

Pravo pacijenta - potrošača na naknadu troškova prekogranične zdravstvene zaštite

The Right of Patient - Consumer to Reimbursement for Cross - Border Healthcare

Dr. sc. Maja Čolaković

Pravni fakultet Univerziteta „Džemal Bijedić“ u Mostaru, docentica
maja.colakovic@unmo.ba

Dr. sc. Marko Bevanda

Pravni fakultet Sveučilišta u Mostaru, docent
marko.bevanda@pfmo.ba

Sažetak: Ostvarenje temeljnih tržišnih sloboda na području Europske unije obuhvata i slobodu kretanja osoba radi realizacije prava na zdravstvenu zaštitu. Uz mogućnost dobivanja zdravstvene usluge na području države članice čijem sustavu zdravstvenog osiguranja pripadaju, građani Unije mogu potražiti takvu uslugu u drugoj državi članici i za nju dobiti naknadu troškova. Radi se o tzv. prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti (cross-border healthcare).

Direktiva 2011/24/EU o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti je novi pravni instrument, usvojen kako bi se osigurala mobilnost pacijenata unutar Europske unije te otklonile postojeće razlike u primjeni dva paralelna sustava – jednog utemeljenog na Uredbi 883/2004/EZ o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti, a drugog na načelima i stavovima Suda Europske unije, baziranim na odredbama osnivačkih ugovora o temeljnim tržišnim slobodama.

Ključne riječi: pacijent, prekogranična zdravstvena zaštita, naknada troškova, Direktiva 2011/23/EU, Uredba 883/2004/EZ

JEL klasifikacija: K19, K32

DOI: dx.doi.org/
10.14706/DO16314

Historija članka:

Dostavljen: 31.12.2015.

Recenziran: 09.03.2016.

Prihvaćen: 16.03.2016.

Prvi Izvještaj Komisije o primjeni Direktive 2011/24/EU iz oktobra 2015. godine pokazuje da još uvijek nisu postignuti svi njome proklamirani ciljevi, niti su otklonjene sve dileme vezane za različite mehanizme naknade troškova prekogranične zdravstvene zaštite na području Europske unije.

*Analiza organizacije sustava zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini te prava na mobilnost pacijenata unutar i izvan njenih granica ukazuje na kompliciranost i nedjelotvornost tog sustava, diskriminaciju pacijenata vezanu za mobilnost te visok stupanj neusklađenosti bosanskohercegovačkih propisa iz ove oblasti s *acquis-em*.*

Summary: *The exercise of fundamental market freedoms in the European Union includes the freedom of movement of persons in order to attain the right to health care. A part of the possibility to access health services in the Member States where they are insured, the citizens of the Union can also demand such a service in another Member State and obtain reimbursement. This is the so called cross-border healthcare.*

Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare is a new legal instrument adopted to ensure the mobility of patients within the European Union and eliminate the existing differences in the application of two parallel systems - one based on Regulation 883/2004/EC on the coordination the social security system, and the other on the principles and views of the Court of the European Union, which are based on the provisions of the Treaties on the fundamental market freedoms.

Keywords: *patient, cross-border healthcare, reimbursement, Directive 2011/23/EU, Regulation 883/2004/EZ*

JEL Classification: *K19, K32*

DOI: *dx.doi.org/
10.14706/DO16314*

Article History:
*Submitted: 31.12.2015.
Reviewed: 09.03.2016.
Accepted: 16.03.2016.*

The first report of the Commission on the application of Directive 2011/24/EU from October 2015 shows that all the objectives proclaimed in the Directive have not yet been achieved and all the dilemmas related to different mechanisms of reimbursement for cross-border healthcare in the EU have not been eliminated.

Analysis of the organization of health care systems in Bosnia and Herzegovina and the right to mobility of patients within and outside of its borders illustrates the complexity and inefficiency of this system, the discrimination related to patient's mobility as well as a high level of noncompliance of Bosnian legislation with the acquis in this area.

