komisije 17. aprila 2013 in zasedanju Odbora za čezmejno zdravstveno varstvo 3. junija 2013.

3.1. Uporaba sistemov predhodne odobritve

Kot je bilo navedeno zgoraj, sta na voljo dva pravna instrumenta, ki obravnavata čezmejno zdravstveno varstvo in oba vključujeta sisteme predhodne odobritve. Odvisno od odločitev držav članic lahko to povzroči hkraten obstoj dveh sistemov predhodne odobritve.

Med sistemoma lahko ugotovimo podobnosti (v obeh sistemih je na primer mogoče zavrniti zahtevek za odobritev, če se zdravljenje lahko zagotovi brez „nepotrebne odlašanja“). Vendar so med njima tudi velike razlike, ki jih je treba omeniti.

V skladu z uredbama je uporaba predhodne odobritve pravilo, medtem ko je v skladu z Direktivo možnost, ki jo države članice lahko uporabijo, vendar k temu niso obvezane. Zato bo opravljenih veliko zdravljenj, za katere bo veljala odobritev v skladu z uredbama, ne pa z Direktivo. Kot je navedeno v oddelku 2 zgoraj, se lahko predhodna odobritev zahteva za vsa zdravljenja v skladu z uredbama, medtem ko se lahko uporablja le za nekatera zdravljenja v skladu z Direktivo. Sistem odobritve v skladu z Direktivo zajema vse izvajalce, medtem ko sistem po uredbah ne zajema nekaterih izvajalcev, ki niso vključeni v sistem javnega zdravstva. Kot je navedeno zgoraj, je treba opozoriti tudi, da se raven kritja stroškov med obema instrumentoma lahko zelo razlikuje.

Pomembno je navesti, da to pomeni, da bo področje uporabe sistema predhodne odobritve v skladu z Direktivo v posameznih državah članicah različno (dejansko pa ne gre nujno za možnost, ki jo uporabi vsaka država članica).

Direktiva določa tudi nekatera postopkovna jamstva, ki se morajo uporabljati pri sistemih odobritve: na primer pravico do pritožbe in zahtevo, da države članice določijo časovne omejitve za obravnavanje zahtevkov za odobritev. Poleg tega Direktiva zahteva, da je treba odločitve o odobritvi „ustrezno utemeljiti“, kar pomeni, da se v primeru zavrnitve odobritve zaradi odsotnosti „nepotrebne odlašanja“ pacient obvesti, kaj bi v njegovem primeru bilo „nepotrebno odlašanje“. Dejansko te razlike pomenijo izrecna načela dobrega upravljanja, ki jih je treba enako uporabljati za odobritve v skladu z uredbama, in zato te razlike v besedilih ne smejo biti opazne v praksi.

Zaradi prekrivanja obeh sistemov je veliko možnosti, da se pojavijo učinki nadomestitve. To je mogoče ponazoriti z naslednjimi primeri:

- pacienti, ki ne želijo opraviti postopka odobritve, morda za zdravstveno varstvo, za katero ni potrebna predhodna odobritev v skladu z Direktivo, redkeje uporabljajo uredbi in tako raje izberejo uporabo Direktive,
- pacienti, ki želijo, da njihovo zdravljenje opravi zasebni izvajalec, ki ga sistem iz uredb ne zajema, morda redkeje uporabljajo uredbi,
- nasprotno morda pacienti, ki zahtevajo odobritev v skladu z Direktivo in pri njih nastopi „nepotrebno odlašanje“, pogosteje uporabljajo uredbi, pri čemer ti nato zahtevajo odobritev v skladu z uredbama (ki mora biti izdana glede na „merilo nepotrebne odlašanja“), ker je lahko kritje v skladu z uredbama finančno ugodnejše.

