

## Pravice evropskih bolnikov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva v EU: na poti k enotnemu zdravstvenemu območju

Patients' rights in cross-border healthcare within the EU: Towards a common health area

Janja Hojnik

Pravna fakulteta  
Univerze v Mariboru,  
Mladinska 9,  
2000 Maribor

### Korespondenca/ Correspondence:

doc. dr. Janja Hojnik,  
univ. dipl. prav., dipl.  
ekon., Pravna fakulteta  
Univerze v Mariboru,  
Mladinska 9,  
2000 Maribor,  
T: +386 41 751 237,  
F: +386 2 25 23 245,  
E: janja.hojnik@uni-mb.si

### Ključne besede:

čezmejno zdravljenje,  
prost pretok storitev,  
pravice bolnikov,  
procesne garancije,  
povrnitev stroškov,  
Evropska unija, Direktiva  
2011/24/EU

### Key words:

cross-border health  
care, free movement of  
services, patients' rights,  
procedural guarantees,  
reimbursement,  
European Union,  
Directive 2011/24/EU

### Citirajte kot/Cite as:

Zdrav Vestn 2012;  
81: 902–12

### Izvleček

Prispevek obravnava pravice evropskih bolnikov na področju čezmejnega zdravljenja. Izpostavlja omejene pristojnosti EU na področju javnega zdravja, ki je tako pretežno pridržano državam članicam, in pojasnjuje, kako je navkljub temu Sodišče EU uspelo razlagati ekonomske svobosčine notranjega trga EU na ta način, da je priznalo pravice evropskih bolnikov iz prava EU. V tem pogledu je zlasti velikega pomena njegova odločitev v zadevi *Decker in Kohll* iz leta 1998, v kateri je Sodišče EU vzpostavilo alternativni postopek, po katerem so bolniki, ki so bili deležni zdravljenja v drugi državi članici EU brez predhodne odobritve, postali upravičeni zahtevati povračilo stroškov v domači državi zavarovanja. Na tej osnovi prispevek analizira nedavno sprejeto Direktivo 2011/24/EU, ki uzakonja pravico bolnikov do zdravljenja v drugih državah članicah EU ter do povrnitve stroškov le-tega iz njihovega zdravstvenega sistema v domači državi. Gre za direktivo, ki vzpostavlja kompromis med zgodovinsko razdrobljenostjo nacionalnih zdravstvenih sistemov in naraščajočimi pravicami državljanov EU iz prostega pretoka storitev. Prispevek zaključuje, da se preko sodne prakse Sodišča EU in Direktive 2011/24/EU približujemo viziji ustanovnih očetov EU o enotnem zdravstvenem območju EU, vendar pa popolna uresničitev ni mogoča zaradi razlik med socialnimi sistemi držav članic.

### Abstract

The paper explores European patients' rights to cross-border healthcare. It discusses limited competences of the EU in the field of public health, which is predominantly reserved for the Member States and explains how the EU Court nevertheless managed to interpret economic freedoms of the EU internal market so as to guarantee rights for the European patients. A significant event that was considered a great advance in the field was the judgment of the EU Court in the case of *Decker and Kohll* in 1998, where it established an alternative procedure by which patients who have received treatment in another member state without previous authorization can demand a reimbursement from the social security system of their country of origin. On this basis, the paper analyses recently adopted Directive 2011/24/EU, which entitles patients to obtain healthcare in any other EU Member State and to have these healthcare costs reimbursed by the healthcare system in their home country. The directive establishes a compromise between the historic compartmentalisation of the national health systems and the increasing rights of EU citizens deriving from the free movement of services. The paper concludes that by way of the EU Court's case law and the Directive 2011/24/EU we are approaching the vision of the founding fathers of the EU regarding the common EU health area. Nevertheless, because of the differences among the social systems of the EU Member States full implementation of this vision is not plausible.

Prispelo: 22. mar. 2012,  
Sprejeto: 16. avg. 2012

## 1. Uvod

Čeprav je bilo že ob ustanavljanju predhodnice današnje Evropske unije (odslej EU) – tj. Evropske gospodarske skupnosti pred 60 leti predvideno, da bo imela pomembne pristojnosti na področju javnega zdravja, se to ni uresničilo. V ospredju je bilo vzpostaviti enotni trg, na katerem bi se prosto pretakali blago, (nezdravstvene) storitve, delavci in kapital, ne pa sodelovanje med državami na področju zdravja. Zaradi različnih pogledov držav članic do celotnega evropskega projekta je bil cilj enotnega trga uresničen šele leta 1992, kar je spodbudilo voditelje držav članic, da tesneje sodelujejo tudi na manj ekonomskih področjih, kakršno je javno zdravje. Pri tem pa je trajalo nadaljnjih dvajset let do uresničitve načrtov očetov EU o čim bolj enotni politiki EU na področju zdravja, kar naj bi slednje postavilo med prednostna področja delovanja te nadnacionalne organizacije. Te načrte naj bi nedavno uresničila nova direktiva (2011/24/EU) o uveljavljanju pravic bolnikov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, ki pojasnjuje pravila glede čezmejnega zdravstvenega varstva in povračila stroškov v EU. Direktiva jasneje določa možnosti uporabe zdravstvenih storitev v drugi državi članici, opredeljuje odgovornost za kakovost in varnost čezmejnih zdravstvenih storitev ter krepi sodelovanje na različnih področjih, denimo z mrežami referenčnih centrov za specialistično zdravljenje.

Prispevek obravnava pristojnosti EU na področju javnega zdravja, širitev pravic evropskih bolnikov preko sodne prakse Sodišča EU, kakor tudi uzakonitev le-teh v Direktivi 2011/24/EU in presoja, v kolikšni meri je na ta način vzpostavljeno enotno evropsko zdravstveno območje.