UVOD

Pravo na potpuno tjelesno, mentalno i socijalno blagostanje, te odsustvo bolesti i iznemoglosti, odnosno pravo na zdravlje temeljno je ljudsko pravo, a uživanje najvećeg mogućeg zdravstvenog standarda pripada svakom ljudskom biću bez obzira na rasu, vjeroispovijest, političko opredjeljenje, ekonomske ili socijalne prilike.¹ Pravo na pristup visokokvalitetnom zdravstvenom sustavu također predstavlja temeljno pravo čovjeka – pacijenta, a njegova dobrobit i sigurnost² jesu dio opće kvalitete zdravstvene zaštite, ali i rastuća briga zdravstvenih sustava čitavog svijeta. Pitanje sigurnosti pacijenata postaje rastuća briga i u Europskoj uniji (EU).³

Prema čl. 6. Ugovora o funkcioniranju Europske unije,⁴ Unija je nadležna ostvarivati mjere potpore, usklađivanja ili dopune mjera država članica. Na europskoj razini područje takvih mjera, između ostalih, jeste zaštita i poboljšanje zdravlja ljudi. Unija pritom ne zamjenjuje nadležnost država članica u navedenom području, a pravno obvezujući akti Unije (doneseni na temelju odredaba Ugovora), koji se odnose na područje zaštite i poboljšanje zdravlja ljudi, ne smiju uključivati usklađivanje zakona ili drugih propisa država članica (čl. 2., st. 5. UFEU-a).

¹ Statut Svjetske zdravstvene organizacije (World Health Organisation – WHO) iz 1948. godine. Dostupan na: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf (10. 11. 2015.).

² „Nepostojanje bilo kakvih nepotrebnih ili potencijalno štetnih posljedica za pacijenta povezanih sa zdravstvenom zaštitom“, Svjetska zdravstvena organizacija.

³ U izvještaju Komisije Vijeću, sastavljenom na temelju izvještaja država članica o provedbi preporuke Vijeća (2009/C151/01) o sigurnosti pacijenata, uključujući sprečavanje i suzbijanje infekcija povezanih sa zdravstvenom zaštitom (2013/2022(INI)), stoji da „kvalitetna zdravstvena zaštita predstavlja kamen temeljac svakog kvalitetnog zdravstvenog sustava, ... Europska unija, njezine institucije i njezini građani priznaju pristup visokokvalitetnom zdravstvenom sustavu kao temeljno pravo“.

⁴ U daljem tekstu: UFEU. Čl. 2. t. 1. Lisabonskog ugovora kojim se mijenjaju i dopunjuju Ugovor o Europskoj uniji i Ugovor o osnivanju Europske zajednice (Treaty of Lisbon amending the Treaty on European Union and the Treaty establishing the European Community, Official Journal C 306, 17. 12. 2007.) naziv Ugovora o osnivanju Europske zajednice izmijenjen je u naziv Ugovor o funkcioniranju Europske unije.

Pravo na zdravlje, odnosno pristup zdravstvenoj zaštiti, građanima Europske unije garantirano je u brojnim pravnim aktima i dokumentima Unije. Povelja o temeljnim pravima Europske unije⁵ u čl. 35. propisuje pravo svakoga na pristup preventivnoj zdravstvenoj zaštiti i pravo na liječenje pod uvjetima utvrđenim nacionalnim zakonima i praksom, kao i to da se u utvrđivanju i provedbi svih politika i aktivnosti Unije osigurava visok stupanj zaštite zdravlja ljudi. Odredbama osnivačkih ugovora normirano je da se pri donošenju i primjeni svih politika i djelatnosti Unije jamči visoki stupanj zaštite ljudskog zdravlja, a da je djelovanje Unije, koje nadopunjava nacionalne politike, usmjereno prema poboljšanju javnog zdravlja, sprečavanju tjelesnih i duševnih bolesti i oboljenja te uklanjanju izvora opasnosti za tjelesno i duševno zdravlje. Mjere na promociji dobrog zdravlja i unapređenju pristupa zdravstvenoj zaštiti građana Europske unije sastavni su dio strategije „Europa 2020“.⁶ Četiri temeljne slobode na kojima počiva Europska unija, a među njima naročito sloboda kretanja osoba, sloboda pružanja usluga i sloboda prometa roba, manifestiraju se i na području prava građana Unije na pristup zdravstvenoj zaštiti. Sloboda kretanja svih građana Unije na području država članica⁷ implicira i njihovu slobodu kretanja, odnosno mobilnost u cilju ostvarenja prava na zdravstvenu zaštitu. Zabranjen je bilo kakav oblik diskriminacije na temelju nacionalnosti koji bi spriječio ili na bilo koji način ograničio izvršavanje prava na slobodu kretanja građana – pacijenata EU-a.⁸