Za spremljanje in ocenjevanje teh učinkov bi bila potrebna raven podrobnosti, ki še ni na voljo. Za zdaj so na voljo le podatki, uporabljeni v skladu z uredbama (glej Prilogo 1). Ti (z nekaterimi izjemami) kažejo na sorazmerno majhno število zahtevkov za predhodno odobritev in visoke stopnje odobritev zahtevkov. Prav tako kažejo na to, da države članice trenutno na splošno ne spremljajo vrste zdravljenj, za katera se poskušajo pridobiti odobritve.

Omeniti je treba tudi, da za vsak sistem odobritve v skladu z Direktivo velja zahteva, da je nujen in sorazmeren za doseg cilja ter da ne sme pomeniti neutemeljene ovire za prost pretok

pacientov. To pomeni, da bodo morale države članice predložiti podatke za utemeljitev svoje uporabe predhodne odobritve. Sedanji podatki kažejo, da bo obsežne sisteme predhodne odobritve v skladu z Direktivo težko utemeljiti brez zanesljivih dokazov o tem, zakaj je položaj v skladu z Direktivo tako drugačen od položaja v skladu z uredbama.

3.2. Finančne posledice za ureditve izplačil pavšalnih zneskov v skladu z uredbama

V oddelku 2 zgoraj je opisan položaj, v katerem nekatere skupine ljudi stalno prebivajo v državi članici, ki ni država članica, v kateri imajo priznane pravice do dajatev socialne varnosti („pristojna država članica“), država članica stalnega prebivališča pa izbere povračila na podlagi pavšalnih zneskov. Metoda izračuna, ki se uporablja za te pavšalne zneske, je opredeljena v členu 64 Uredbe (ES) št. 987/2009, pri čemer mora biti pavšalni znesek čim bližji dejanskim izdatkom. Zato se zadevni zneski redno prilagajajo, da se upoštevajo morebitna nesorazmerja ali primeri dvojnih plačil

V tem poročilu so od teh skupin ljudi obravnavana izplačila pavšalnih zneskov za upokojence, niso pa obravnavana izplačila pavšalnih zneskov za druge skupine (kot so študenti s štipendijo Erasmus). Vzrok za to je obseg: tako v smislu števila zadevnih oseb kot obsega uporabljenega zdravstvenega varstva bodo upokojenci na nek način najpomembnejša skupina.

Direktiva lahko vpliva na izračune, uporabljene za določitev teh zneskov, iz dveh razlogov.

Prvič, zaradi različnih pravil glede zdravljenja upokojencev in njihovih družinskih članov v njihovi pristojni državi članici v skladu z uredbama za vse države članice, ki plačujejo pavšalne zneske, velja 15-odstotno znižanje zneska za nadomestilo stroškov nenačrtovanega zdravstvenega varstva, ki ga prejmejo upokojenci in njihovi družinski člani v državi članici, ki ni država članica njihovega stalnega prebivališča. Razlog za to je, da bo v skladu z uredbama te stroške dejansko krila pristojna država članica (na primer prek sistema Evropske kartice zdravstvenega zavarovanja). Kar zadeva zdravstveno varstvo v pristojni državi članici, imajo upokojenci in njihove družine običajno le omejene pravice dostopa – predvsem do oskrbe, ki je iz zdravstvenih razlogov nujna med njihovim začasnim bivanjem v navedeni državi članici.

Nekatere države članice upokojencem in njihovim družinam zagotavljajo dodatne pravice dostopa do zdravstvenega varstva. Kot nadomestilo za to so te države članice, ki so našteje v Prilogi IV k Uredbi 883/2004, upravičene do 20-odstotnega znižanja pavšalnih zneskov.

Pravila v skladu z Direktivo so drugačna. Upokojenci in njihove družine, ki stalno prebivajo v državi članici, ki plačuje pavšalne zneske in ni njihova pristojna država članica, lahko zdravstveno varstvo poiščejo v svoji pristojni državi članici pod pogoji iz Direktive. Če je pristojna država članica navedena v Prilogi IV, veljajo enaka določila in pogoji kot pri uredbah. Če pristojna država članica ni navedena v Prilogi IV, se pravila razlikujejo glede na to, ali se za zadevno zdravljenje uporablja predhodna odobritev v državi članici stalnega prebivališča. Če se uporablja, velja običajno pravilo glede povračila stroškov iz Direktive: država članica stalnega prebivališča je kot država članica zdravstvenega zavarovanja odgovorna za povračilo stroškov. Če se za zdravljenje ne uporablja predhodna odobritev v državi članici stalnega prebivališča, je za kritje stroškov odgovorna pristojna država članica.