## 2. Pristojnosti EU na področju javnega zdravja

Leta 1952 je Robert Schumann, ki velja za enega od očetov današnje EU, poudaril:

*»Svobodne države Evrope morajo pokazati ne le skrb za ohranite miru, varnosti in dobro organizacijo gospodarstva; obstaja še druga skrb, ki je ne smemo zanemariti – lju-*

*dje. Če obstaja področje, na katerem moramo ravnati velikodušno, je to področje zdravja. Če obstaja področje, ki zahteva poenotenje, je to boj zoper bolezni.»<sup>1</sup>*

Ta ambiciozna napoved pa se ni uresničila, saj Pogodba o Evropski gospodarski skupnosti, podpisana leta 1957, Evropski skupnosti ni podelila pristojnosti na področju javnega zdravja. Šele leta 1992 je Maastrichtska pogodba Evropski skupnosti podelila določene pristojnosti na področju javnega zdravja, pri čemer so bile le-te zgolj podporne narave (pospeševanje sodelovanja med državami članicami). Čeprav je zdravje prednostno vprašanje za prebivalce EU, tako kar zadeva zaščito pred boleznimi kot glede zdravega okolja za otroke, varnega in higienskega delovnega mesta, zdravstvenega varstva na potovanjih ipd., je doseganje teh ciljev primarna odgovornost držav članic. Tako lahko vsaka država članica sama odloči, katera zdravstvena politika je najprimernejša za njene razmere in tradicijo. Vendar pa sodobni izzivi zahtevajo sodelovanje držav članic na tem področju, zato so nekatere pristojnosti na področju javnega zdravja države članice prenesle na EU.

V tem smislu člen 168 Pogodbe o delovanju EU (PDEU) določa, da se »pri opredeljevanju in izvajanju vseh politik in dejavnosti Unije (...) zagotavlja visoka raven varovanja zdravja ljudi«. Dejavnost EU je usmerjena k izboljševanju javnega zdravja, preprečevanju človekovih bolezni ter odpravljanju vzrokov, ki ogrožajo zdravje ljudi. Skupni ukrepi so pomembni pri možnih nevarnostih, kot sta epidemija gripe ali biološki terorizem. EU ima tudi skupne standarde za varno hrano in označevanje prehranske vrednosti živil, za varnost medicinske opreme ter izdelkov iz krvi in organov. Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni v Stockholmu zbira in daje podatke o trenutnih in novih nevarnostih ter sodeluje z nacionalnimi sogovorniki pri razvoju vseevropskih nadzornih sistemov in sistemov zgodnjega opozarjanja.

Ker se področja zdravja ne da osamiti od drugih politik EU, določbe o javnem zdravju zasledimo tudi v okviru ekonomskih svoboščin enotnega trga EU, kakršna je prost pretok storitev. Potem ko je Sodišče EU v

svoji praksi izoblikovalo stališče, da svoboda pretoka storitev velja tudi za prejemnike storitev,<sup>2</sup> je kmalu potrdilo, da so tudi zdravstvene storitve storitve v smislu člena 57 PDEU,<sup>3</sup> ki razglša prost pretok storitev, saj se praviloma opravljajo za plačilo, pri čemer ni pomembno, ali gre za plačilo, izvedeno posredno s plačevanjem zavarovanja in nato s strani zavarovalnice zdravnikom oziroma bolnišnicam. Za olajšanje opravljanja zdravstvenih poklicev preko državnih meja je EU za številne zdravstvene poklice (babica, zobozdravnik, zdravnik, medicinska sestra itd.) poenotila učne vsebine in dosegla samodejno priznavanje kvalifikacij, pridobljenih v eni državi članici, v drugih državah članicah. Poleg tega pa ob vse večjem gibanju državljanov EU po celotnem ozemlju EU postaja vse bolj pomembno vprašanje, kdaj imajo tudi pravico do zdravstvenih storitev v drugih državah članicah. Zaradi razlik med nacionalnimi sistemi zdravstvenega varstva so težava zlasti stroški tega zdravljenja, zaradi katerih EU še ni dosegla stopnje, ko bi si državljani EU prosto izbirali zdravnike po EU, njihove nacionalne institucije zdravstvenega zavarovanja pa bi pokrivale stroške v zvezi s tem, ne glede na vir njihovega nastanka. Na področju socialnega varstva na ravni EU namreč niso uvedli harmonizacije, zato so države članice načeloma proste pri organizaciji shem za socialno varstvo. Vendar pa so države članice ugotovile, da je za prost pretok oseb nujna določena stopnja koordinacije sistemov socialnega varstva držav članic. Zato je Svet leta 1971 sprejel Uredbo št. 1408,<sup>4</sup> ki določa skupna načela socialnega varstva za delavce in samozaposlene, z novelami pa so bila njena načela razširjena tudi na družinske člane, javne uslužbenke, študente in druge osebe, ki izvršujejo svobodo gibanja oseb. Danes njeno vsebino prevzema in dopolnjuje Uredba 883/2004.<sup>5</sup> Za področje zdravstvenega varstva uredba določa *načelo enake obravnave* državljanov in nadržavljanov. Po tem načelu ima oseba, ki je zavarovana v eni državi članici, a biva v drugi državi članici, v tej drugi državi pravico do zdravstvenih storitev enako kot njeni državljani, storitve pa plača zavarovalnica iz prve države članice. Bolj sporno pa je bilo vprašanje plačila zdravstvenih storitev, ko

je oseba zavarovana v eni državi članici in tam tudi biva, a se želi zdraviti v drugi državi članici. Uredba določa, da je domača zavarovalna institucija dolžna plačati zdravljenje zgolj v primeru, če je ta oseba za to dobila predhodno soglasje domače države članice. Pri tem ima slednja široko diskrecijo, vendar je določeno, da ne sme zavrniti izdaje dovoljenja, če sicer tovrstno obliko zdravljenja zavarovalnice doma pokrivajo in če je glede na zdravstveno stanje in diagnozo v prihodnje za bolnika nujno, da gre v drugo državo članico (člen 22(2)). Zaradi vrste odprtih vprašanj iz zakonodaje je pomembno vlogo pri gradnji pravic bolnikov pri čezmejnem zdravljenju odigralo Sodišče EU, na sodni praksi katerega temelji tudi nova Direktiva 2011/24/EU o pravicah bolnikov. Naslednje poglavje kratko obravnava njegove najbolj odmevne odločitve s tega področja.