⁵ Official Journal C 83., 30. 3. 2010.

⁶ Cilj ove Strategije je pretvoriti Europsku uniju u pametan, održiv i uključiv ekonomski sustav, koji omogućava visoke stope zaposlenosti, produktivnosti i društvene povezanosti, te ostvariti viziju europske socijalne tržišne ekonomije za 21. stoljeće. Communication from the Commission Europe 2020: A strategy for smart, sustainable and inclusive growth, COM(2010) 2020 final, 3. 3. 2010.

⁷ „Pravo građana Europske unije na slobodno kretanje i život u bilo kojoj državi članici EU-a s članovima njihovih obitelji jedno je od četiri temeljna prava sadržana u pravu EU-a i kamen temeljac europskih integracija“, Komunikacija Komisije Europskom parlamentu, Vijeću, Europskom gospodarskom i socijalnom odboru i Odboru regija: Sloboda kretanja građana EU-a i njihovih obitelji Pet mjera za poboljšanje situacije, COM (2013) 837 final, Bruxelles, 25. 11. 2013. (25. 11. 2015.).

⁸ U skladu s čl. 18. st. 1. UFEU-a, „unutar opsega primjene Ugovora i ne dovodeći u pitanje bilo koju njegovu posebnu odredbu, zabranjena je svaka diskriminacija na temelju državljanstva“. Čl. 20. UFEU-a propisuje da se ustanovljuje građanstvo Unije i da je svaka osoba koja ima državljanstvo neke države članice građanin Unije. Građanstvo Unije dodaje se nacionalnom državljanstvu i ne zamjenjuje ga. Dakle, čl. 20. st. 1. UFEU-a svakoj osobi s državljanstvom neke države članice dodjeljuje status građanina Unije. Na

Osim u matičnoj državi – državi njihove pripadnosti ili prebivališta, tj. državi članici čijem sustavu zdravstvenog osiguranja pripadaju, građani Unije mogu realizirati pravo na pristup zdravstvenoj zaštiti i putem ostvarenja te zaštite u drugoj državi članici Unije. U pitanju je tzv. prekogranična zdravstvena zaštita (*cross-border healthcare*), odnosno pravo građana Unije – pacijenata da dobiju zdravstvenu uslugu u drugoj državi članici, uz naknadu troškova koje su imali za tu uslugu.⁹ Teorijski govoreći, unutar EU-a nacionalne granice država članica ne postoje za pacijente – građane EU-a koji zatraže zdravstvenu zaštitu u inozemstvu (drugoj državi članici), ali u praksi je riječ o posebno složenom pitanju za pacijente.¹⁰

Pravo na prekograničnu zdravstvenu zaštitu priznato je građanima EU-a Direktivom 2011/24/EU o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj

temelju st. 2. istog člana, građani Unije imaju, među ostalim, „pravo slobodno se kretati i boraviti na državnom području država članica“. U skladu s čl. 20. st. 2. drugim podstavom UFEU-a, to pravo se ostvaruje „u skladu s uvjetima i ograničenjima utvrđenima Ugovorima i mjerama usvojenima na temelju tih Ugovora“. Prema ustaljenoj sudskoj praksi Suda Europske unije (u daljem tekstu: Sud EU) predviđeno je da „status građanina Unije bude temeljni status državljanina država članica, koji državljanima koji se nalaze u istom položaju omogućava da se u području primjene UFEU-a *ratione materiae*, neovisno o njihovu državljanstvu i ne dovodeći u pitanje iznimke izričito predviđene s tim u svezi, prema njima jednako pravno postupaju“, iz čega proizlazi da se „svaki građanin Unije može [...] dakle u svim situacijama koje ulaze u područje primjene prava Unije *ratione materiae* pozvati na zabranu diskriminacije na temelju državljanstva iz čl. 18. UFEU-a. Te situacije obuhvaćaju one koje proizlaze iz korištenja slobode kretanja i boravka na području država članica koju dodjeljuju čl. 20. st. 2. prvi podstav točka (a) i čl. 21. UFEU-a“. Mišljenje nezavisne odvjetnice Juliane Kokott izneseno 7. 5. 2015., Predmet C-218/14 *Kuldip Singh i drugi protiv Minister for Justice and Equality*. Zahtjev za prethodnu odluku: High Court - Irska, <http://curia.europa.eu> (11. 11. 2015.).

⁹ Zdravstvene usluge, uključujući one koje se pružaju u okviru sustava javnog zdravstva, su usluge ekonomske prirode. Mišljenje nezavisnog odvjetnika Pedra Cruza Villalóna od 19. 6. 2014., predmet C-268/13 *Elena Petru protiv Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Sibiu i Casa Națională de Asigurări de Sănătate* (zahtjev za prethodnu odluku koji je uputio Tribunalul Sibiu (Rumunjska)), točka 20, <http://curia.europa.eu> (11. 11. 2015.).

¹⁰ Vidi: Mossialos, E., Palm, W. (2003). The European Court of Justice and the free movement of patients in the European Union, *International Social Security Review*, vol. 56., no. 2., str. 4.

zdravstvenoj zaštiti.¹¹ U pitanju je novi pravni instrument, donesen s ciljem da se svim građanima omogući dostupna, sigurna i kvalitetna prekogranična zdravstvena zaštita, osigura mobilnost pacijenata unutar teritorije Unije te suradnja država članica na području zdravstvene zaštite, uz poštovanje nacionalnih nadležnosti.¹²

Do usvajanja Direktive 2011/24/EU na mobilnost pacijenata primjenjivana su dva paralelna sustava. Jedan je sustav baziran na pravilima Uredbe 883/2004/EZ Europskog parlamenta i Vijeća o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti, dopunjene provedbenom Uredbom 987/2009/EZ o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti,¹³ a drugi na načelima i stavovima Suda EU-a, zasnovanim na odredbama osnivačkih ugovora o slobodi kretanja osoba, roba i usluga na cijelom području Unije. Budući da među ova dva sustava postoje značajne razlike, pacijenti su se u praksi suočili s brojnim poteškoćama i

¹¹ Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border health care, OJ L 88, 4. 4. 2011 (u daljem tekstu: Direktiva 2011/24/EU).

¹² „Danas je važan dan za pacijente diljem Europske unije. U važeće zakonodavstvo EU-a od danas je ugrađeno građansko pravo na liječenje u drugoj državi članici i povrat troškova za liječenje. Sve države članice do danas su morale u svoje nacionalno zakonodavstvo prenijeti Direktivu o pravima pacijenata u prekograničnoj zaštiti, donesenu prije 30 mjeseci. Ova Direktiva pacijentima znači jačanje njihova položaja: veći izbor zdravstvene zaštite, više informacija, jednostavnije priznavanje recepata preko granice. Direktiva je osim toga dobra vijest u pogledu europskih zdravstvenih sustava jer se njome poboljšava suradnja među državama članica u području interoperabilnih alata e-zdravstva, korištenje vrednovanja zdravstvenih tehnologija i udruživanje rijetkog stručnog znanja. Zakonodavstvo je potrebno pravilno prenijeti i primijeniti kako bi pacijenti mogli ostvariti prava koja imaju na temelju zakonodavstva EU-a. Komisija je državama članicama u razdoblju prenošenja pružila veliku potporu. Sada pozivam sve države članice da ispune svoje obveze i u cijelosti prenesu Direktivu. Komisija će pomno pratiti prenošenje, pružati pomoć i po potrebi poduzimati odgovarajuće mjere.” Izjava povjerenika za zdravstvo Tonija Borga od 25. 10. 2013. godine o stupanju na snagu Direktive o pravima pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti.