Če povzamemo: v skladu z Direktivo morajo države članice, ki niso navedene v Prilogi IV, vseeno zagotavljati zdravstveno varstvo, ki jim ga v skladu z uredbama ni treba zagotavljati. Zato lahko menijo, da so odgovorne za večji delež skupnih stroškov zdravstvenega varstva za zadevne zavarovane osebe kot prej in da bi bilo to treba upoštevati pri prilagoditvi pavšalnih zneskov.

Drugi način, na katerega Direktiva lahko vpliva na pavšalne zneske, je povezan z nenačrtovanim zdravstvenim varstvom v tretji državi članici, ki ga prejmejo upokojenci in njihovi družinski člani s stalnim prebivališčem v državi članici, ki plačuje pavšalne zneske in

ni njihova pristojna država članica. V skladu z uredbama je pristojna država članica tista, ki je odgovorna za stroške tega zdravstvenega varstva, kot je navedeno zgoraj, in zanjo velja 15-odstotno znižanje pavšalnega zneska. V skladu z Direktivo lahko pacient zahteva povračilo stroškov neposredno od države članice stalnega prebivališča, ker je to njegova država članica zdravstvenega zavarovanja. Zato lahko država članica stalnega prebivališča meni, da tako krije stroške, ki ji niso povrnjeni prek pavšalnega zneska, in da bi bilo to treba upoštevati pri prilagoditvi pavšalnih zneskov.

Ali se bodo ti učinki pokazali, je odvisno od odločitev držav članic in posameznih pacientov o uporabi predhodne odobritve, izbire države za načrtovano zdravstveno varstvo, prednostnega sistema povračila stroškov itd. Zato bodo potrebni zanesljivi podatki za spremljanje morebitnih učinkov in za oceno, kaj to lahko pomeni za pavšalne zneske.

Informacije za oceno finančnih posledic uporabe te direktive za države članice, ki plačujejo pavšalne zneske, zdaj niso na voljo. Glede na predhodno oceno držav članic, ki so marca 2013 sodelovale v raziskavi „Obveznosti poročanja iz člena 20(3) Direktive 2011/24/EU“ o morebitnem učinku Direktive na ustreznost pavšalnih zneskov, so njihova pričakovanja različna. Nekatere so menile, da se bodo pavšalni zneski povišali, druge, da Priloga IV ne bo več pomembna, spet tretje, da učinek ne bo velik, in četrte, da se bo učinek pokazal le pri oskrbi, za katero se ne uporablja predhodna odobritev, vendar da tega še ni mogoče količinsko opredeliti.

Zaradi pomanjkanja podatkov ocena nesorazmerij trenutno ni izvedljiva. Morebitna različna mnenja držav članic glede nesorazmerij pri plačilih in prejemanju pavšalnih zneskov v razmerju do dejanskih stroškov za prejeto zdravstveno varstvo bo treba obravnavati pozneje.

Člen 64(5) Uredbe (ES) št. 987/2009 določa, da mora Upravna komisija najpozneje do 1. maja 2015 predložiti poročilo o uporabi člena 64 Uredbe (ES) št. 987/2009, zlasti o znižanjih iz člena 64(3). Cilj analize je zagotoviti čim boljši približek med izračunom pavšalnih zneskov in dejanskih izdatkov ter preprečiti morebitno nesorazmerje ali dvojna plačila, ki bi jih za države članice lahko povzročila znižanja iz člena 64(3). Poročilo lahko vključuje predloge sprememb, ki bi se lahko izkazale za potrebne glede na izkušnje pri uporabi zgornje določbe. Na kratko, vsaka država članica je pozvana, da predloži sporočilo z analizo o tem, ali je osnovno znižanje, ki se uporablja za povprečne stroške, realno. Kolikor je to mogoče, mora biti analiza podprta s količinskimi dokazi in podatki. Države članice morajo podatke in spremne dokumente Revizijskemu odboru predložiti najpozneje 30. junija 2014.