### 3. Pravice bolnikov v sodni praksi sodišča EU

#### 3.1. Zadevi Decker in Kohll

Leta 1998 je Sodišče EU v zadevah *Decker*<sup>6</sup> in *Kohll*<sup>7</sup> razsojalo o vprašanju povračila stroškov medicinskih pripomočkov in zdravljenja, ki je bilo opravljeno v drugi državi članici od tiste, kjer so bili prejemniki storitve zavarovani. Obe zadevi sta se nanašali na luksemburška državljana; eden je naročil očala v Belgiji (*Decker*) brez predhodne prošnje za dovoljenje pri domači instituciji, hči drugega pa je obiskala zobozdravnika v Nemčiji, čeprav so prošnjo za izdajo dovoljenja zavrnili (*Kohll*). Oba sta nato zahtevala povrnitev teh stroškov od zakonsko določenega zavarovalnega sistema v Luksemburgu po stopnjah, ki so za omenjene storitve določene doma. Luksemburško pravo je določalo, da je takšno povračilo stroškov mogoče samo po predhodnem dovoljenju zdravstvenega sklada. *Decker* in *Kohll* pa sta trdila, da je zahteva po dovoljenju neupravičena ovira prostemu pretoku blaga oziroma storitev in s tem nasprotuje členoma 34 in 56 PDEU.

Sodišče EU je jasno razglasilo, da se načela enotnega trga lahko uporabljajo tudi za zdravstvene storitve in ocenilo, da luksemburško pravo dejansko omejuje pretok blaga

in storitev. V zadevi *Kohll* je Sodišče ocenilo, da ne glede na to, da luksemburška pravila niso preprečevala zavarovancem, da se zdravijo v tujini, so pa jih vendarle pri tem omejevala. Podobno je ocenilo tudi v zadevi *Decker* – čeprav zahteva po predhodnem dovoljenju ni prepovedovala uvoza medicinskih pripomočkov iz druge države članice, ta zahteva vendarle ni bila spodbudna za naročanje teh proizvodov v tujini. Kot taka je predstavljala oviro za prost pretok blaga. Na tej osnovi je Sodišče ocenilo za primereno, da se obema povrnejo stroški v skladu z domačimi pravili.

Sodišče je priznalo, da je tovrstne omejitve načeloma mogoče opravičiti, če so nujni za doseganje *zaščite finančne stabilnosti nacionalnega sistema socialne varnosti*. Vendar v zadevah *Decker in Kohll* ni priznalo uporabe te izjeme, saj naj tako naročilo očal kot tudi zobozdravstveni poseg ne bi negativno vplivala na domači socialno varstveni sistem glede na to, da sta zavarovanca zahtevala zgolj povrnitev stroškov, ki bi nastali v Luksemburgu. Obe sodbi sta v skoraj vseh državah članicah povzročili negativne odzive, tako med pravniki kot strokovnjaki medicinske stroke,<sup>8</sup> kar kaže na to, kako občutljivo področje je socialno varstvena politika.

### 3.2. Zadevi *Geraets-Smits in Peerbooms*<sup>9</sup>

Obe zadevi sta se nanašali na nizozemska državljana v državnem socialnem sistemu. Nizozemski socialni zdravstveni sistem je organiziran preko zdravstvenih zavarovalnic, ki imajo sklenjene pogodbe z izvajalci (zdravniki, bolnišnicami). Zavarovanci so upravičeni do zdravljenja pri izvajalcih, ki imajo pogodbo z njihovo zavarovalnico. Bolniki ne plačajo celotne cene storitve, ampak v določenih primerih le doplačajo storitev. Zdravljenje pri nepogodbenem izvajalcu zdravstvenih storitev je mogoče le s predhodnim soglasjem zavarovalnice. Zavarovanja pokrivajo storitve splošnih zdravnikov in specialistov, obseg katerih je določen »v skladu z običaji v strokovnih krogih.«

Gospa *Smits* je bolehalo za Parkinsonovo boleznijo. V Nemčijo je šla na posebno

multidisciplinarno zdravljenje (fizioterapija, ergoterapija itd.). Po vrnitvi na Nizozemsko je v skladu z odločbama *Decker in Kohll* zahtevala povrnitev stroškov zdravljenja, pri čemer so jo zavrnilo iz razloga, da multidisciplinarno zdravljenje ni »običajno« in zato ni pokrito z nizozemskim zavarovanjem. Gospod *Peerbooms* je bil star 36 let, ko je padel v komo. Družina ga je prepeljala v Avstrijo, kjer je bil deležen posebnega nevrostimulativnega zdravljenja. To zdravljenje je bilo uspešno in ko se je gospod *Peerbooms* vrnil na Nizozemsko, je od zavarovalnice poskušal doseči povrnitev zdravstvenih stroškov. Zavrnilo so ga z obrazložitvijo, da njegovo zdravljenje na Nizozemskem še zmeraj velja za poskusno in je na voljo samo za ljudi pod 25. letom starosti.

Sodišče EU je v obrazložitvi, ki jo je od njega v okviru prehodnega odločanja zahtevalo nizozemsko sodišče, ocenilo, da je Nizozemska z zavrnitvijo povračila stroškov zdravljenja v drugi državi članici kršila svobodo opravljanja storitev, saj je na učinkovit način otežila zdravljenje v tujini. Vendar pa je Sodišče poudarilo, da lahko države članice opravičijo omejitve pretoku storitev, če je to nujno za vzdrževanje uravnoteženega financiranja socialno-varstvenega sistema. V skladu s tem je Sodišče odločilo, da *so države upravičene omejiti zdravljenje na pogodbene izvajalce* in dovoliti zdravljenje bolnikom pri nepogodbenih izvajalcih samo po predhodnem dovoljenju. Sodišče torej sprejema, da so države upravičene določiti obseg izvajanja storitev v njihovem zdravstvenem sistemu. Sodba tudi potrjuje, da uravnoteženo financiranje socialnega zdravstvenega varstva zahteva, da pravila o svobodnem pretoku blaga in storitev spoštujejo obseg zdravljenja v posameznem nacionalnem sistemu. Vsaka država članica je v skladu s tem upravičena oblikovati omejen seznam postopkov zdravljenja, ki jih pokrivajo sistemi socialnega zavarovanja.<sup>10</sup>

### 3.3. Zadeva *Vanbraekel*<sup>11</sup>

Istega dne kot zadeva *Smits/Peerbooms* je bila razsojena tudi zadeva *Vanbraekel*, ki je v prvi vrsti zadevala vprašanje višine povračila stroškov zdravljenja v drugi državi