¹³ Regulation (EC) no 883/2004 of the European Parliament and of the Council of 29 april 2004 on the coordination of social security systems, OJ L 166, 2004 (u daljem tekstu: Uredba 883/2004/EZ) and Regulation (EC) No 987/2009 of the European Parliament and of the Council of 16 September 2009 laying down the procedure for implementing Regulation (EC) No 883/2004 on the coordination of social security systems OJ L 284 of 30 October 2009.

problemima u ostvarenju prava na zdravstvenu zaštitu izvan matične države (dileme u pogledu režima naknade koji treba primijeniti u pojedinoj situaciji, neophodnosti dobivanja prethodnog odobrenja od odgovarajućeg tijela u matičnoj državi za liječenje u drugoj državi članici, kriterija koji moraju biti ispunjeni za primjenu jednog od dva različita sustava mobilnosti pacijenata itd.).¹⁴ Očekivalo se da će primjena odredaba Direktive 2011/24/EU rezultirati otklanjanjem takve pravne nesigurnosti te utjecati na općenitiju primjenu relevantnih načela Suda EU-a i njihovo povezivanje s odredbama Uredbe 883/2004/EZ.¹⁵

Prvi Izvještaj Komisije o primjeni Direktive 2011/24/EU,¹⁶ koji će u radu biti sažeto prikazan i analiziran, pokazuje da još uvijek nisu postignuti svi njome proklamirani ciljevi, niti su otklonjene sve nedoumice u pogledu različitih mehanizama naknade troškova ostvarene prekogranične zdravstvene zaštite na području Europske unije. Kritički stav o određenim odredbama Direktive 2011/24/EU i njenom odnosu s Uredbom 883/2004/EZ već je zauzela i doktrina, na šta će u daljem radu biti posebno ukazano.

Osim analize pojedinih odredaba Uredbe 883/2004/EZ i Direktive 2011/24/EU, vezanih za pravo pacijenata na naknadu troškova prekogranične zdravstvene zaštite, te Izvještaja Komisije, u radu će biti učinjen kratki osvrt na organizaciju sustava zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini i pravo bosanskohercegovačkih građana na ostvarenje zdravstvene zaštite kako unutar granica države, tako i van njih. Kompliciranost i rascjepkanost tog sustava stvaraju realnu podlogu za njihovu diskriminaciju, pri čemu je legislativa iz ove oblasti u značajnom stupnju neusklađena s pravnom stečevinom Europske unije.

¹⁴ Berki, G. (2015). Cross-border patient mobility: The Legal framework of obtaining healthcare abroad within the European Union – A patient's perspective, Ghent: Ghent University (doktorska disertacija), str. 23-25., dostupno na: <https://biblio.ugent.be/record/6883859> (20. 11. 2015.).

¹⁵ Ibid., str. 97-98.

¹⁶ Shodno čl. 20. Direktive 2011/24/EU, Komisija je bila obvezna do 25. 10. 2015. godine sastaviti izvještaj o primjeni ove Direktive (u daljem tekstu: Izvještaj Komisije), koji uključuje posebno podatke o kretanjima pacijenata, financijskim dimenzijama mobilnosti pacijenata, provedbi pojedinih članova Direktive, te o funkcioniranju europskih referentnih mreža i nacionalnih kontaktnih točaka za prekograničnu zdravstvenu zaštitu, a potom ga dostaviti Europskom parlamentu i Vijeću. Izvještaj je dostupan na: <http://www.sabor.hr/dokumentiEU> (10. 11. 2015.).