4. PODATKI ZA PRIHODNJA POROČILA

Da se lahko oceni učinek Direktive na številne paciente, ki uporabljajo uredbo, je treba vzpostaviti „osnovno“ izhodiščno merjenje za ugotavljanje mobilnosti pacientov v skladu z uredbama pred izvajanjem Direktive. Nato je treba to izhodiščno merjenje primerjati z drugim merjenjem, ki bo izvedeno po prenosu Direktive 2011/24/EU.

Zato bo treba izboljšati sedANJI položaj, za katerega je značilno pomanjkanje statističnih podatkov o čezmejnem zdravstvenem varstvu.

Znatno izboljšani podatki bodo v večini primerov potrebni tudi, da bodo lahko države članice, ki bodo uvedle sistem predhodne odobritve v skladu z Direktivo, lahko dokazale, da takšni sistemi izpolnjujejo splošne zahteve glede sorazmernosti.

4.1. Izhodiščno merjenje

Za prihodnjo analizo na področju uporabe tega poročila je potrebna osnova z izhodiščnim merjenjem, na podlagi katere se bodo lahko merili prihodnji učinki. Komisija je ugotovila, da

to ni izvedljivo z uporabo predhodno zbranih podatkov. V Prilogi 1 so prikazani in obravnavani razpoložljivi statistični podatki o mobilnosti pacientov v skladu z uredbama za načrtovano zdravstveno varstvo. Ugotovljeno je, da razpoložljivi podatki po državah članicah niso popolni in ne opredeljujejo, ali zadevno zdravstveno varstvo spada v košarico storitev, ki jih krije javno zdravstvo, v pristojni državi članici. Poleg tega ni na voljo podatkov o vrsti zdravstvenega varstva.

Za prihodnja poročila o mobilnosti pacientov v okviru sistema predhodne odobritve, kot se zahteva v skladu z Direktivo, je potrebno zbrati dodatne podatke za leti 2012 in 2013, pri čemer morajo biti ti podatki podrobnejši. Zato je Upravna komisija začela nov krog zbiranja podatkov. Vendar so nekatere države članice sporočile, da ne bodo predložile podatkov za leto 2012 ali 2013. Poleg tega pri državah članicah, ki so pripravljene predložiti podatke za leto 2012 in/ali 2013, ni zagotovljeno, da bodo ti vključevali zahtevane podrobnosti, kot je opredelitev, ali posamezne epizode zdravljenja spadajo v košarico storitev javnega zdravstva ali ne.

Zato bosta za določitev najbolj verjetne osnove z izhodiščnim merjenjem za vse države članice verjetno potrebni ekstrapolacija in interpolacija omejenih razpoložljivih podatkov.

4.2. Merjenje po prenosu Direktive

Podatki za leto 2014 se bodo za oceno splošnega delovanja te direktive zbrali v Izvršilnem odboru Direktive.

Za namen analiz veljajo za podatke o predhodni odobritvi naslednje zahteve:

- zbrani morajo biti po letu zahtevka,
- zbrati jih mora država članica zdravstvenega zavarovanja, na katero je bil naslovljen zahtevek,
- zadevati morajo zahtevke za zdravstveno varstvo, ki spada v košarico blaga/storitev, ki jih krije javno zdravstvo, v državi članici zdravstvenega zavarovanja,
- navajati morajo število ali odstotek zahtevkov, ki so bili odobreni,
- po možnosti morajo navajati število ali odstotek odobrenih zahtevkov, pri katerih je bilo ugotovljeno nepotrebno odlašanje,
- navajati morajo odstotek zavrnjenih zahtevkov in glavne razloge za zavrnitev,
- po možnosti morajo biti ločeni po vrsti indikacij pacientov (npr. pacienti z redkimi boleznimi).