članici in je s tem oblikovala nadaljnja načela v povezavi s čezmejnimi povračilom stroškov zdravljenja. V tem primeru je gospa Descamps, belgijska državljanka, bolehala za bilateralno gonartrozo in iskala »boljše zdravljenje« v bolnišnici v Franciji. Po belgijskem pravu se podeli dovoljenje za zdravljenje v tujini zgolj v primerih, ko ohranitev bolnikovega zdravja zahteva bolnišnično zdravljenje, ki se lahko v tujini nudi pod boljšimi pogoji kot doma, pod pogojem, da je strokovnjak medicine prej utemeljil, da je takšno zdravljenje nujno. Gospa Descamps te odobritve ni dobila in je kljub temu odšla na ortopedsko operacijo v Francijo. Njene poznejše zahteve po povrnitvi stroškov zdravljenja v Franciji so v Belgiji zavrnil iz razloga, ker ni imela predhodnega mnenja zdravnika, zaposlenega na nacionalni univerzitetni instituciji, o tem, da je zdravljenje v Franciji bolj ustrezno od zdravljenja v Belgiji. V pritožbenem postopku pa je izvedenec podal mnenje, da te operacije v Belgiji še niso izvajali in da je bilo zato za ohranitev bolnišničnega zdravja nujno, da je odšla na zdravljenje v tujino. Na tej osnovi je bolnica s pritožbo uspela in njena zavarovalnica je bila dolžna povrniti stroške operacije. Vendar pa je belgijsko sodišče na Sodišču EU naslovilo vprašanje v predhodno odločanje, ali je zavarovalnica dolžna plačati stroške v višini, ki je predvidena v državi zavarovalnice (Belgija) ali v višini, ki je določena v državi zdravljenja (Francija). V tem primeru je zdravljenje v Franciji stalo kar 20 % manj, kot bi stalo v Belgiji.

Sodišče EU je štelo, da je povračilo potrebno presojati po pravilih države, v kateri je bilo zdravljenje opravljeno. Sodišče je tudi poudarilo, da ko domača institucija ni povrnila stroškov zdravljenja v drugi državi članici, ker bolnik neupravičeno ni dobil dovoljenja za to, mora zavarovalnica zadevni osebi neposredno zagotoviti povračilo zneska, ki ustreza tistemu, do česar bi bila oseba običajno upravičena, če bi bilo dovoljenje ustrezno izdano. Po mnenju Sodišča mora nacionalna zakonodaja zagotoviti, da zavarovana oseba, ki je dobila dovoljenje za zdravljenje v tujini, dobi povrnjene stroške, primerljive s tistimi, ki bi jih prejela, če bi bilo zdravljenje opravljeno doma. To po-

meni, da je bilo potrebno razliko v dražjih domačih storitvah nakazati dedičem gospe Descamps. Pri tem je Sodišče sicer upoštevalo zaščito finančnega ravnotežja sistema socialnega varstva, vendar v tem primeru ni ugotovilo, da bi povračilo presežka predstavljalo dodatno finančno breme za domači sistem zdravstvenega zavarovanja.

### 3.4. Zadeva *Watts*

Končno med najpomembnejšimi odločitvami Sodišča glede pravic evropskih državljanov izpostavljamo tudi odločitev v zadevi *Watts*.<sup>12</sup> Gospa Watts, ki je trpela za artritismo kolkov, je od Bedford PCT, nosilca osnovnega varstva iz Bedforda, zahtevala odobritev, da na podlagi obrazca E112 odide na operacijo v tujino. Specialist, ki jo je v ta namen pregledal, jo je uvrstil v kategorijo »tipični primer«, kar je pomenilo enoletno čakalno dobo za operacijo, Bedford PCT pa je zavrnil izdajo navedenega obrazca gospe Watts, ker je bilo zdravljenje mogoče zagotoviti »v roku, ustreznem ciljem iz vladnega načrta socialnega zavarovanja.« Gospo Watts so zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja ponovno pregledali in odločili, da bo operirana v treh ali štirih mesecih. Bedford PCT je ponovno zavrnil izdajo obrazca, vseeno pa si je gospa v Franciji dala vstaviti kolčno protezo, za kar je plačala 3900 GBP. Pri angleškem sodišču je zato sprožila postopek, v katerem je zahtevala povrnitev v Franciji plačanih zdravstvenih stroškov. Ko je zadeva prišla pred višje sodišče, je slednje Sodišču EU postavilo več vprašanj v predhodno odločanje.

Sodišče je najprej opomnilo, da v okviru Uredbe 1408/71 pristojni nosilec izda predhodno odobritev povrnitve stroškov bolnišničnega zdravljenja v tujini samo, če zdravljenja ni možno nuditi v obdobju, ki je v državi, v kateri oseba dejansko biva, za tako zdravljenje običajno potrebno. Nato je presodilo, da mora ta nosilec, da lahko odobritev zavrne iz razloga obstoja čakalne dobe, ugotoviti, da čakalna doba ne presega obdobja, sprejemljivega z vidika objektivne medicinske presoje kliničnih potreb zadevne osebe glede na njeno zdravstveno stanje, njeno anamnezo, verjeten razvoj njene bole-

zni, stopnje njenih bolečin in/ali naravo njene prizadetosti v trenutku vložitve zahteve za odobritev. Poleg tega je po sodbi Sodišča treba čakalne dobe določati spremenljivo in prilagodljivo, tako da je čakalno dobo, ki je bila sporočena osebi, mogoče ponovno preučiti ob upoštevanju morebitnega poslabšanja njenega zdravstvenega stanja, do katerega bi prišlo po prvi zahtevi za odobritev. Sodišče EU je tudi odločilo, da pristojni nosilec – če čakalna doba, ki izhaja iz takih čakalnih seznamov v posameznem primeru presega obdobje, ki je glede na objektivno medicinsko presojo vseh značilnosti situacije in kliničnih potreb te osebe, primerno – ne more zavrniti odobritev, sklicujoč se pri tem na obstoj teh čakalnih seznamov, na porušenje normalnega vrstnega reda prednosti, povezanih s stopnjo nujnosti glede na posamezne primere, na brezplačnost bolnišničnega zdravljenja, na obveznost zagotoviti posebna finančna sredstva za povrnitev stroškov načrtovanega zdravljenja v drugi državi članici in/ali na primerjavo stroškov tega zdravljenja s stroški primerljivega zdravljenja v državi članici dejanskega bivališča. Sodišče je tudi presodilo, da ima bolnik, čigar zahteva za bolnišnično zdravljenje v drugi državi članici je bila odobrena ali pa neupravičeno zavrnjena, pravico do tega, da pristojni nosilec povrne stroške zdravljenja v skladu z določbami zakonodaje države zdravljenja, kot če bi bolnik pripadal le-tej.