4.3. Merjenje učinkov

Le če in ko bosta izvedeni izhodiščno merjenje in merjenje po prenosu Direktive, bo Komisija lahko analizirala:

- učinke nadomestitve (neposredna primerjava z izhodiščnim merjenjem): npr. zmanjšanje števila odobritev v skladu z uredbama, ki ga je mogoče pojasniti s povečanjem števila odobritev v skladu z Direktivo: Ali gre za zavestno izbiro pacientov (npr. uporaba Direktive za prosto izbiro izvajalca)?
- dinamične učinke: npr. analiza, ali bo več pacientom izdana predhodna odobritev v skladu z uredbama zaradi dodatnih informacij o nepotrebnem odlašanju, ki bodo na voljo pacientom v skladu z Direktivo, ali zaradi večje ozaveščenosti o pravicah pacientov.

5. SKLEPNE UGOTOVITVE

Komisija v tem trenutku, tj. tik po izteku roka za prenos Direktive, ne more obravnavati, kako so države članice uporabile možnost uvedbe sistemov predhodne odobritve v skladu z Direktivo, in morebitnih učinkov nadomestitve glede na uredbi.

Iz podobnih razlogov ne more sklepati, ali se pojavlja morebitno nesorazmerje zaradi izvajanja Direktive ali ne.

Vendar je na tej točki mogoče izraziti nekatere sklepe z namenom celovitega obravnavanja obeh navedenih točk v poročilu o splošnem delovanju Direktive, ki ga mora Komisija predložiti do 25. oktobra 2015. To bo prvo v seriji triletnih poročil.

Kar zadeva sisteme predhodne odobritve, mora biti pojem medicinsko utemeljenega roka enak pri obeh instrumentih. Podobno se morajo postopkovna jamstva, vzpostavljena z Direktivo, uporabljati za vsak sistem odobritve v skladu z uredbama.

Države članice, ki želijo uvesti sistem predhodne odobritve v skladu z Direktivo, bodo morale proučiti svoje sedanje sisteme zbiranja podatkov, saj trenutni podatki v večini primerov verjetno ne bodo zadostni za utemeljitev obsežnega sistema predhodne odobritve.

Da bi se lahko ustrezno proučili učinki Direktive na uporabo uredb in na ustreznost pavšalnih zneskov, bi bilo koristno razviti način zbiranja podatkov, kot je določeno v točki 4.2 zgoraj.

Ko bodo države članice razvile sisteme spremljanja v skladu z Direktivo, bo to pomenilo izziv za uskladitev s sistemom, vzpostavljenim z uredbama. Za prilagoditev teh sistemov mednarodnim statističnim standardom je potrebna razprava o metodoloških vprašanjih. Države članice bi morale zaradi učinkovitosti čim bolj poenotiti zbiranje informacij.

Priloga 1: Pretekli podatki o pretoku pacientov

V sporočilu Generalnega direktorata za zaposlovanje, socialne zadeve in vključevanje iz leta 2008 o vprašalniku v zvezi z obrazcem E112, ki je bil poslan predstavnikom v Upravni komisiji, je opozorjeno na nekatere zanimive ugotovitve. Pri večini držav članic so ugotovljeni majhno število zahtevkov za predhodno odobritev in visoke stopnje odobritev, podeljenih na podlagi zahtevkov¹¹. Z nekaj opaznimi izjemami so bili na podlagi informacij, ki so jih predložile države članice, zahtevki za predhodno odobritev zavrnjeni predvsem zaradi odsotnosti nepotrebnega odlašanja, pri čemer je bilo izpodbijanih zavrnitev zelo malo¹²; mobilnost pacientov zadeva predvsem sosednje države članice ali države članice, v katerih se uporablja isti jezik; vzporedno izvajanje drugih postopkov (kot so posebni dvostranski sporazumi med državami članicami), ki zajemajo čezmejno zdravstveno varstvo, pa je navedlo šest držav članic (DK, EE, CY, LT, MT in NL).