#### 4. Izločitev zdravstvenih storitev iz storitvene direktive

V istem letu, kot je Sodišče odločilo v zadevi Watts (2006), je zakonodajalec EU sprejel Direktivo 2006/123/ES o storitvah na notranjem trgu,<sup>13</sup> vendar so bile zdravstvene storitve izključene iz njenega obsega. Ta izključitev je sicer v nasprotju s priporočili Visoke skupine, ki je preučevala načine za izboljšanje pravne varnosti pri čezmejnih zdravstvenih storitvah in predlagala vključitev področja v okvir storitvene direktive.<sup>14</sup> Čeprav je prvotna verzija storitvene direktive (t. i. Bolkensteinov predlog) zajemala tudi zdravstvene storitve, pa sprejeto besedilo iz svojega obsega izključuje »zdravstvene in farmacevtske storitve, ki jih izvajajo zdravstveni

delavci, da bi ocenili, ohranili ali izboljšali zdravstveno stanje bolnikov, kadar so v državi članici, kjer se storitve izvajajo, navedene storitve pridržane za reguliran poklic s področja zdravstva« (22. navedba preambule). Izključitev zdravstvenih storitev iz storitvene direktive je v skladu z resolucijo Evropskega parlamenta, po kateri je potreben poseben pristop k zdravstvenim storitvam.<sup>15</sup> Izhajajoč iz te opredelitve so izjeme deležne zgolj tiste storitve, ki so zagotovljene bolniku, ne pa tiste, ki so namenjene zdravstvenemu delavcu ali bolnišnici (npr. računovodstvo in čiščenje). Izjema se nanaša zgolj na zdravljenje ljudi in ne tudi živali. Izjema tudi ne zajema dejavnosti, ki niso namenjene ohranjanju, oceni ali izboljšanju zdravstvenega stanja bolnikov (npr. storitve sproščanja – športni ali fitnes klubi). Končno izvzetje zdravstvenih storitev zajema samo dejavnosti, ki so rezervirane za regulirane poklice s področja zdravstva, tako da za zdravstvene storitve ne štejejo storitve, ki jih je mogoče opravljati brez zahtevane posebne strokovne usposobljenosti.<sup>16</sup> Zaradi tega izvzetja so tako zdravstveni sektor kot evropski bolniki nestrpno pričakovali posebno direktivo za področje čezmejnih zdravstvenih storitev, saj splošna načela prostega pretoka storitev, ki jih razglša Pogodba o delovanju EU, niso nudila zadostne pravne varnosti, število zadev s tega področja pred Sodiščem EU pa je stalno rastlo. V luči teh zahtev je bila 9. marca 2011 sprejeta Direktiva 2011/24/EU o uveljavljanju pravic bolnikov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu.<sup>17</sup>

#### 5. Direktiva 2011/24/EU o pravicah bolnikov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu

##### 5.1. Vzpostavljanje ravnotežja med interesi bolnikov in držav članic

Direktiva temelji na dvojni pravni osnovi – na členu 114 PDEU, ki potrjuje, da je direktiva po eni strani akt tržnega prava, in na členu 168 PDEU, ki opredeljuje (omejene) pristojnosti EU na področju javnega zdravja. Ta dvojna pravna osnova prežema celo-

tno besedilo direktive in odraža ravnotežje med dvema vrednotama: pravicami bolnikov, ki izvirajo iz prostega pretoka storitev na notranjem trgu, in ohranitvijo čim obsežnejših pristojnosti držav članic na področju zdravja. Posledično direktiva navaja načelo prostega pretoka zdravstvenih storitev, od katerega pa velja cela vrsta izjem. Končno besedilo direktive je razdeljeno v pet poglavij, ki jih v okviru tega poglavja kratko analiziramo.

**Prvo poglavje** določa splošne določbe: predmet direktive (člen 1), povezanost z drugimi predpisi EU (člen 2) in definicije (člen 3). Slednje so bistvenega pomena, saj je od njih odvisen obseg pravic iz direktive. Tako je npr. izraz „zdravstveno varstvo“ opredeljen široko in pomeni »zdravstvene storitve, ki jih za bolnike opravljajo zdravstveni delavci, da bi ocenili, ohranili ali obnovili njihovo zdravstveno stanje, vključno z izdajo in zagotovitvijo zdravil in medicinskih pripomočkov ter izdajanjem receptov zanje« (člen 3(a)). Zdravstveni delavec pa pomeni »zdravnika, medicinskega tehnika, pristojnega za splošno oskrbo, zobozdravnika, babico ali farmacevta v smislu Direktive 2005/36/ES«, ki ureja področje priznavanja poklicnih kvalifikacij. Pri tem je potrebno poudariti, da pojem bolnišničnega varstva v direktivi ni opredeljen, čeprav ima osrednji pomen pri vprašanju predhodne odobritve zdravljenja.

**Drugo in tretje poglavje** sta jedro direktive in določata pristojnosti držav članic glede čezmejnega zdravstvenega varstva in splošnih pravil glede povračila stroškov le-tega. Pri pristojnostih držav članic direktiva loči med pristojnostmi države članice zdravljenja in pristojnostmi države članice zdravstvenega varstva. Država zdravljenja predvsem zagotovi dostop do zdravstvenega varstva na svojem ozemlju, s tem da bolnikom omogoči ustrezne informacije, da jim pomaga pri sprejemanju ozaveščenih odločitev, vključno z možnostmi zdravljenja, o razpoložljivosti, kakovosti in varnosti zdravstvenega varstva, ki ga zagotavljajo, in da predložijo tudi jasne račune ter jasne informacije o cenah. Država zdravstvenega zavarovanja mora po drugi strani zagotoviti, da se stroški čezmejnega zdravljenja povrnejo

v skladu z določbami te direktive (obravnavane spodaj). Država mora tudi zagotoviti informacije o možnostih za čezmejno zdravstveno varstvo, zlasti v zvezi s pogoji za povračilo stroškov. Ključna razlika, ki jo vzpostavlja direktiva v skladu s sodno prakso Sodišča EU, se nanaša na ambulantno in bolnišnično zdravljenje. Po eni strani je mogoče vse oblike zunajbolnišničnega zdravljenja, do katerega so državljani upravičeni v domači državi članici, prejeti v kateri koli drugi državi članici brez predhodnega dovoljenja, stroške takšnega zdravljenja pa je potrebno povrniti do višine, ki je predvidena v domačem zdravstvenem sistemu. Po drugi strani pa se bolnišnično zdravljenje, do katerega so bolniki upravičeni v domači državi članici, lahko izvede tudi v drugi državi članici, vendar pa lahko za to država članica zdravstvenega zavarovanja določi pogoj predhodnega dovoljenja z vidika povračila stroškov tovrstnega zdravljenja. Takšno zdravljenje mora vključevati prenočitev tega bolnika v bolnišnici vsaj za eno noč ali zahtevati uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme.