Poleg tega je v sporočilu opozorjeno na dve pomembni vprašanji v zvezi s podatki:

- podatki o klinični indikaciji (diagnozi in/ali posebnem postopku) ne bi spadali v običajno pristojnost Upravne komisije,
- razločevanje števila zahtevkov od dejanskega števila pacientov, ki so zahtevali odobritev, ni najbolj jasno, ker se na primer istega pacienta pogosto nanaša več kot ena odobritev.

Pregled razpoložljivih podatkov z obrazcev E112, ki so jih zahtevale države članice, za leta 2006, 2007 in 2008 je prikazan spodaj. Podatki so na voljo le za 24 držav članic. Med državami so velike razlike v številu in razvoju izdanih predhodnih odobritev. Najvišje stopnje (na prebivalca) so ugotovljene v LU, AT, SI in CY (nad povprečjem leta 2008), kot je prikazano v Prilogi 1. Povprečna stopnja brez LU (ki ima 36 046 izdanih odobritev na milijon prebivalcev) je 55 odobritev na milijon prebivalcev. Države članice nad tem povprečjem so AT, SI, CY, SK, BE, IE, EL in LV.

Zato je treba poudariti, da pri poskusnem zbiranju preteklih podatkov v okviru Upravne komisije ni opredelitve, ali je zdravstveno varstvo, za katerega je bila zahtevana predhodna odobritev, spadalo v košarico upravičenj v državi članici stalnega prebivališča, in ni vpogleda v različne vključene klinične indikacije.

Poleg tega to zbiranje ne zagotavlja celovitega pregleda, ker navedeni podatki ne vključujejo mobilnosti pacientov v okviru vzporednih sistemov (npr. dvostranskih sporazumov med državami članicami ali regijami, ki načrtujejo in organizirajo premestitve pacientov).

¹¹ Le ena država članica (LU) je poročala o več kot 17 000 zahtevkih ter dve državi članici (BE in AT) o več kot tisočih; večina je poročala o nekaj sto zahtevkih (CZ, DK, IE, EL, CY, HU, PT, RO, SI, SK, SE in UK), preostale (BG, EE, LT in PL) pa o manj kot stotih.

¹² Manj kot 1 % pri večini držav članic.

Število obrazcev E112 za zahteve po letu prejetja zahtevka

Država članica	2006			2007			2008
	Zahtevanih	Izdanih	% zahtevanih/izdanih	Zahtevanih	Izdanih	% zahtevanih/izdanih	Izdanih
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	ni podatka	ni podatka		81	4	5	10
CY	ni podatka	ni podatka		156	156	100	146
CZ	ni podatka	ni podatka		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	ni podatka	722		ni podatka	722		800
FR	1 169	695	59	ni podatka	ni podatka	ni podatka	ni podatka
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	ni podatka	ni podatka	ni podatka	0	0		0
NL	3 482	2 912	84	ni podatka	ni podatka	ni podatka	ni podatka
PL	12	10	83	25	13	52	ni podatka
PT	218	200	92	207	178	86	166
RO	ni podatka	ni podatka		213	124	58	562
SE	163	81	50	330	115	35	ni podatka
SI	493	340	69	504	262	52	442
SK	679	640	94	792	743	94	685
UK	560	366	65	634	552	87	ni podatka

Vir: UPRAVNA KOMISIJA ZA KOORDINACIJO SISTEMOV SOCIALNE VARNOSTI

Število izdanih obrazcev E112 na milijon prebivalcev po letu prejetja zahtevka

Država članica	2006	2007	2008
POVPREČJE	110	112	163
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	

Vir: lastni izračuni na podlagi podatkov UPRAVNE KOMISIJE ZA KOORDINACIJO SISTEMOV SOCIALNE VARNOSTI