Eden od glavnih izzivov direktive je bil ustrezno urediti pogoje, kdaj lahko države članice zavrnejo to predhodno dovoljenje. To je v prvi vrsti mogoče, ko gre za oblike zdravljenja, ki pomenijo posebno tveganje za bolnika ali ga opravi izvajalec zdravstvenega varstva, ki bi lahko v posameznih primerih pomenil resne in konkretne pomisleke glede kakovosti ali varnosti oskrbe (člen 8(2)). Nadalje direktiva določa, da lahko država članica zdravstvenega zavarovanja predhodno odobritev zavrne iz naslednjih razlogov:

- (a) če bo bolnik skladno s klinično oceno izpostavljen tveganju za varnost, ki se ne more razumeti kot sprejemljivo;
- (b) če bo širša javnost zaradi čezmejnega zdravljenja izpostavljena varnostnemu tveganju;
- (c) če mora biti to zdravljenje zagotovljeno s strani izvajalca, glede katerega obstajajo pomisleki v zvezi s spoštovanjem standardov in smernic glede kakovosti oskrbe in varnosti bolnika;

(č) če se to zdravstveno varstvo lahko v roku, ki je utemeljen z medicinskega vidika, opravi na njenem ozemlju.

Pri tem so države članice zdravstvenega zavarovanja dolžne javno objaviti, za katero zdravstveno varstvo je potrebna predhodna odobritev ter vse pomembne informacije o sistemu predhodne odobritve.

**Četrto poglavje** direktive vsebuje določbe glede poglobljenega sodelovanja držav članic na področju zdravstvenega varstva, in sicer glede prihodnjega praktičnega sodelovanja na evropski ravni med zdravstvenimi ustanovami. To naj bi dosegli z vzpostavitvijo *evropskih referenčnih mrež* med izvajalci zdravstvenega varstva in strokovnimi centri v državah članicah, zlasti na področju redkih bolezni. Mreže temeljijo na prostovoljnem sodelovanju svojih članov in lahko imajo zelo različne cilje, denimo:

- (a) prispevati k zbiranju znanja glede preprečevanja bolezni;
- (b) omogočati izboljševanje diagnosticiranja;
- (c) spodbujati raziskave in epidemiološko spremljanje;
- (č) olajšati virtualno ali fizično razširjanje strokovnega znanja;
- (d) spodbujati razvoj meril kakovosti in varnosti itd.

Direktiva tudi vsebuje določbe glede *vzajemne pomoči* in sodelovanja med državami članicami. Zlasti sosednje države so spodbujene, da med seboj sklenejo sporazume in da sodelujejo pri zagotavljanju čezmejnega zdravstvenega varstva na obmejnih območjih. V tem okviru je poseben poudarek namenjen *e-zdravju*, pri čemer direktiva vzpostavlja mrežo nacionalnih kontaktnih točk, ki naj zagotavljajo jasne in točne informacije glede čezmejnega zdravstvenega varstva. Poleg tega direktiva ureja *priznavanje receptov*, izdanih v drugi državi članici: če je zdravilo odobreno za trženje na ozemlju EU, morajo države članice zagotoviti, da se recepti za to zdravilo, izdani v drugi državi članici za imenovanega bolnika, lahko uporabljajo na njihovem ozemlju v skladu z njihovo veljavno nacionalno zakonodajo in da so omejitve priznavanja posameznih receptov prepovedane. Pri tem je predvideno, da bo Komisija sprejela predpis, ki bo zdravstvenemu stro-

kovnjaku omogočal preverjanje pristnosti recepta, ki je bil izdan v drugi državi članici.

**Peto poglavje** vsebuje prehodne in končne določbe, npr. čas za vključitev v nacionalne pravne rede in obveznosti Evropske komisije iz direktive.

## 5.2. Pravice evropskih bolnikov

Ena bolj očitnih novosti Direktive 2011/24/EU je pogosto sklicevanje na vrednote EU na področju javnega zdravja. Tako direktiva že v preambuli poudarja vrednote univerzalnosti, dostopa do visokokakovostne oskrbe, enakosti in solidarnosti. To je v skladu s socialno usmeritvijo EU, izraženo preko zdravstvenih pravic, ki jih varujeta Listina EU o temeljnih pravicah<sup>18</sup> in socialna klavzula iz Pogodbe o delovanju EU (člen 9). Pristojnosti EU na področju reguliranja notranjega trga so omogočile uzakonitev vrste pravic bolnikov, ki jih je pred tem že priznala sodna praksa Sodišča EU. Najbolj pomembne med njimi so pravice v zvezi s povrnitvijo stroškov zdravljenja in procesne garancije.

### 5.2.1. Pravila glede povrnitve stroškov zdravljenja

Direktiva uzakonja sodno prakso Sodišča EU glede povrnitve stroškov zdravljenja v drugi državi članici. Člen 7(4) v skladu z odločitvijo Sodišča EU v zadevi *Vanbraekel* določa, da stroške čezmejnega zdravstvenega varstva povrne ali neposredno plača država članica zdravstvenega zavarovanja do višine stroškov, ki bi jih prevzela država članica zdravstvenega zavarovanja, če bi bilo zdravstveno varstvo zagotovljeno na njenem ozemlju, ne da bi prekoračili dejanske stroške prejetega zdravstvenega varstva. Če so stroški zdravljenja v drugi državi članici nižji od tistih v domači državi zavarovanca, je torej potrebno razliko izplačati zavarovancu. Pri tem pa direktiva ne pojasnjuje, ali to velja tako za načrtovano kot tudi za nenačrtovano bolnišnično zdravljenje, ki običajno ni vnaprej odobreno. V nedavno odločeni zadevi *Komisija proti Španiji*<sup>19</sup> je namreč Sodišče EU odklonilo razširiti to pravico iz zadeve *Vanbraekel* na nenačrtovano zdravstveno varstvo in s tem zaščitilo interese držav članic. Slednje direktiva varuje tudi s tem, ko



določa, da država članica zdravstvenega zavarovanja določi zdravstveno varstvo, do katerega je zavarovana oseba upravičena, prevzem stroškov in višino prevzema stroškov, ne glede na to, kje je zdravstveno varstvo zagotovljeno. Poleg tega tudi države članice ohranjajo pravico (ne obveznost) povrnitve stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva, ki so višji od stroškov, ki bi nastali, če bi bilo zdravstveno varstvo zagotovljeno na njenem ozemlju. Država članica zdravstvenega zavarovanja se lahko odloči povrniti druge povezane stroške, kot so stroški nastanitve, potni stroški ali dodatni stroški invalidnih oseb, ki bi lahko nastali zaradi ene ali večplastne invalidnosti, kadar je čezmejnega zdravstvenega varstva deležna invalidna oseba. S tem direktiva uzakonja odločitev Sodišča EU v zadevi *Acedera Herrera*,<sup>20</sup> v kateri je bilo odločeno, da posameznik iz prava EU nima pravice do povrnitve stroškov osebe, ki ga spremlja na zdravljenju v tujini.

#### 5.2.2. Procesna zagotovila za bolnike

Podobno, kot je direktiva uzakonila sodno prakso s področja povračila stroškov zdravljenja, je tudi uzakonila procesna zagotovila iz sodne prakse. Vse od zadeve *Geraets Smits*, ki je bila natančneje utemeljena v zadevi *Watts*, je Sodišče EU od nacionalnih institucij zahtevalo, da upoštevajo procesne zahteve pri obravnavanju prošelj za predhodno odobritev čezmejnega zdravljenja. Odobritev je namreč ključni element, ki državam omogoča nadzor nad pretokom bolnikov v tujino.<sup>21</sup> V skladu s sodno prakso člen 9 direktive določa, da morajo države članice zagotoviti, da upravni postopki v zvezi s čezmejnimi zdravstvenimi varstvom in povračilom stroškov zdravstvenega varstva, nastalih v drugi državi članici, temeljijo na objektivnih, nediskriminacijskih merilih, ki so nujna in sorazmerna za doseganje ciljev. Postopki morajo biti dostopni na enostaven način, informacije v zvezi s takim postopkom pa morajo biti objavljene na ustreznih ravni. Tak postopek mora biti zmožen zagotavljati, da so zahtevki obravnavani objektivno in nepristransko. Države članice morajo tudi določiti razumne roke, v katerih je treba obravnavati zahtevke za čezmejno zdravstveno varstvo, in jih vnaprej

objaviti, pri obravnavi zahtevkov za čezmejno zdravstveno varstvo pa morajo upoštevati specifično zdravstveno stanje, nujnost in posamezne okoliščine, s čimer se zagotovi osebna obravnava bolnikov.

## Sklepne ugotovitve

Nova direktiva o pravicah bolnikov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu je neizogibno zakonski akt poln kompromisov, ki so bili potrebni zaradi specifičnosti področja. Po eni strani želi čim bolj učinkovito izvrševati prednosti enotnega trga, po drugi strani pa je prežeto z avtonomijo držav članic na področju zdravja. Priznanje pravice dostopa do zdravstvenih storitev je tako vezano na paradoks: po eni strani tržno pravo EU posameznikom pomaga doseči zdravstveno nego prek nacionalnih meja, po drugi strani pa EU nima pristojnosti, ki bi ji omogočale neposredno vključitev v prilagoditev in posodobitev nacionalnih zdravstvenih sistemov.<sup>22</sup> Tako sodna praksa Sodišča EU bolnikom priznava ugodnosti, ki izhajajo iz odprave meja med državami članicami, kar zadeva pretok storitev, po drugi strani pa je pravo EU pri vprašanju podpore nacionalnih zdravstvenih sistemov omejeno na ukrepe nezavezujočega prava (t. i. soft law). Zato smo priča razkoraku med učinki prava notranjega trga na organizacijo socialne države ter pomanjkanjem pristojnosti EU za razvoj zdravstvenih sistemov znotraj držav članic. Sodišče EU je razširilo vpliv svoboščine pretoka storitev med državami članicami na področja, ki so uradno v avtonomiji držav. To je razvidno že iz uveljavljene formule Sodišča EU, po kateri EU ne posega v pristojnosti držav članic na področju socialne varnosti, vendar pa morajo države članice izvrševati te svoje pristojnosti v okvirih prava EU, zlasti prostega pretoka storitev. Na tem načelu temelji tudi Direktiva 2011/24/EU.

V prihodnje pričakujemo, da bo tudi izvajanje pravic do čezmejnega zdravstvenega varstva v EU polno ravnotežij med svobodnim notranjim trgom EU in avtonomnimi nacionalnimi zdravstvenimi sistemi. Čeprav Direktiva 2011/24/EU v pretežni meri temelji na sodni praksi Sodišča EU, moramo priznati, da je bil njen sprejem iz več pogle-

dov zelo pomemben. Predvsem to velja za vprašanje priznavanja stroškov čezmejnega zdravljenja, ko je direktivi uspelo rešitve Sodišča EU v posameznih primerih uspešno prenesti v abstraktne določbe direktive. Izjemnega pomena so tudi novi instrumenti, ki naj bi izboljšali zdravstveno varstvo v EU, zlasti to velja za evropske referenčne mreže in mrežo namenjeno e-zdravju. Gre za izvirne koncepte, ki naj bi povečali učinkovitost izmenjave znanj s področja zdravstvenega varstva, pri čemer pa se vzpostavijo v okviru avtonomije držav članic; Evropska komisija je pristojna zgolj za njihovo podporo.

Po zapletenem postopku sprejemanja Direktive 2011/24/EU so institucije EU sedaj žogico vrgle državam članicam. Le-te morajo direktivo uresničiti do 25. oktobra 2013. Register predpisov Republike Slovenije v tem pogledu nakazuje, da se bo v Sloveniji direktiva udejanjila v posebnem Zakonu o uveljavljanju pravic bolnikov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu<sup>23</sup> in torej ne z dopolnitvijo splošnega Zakona o bolnikovih pravicah.<sup>24</sup> Pri tem Ministrstvo za zdravje direktivo sprejema z naslednjimi besedami: *»Direktiva bo nedvomno spodbudila procese uvajanja kakovosti v zdravstvu, saj je eden od*

*razlogov, zaradi katerih se povračilo stroškov lahko zavrne, tudi dvom v kakovost zdravstvenih storitev. Ob tem je potrebno poudariti, da direktiva in njen prenos ne bi smela spodbujati bolnikov, da bi se zdravili zunaj države članice zdravstvenega zavarovanja. Jim pa omogoča lažji dostop do zdravljenja v drugi državi, če jim ustreznega zdravljenja ni mogoče zagotoviti doma [...], ali če so čakalne dobe predolge.«<sup>25</sup>*

Zaključimo lahko, da se preko sodne prakse Sodišča EU in Direktive 2011/24/EU o pravicah bolnikov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu pomembno približujemo viziji Roberta Schumanna o enotnem zdravstvenem območju EU, vendar pa popolna uresničitev le-te ni mogoča iz več razlogov, povezanih z razlikami med socialnimi sistemi držav članic. Kljub naraščanju pravic evropskih bolnikov je njihova omejitev zlasti ta, da so v prvi vrsti namenjene informiranim in mobilnim prebivalcem EU, tako da je do cilja iz direktive *»da se vsi bolniki obravnavajo enako na podlagi njihovih zdravstvenih potreb in ne na podlagi države članice njihovega zdravstvenega zavarovanja«* še dolga pot.

## Literatura

- De la Rosa S. The Directive on cross-border healthcare or the art of codifying complex case law. *Common Market Law Review* 2012; vol. 49, no. 1: 15–46.
- Zadeva 286/82& 26/83. Graziana Luisi in Giuseppe Carbone proti Ministero del Tesoro, ZOdl. 1984. str. 377.
- Zadeva C-159/90. The Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd. v. Grogan and Others, ZOdl. 1991. str. I-04685.
- Uredba Sveta (EGS) št. 1408/71 z dne 14. junija 1971 o uporabi sistemov socialne varnosti za zaposlene osebe in njihove družinske člane, ki se gibljejo v Skupnosti, Uradni list EGS L 149, 5.7.1971. str. 2–50.
- Uredba (ES) št. 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti, Uradni list EU L 166, 30.4.2004., str. 1–123. Ta uredba je začela veljati maja 2004, uporabljati pa se je začela s sprejemom nove implementacijske uredbe – tj. Uredbe (ES) št. 987/2009, UL L 284, 30.10.2009. str. 1–42.
- Zadeva C-120/95, Nicolas Decker proti Caisse de Maladie des Employés Privés, ZOdl. 199. str. I-1871.
- Zadeva C-158/96, Kohll proti Union des Caisses de Maladie, ZOdl. 1998. str. I-1935.
- Lernould C. Une cause de sécurité sociale est-elle tenue de rembourser les frais médicaux engagés par un assuré dans un autre Etat Membre. *Revue de droit sanitaire et social* 1998: 616. Van der Mei A.P. Cross-border access to medical care within the European Union: Some reflections on the judgments in Decker and Kohll. *Maastricht Journal of European and Comparative Law* 1998; 5: 277–297. Nourissat C. Quand Panacée rejoint Europe ou comment la Cour de justice consacre la liberté des soins dans la Communauté. *La Semaine juridique* 1999, II: 10002. Eichenhofer E. Export von Sozialleistungen nach Gemeinschaftsrecht. *Die Sozialgerichtsbarkeit* 1999: 57–62.
- Zadeva C-157/99, B.S.M. Geraets-Smits proti Stichting Ziekenfonds VGZ in H.T.M. Peerbooms proti Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, ZOdl. 2001. str. I-5473.
- Nickless J. Smiths/Peerbooms: Clarification of Kohll and Decker. *Eurohealth* 2001; 7: 7–10.
- Zadeva C-368/98, Abdon Vanbraekel in drugi proti Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC), ZOdl. 2001. str. I-05363.
- Zadeva C-372/04, Yvonne Watts proti Bedford Primary Care Trust, Secretary of State for Health, ZOdl. 2006, str. I-4325.
- Direktiva 2006/123/ES o storitvah na notranjem trgu, Uradni list EU L 376, 2006. str. 36–68.
- Follow-up to the High Level Process of Reflection on patient mobility and healthcare developments in the European Union. COM(2004)301.
- Report on patient mobility and healthcare developments in the European Union, poročevalec John Bowis, A6–0129/2005.
- Evropska komisija. Priročnik o uveljavljanju direktive o storitvah. Urad za uradne publikacije EU, Luksemburg, 2007: 13.
- Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, Uradni list EU L 88, 2011. str. 45–65.
- Listina EU o temeljnih pravicah, Uradni list EU C83, 2010, str. 389–403.
- Zadeva C-211/08, Komisija proti Španiji, ZOdl. 2010. str. I-5267.
- Zadeva C-466/04, Acedera Herrera, ZOdl. 2006. str. I-5341.
- Hatzopoulos V. Do T.U. The case law of the ECJ concerning the free provision of services: 2000–2005. *Common Market Law Review* 2006; 43: 923–991.
- Davies G. The process and side-effects of harmonization of the European welfare state. Jean Monnet Working Paper 2006/02. De Burca G. EU Law and the Welfare State: In search of solidarity. Oxford University Press 2005: 250. Scharpf F.W. The European social model: Coping with the challenges of diversity. *Journal of Common Market Studies* 2002: 645–670.
- Zakon o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, <[http://zakonodaja.gov.si/rpsi/ro6/predpis\\_ZAKO6296.html](http://zakonodaja.gov.si/rpsi/ro6/predpis_ZAKO6296.html)> (16.3.2012).
- Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), Ur.l. RS, št. 15/2008 – za komentar glej: Kralj K. e tal. Zakon o pacientovih pravicah s komentarjem. Ljubljana: Gospodarski vestnik; 2009.
- Ministrstvo za zdravje, Direktiva o pravicah pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva, objava za javnost. Dostopno 16.3.2012 s spletne strani: //[http://www.mz.gov.si/si/mz\\_zavas/direktiva\\_o\\_pravicah\\_pacientov\\_na\\_podrocju\\_cezmejnega\\_zdravstvenega\\_varstva/](http://www.mz.gov.si/si/mz_zavas/direktiva_o_pravicah_pacientov_na_podrocju_cezmejnega_zdravstvenega_varstva/).