1. Pravni instrumenti

1.1. Direktiva 2011/24/EU

Direktiva 2011/24/EU je stupila na snagu 24. 4. 2011. godine, a države članice su bile obvezne prenijeti je u svoja zakonodavstva do 25. 10. 2013. godine.¹⁷ Prema Izvješčaju Komisije, zbog kasnog ili nepotpunog obavještenja o mjerama prenošenja pokrenuti su postupci zbog povrede protiv 26 država članica.¹⁸

Polje primjene Direktive 2011/24/EU određeno je u čl. 1.2. Ona se primjenjuje na pružanje zdravstvene zaštite pacijentima, bez obzira na to kako je ova organizirana, kako se pruža i financira.¹⁹ Njome su obuhvaćeni svi pružatelji

¹⁷ O političkoj inicijativi i pravnim temeljima za donošenje Direktive 2011/24/EU vidjeti detaljnije: Bevanda M., Čolaković M. (2014). Ostvarenje zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini u svjetlu Direktive 2011/24/EU o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi, Zbornik radova II Međunarodne konferencije „Bosna i Hercegovina i euroatlanske integracije – trenutni izazovi i perspektive“, Bihać 7-8. 5. 2014., godina 2., broj 2., tom I., str. 368. i 369.

¹⁸ Ove povrede se odnose samo na potpunost mjera prenošenja, dok će u narednoj fazi Komisija procijeniti jesu li države članice pravilno prenijele ovu Direktivu. Izvješčaj Komisije, op. cit., str. 2.

¹⁹ U smislu Direktive 2011/24/EU „zdravstvena zaštita“ znači zdravstvene usluge koje pružaju zdravstveni stručnjaci pacijentima radi procjene, održavanja ili liječenja njihova zdravstvenog stanja, uključujući propisivanje, izdavanje na recept i davanje lijekova i medicinskih proizvoda, a „prekogranična zdravstvena zaštita“ znači zdravstvena zaštita pružena ili propisana u državi članici koja se razlikuje od države članice čijem sustavu osigurana osoba pripada. Dakle, ova definicija obuhvata i situaciju u kojoj pacijent kupuje lijekove i medicinske proizvode u državi članici koja nije država članica čijem sustavu pripada i situaciju u kojoj pacijent kupuje lijekove i medicinske proizvode u državi članici koja se razlikuje od one u kojoj je izdan recept. Stoga, za potrebe naknade troškova prekogranične zdravstvene zaštite, Direktiva 2011/24/EU obuhvata ne samo situaciju kada se pacijentu pruža zdravstvena zaštita u državi članici koja nije država članica čijem sustavu pripada, nego i propisivanje, izdavanje i nabavu lijekova i medicinskih proizvoda ako se oni nabavljaju u kontekstu zdravstvene usluge. „Država članica liječenja“ znači država članica na čijem je državnom području stvarno pružena zdravstvena zaštita pacijentu. U slučaju telemedicine, smatra se da je zdravstvena zaštita pružena u državi članici u kojoj pružatelj zdravstvene zaštite ima poslovni nastan. „Pacijent“ znači svaka fizička osoba koja želi dobiti ili dobiti zdravstvenu zaštitu u državi članici. „Pružatelj

zdravstvenih usluga (i privatni i javni pružatelji zdravstvenih usluga).²⁰ Osigurane osobe i članovi njihovih obitelji koji žive ili borave u državi članici koja nije nadležna država članica, kao i državljani trećih zemalja i članovi njihovih obitelji koji zakonito borave na području države članice ulaze u personalno polje primjene Direktive 2011/24/EU.²¹ Do stupanja na snagu Direktive 2011/24/EU, troškovi planiranog zdravstvenog tretmana u drugoj državi članici EU-a mogli su biti izmireni na jedan od sljedećih načina: po sustavu ustanovljenom Uredbom 883/2004/EZ; na temelju prekograničnih ugovora među zakonom određenim pružateljima i primateljima zdravstvenih usluga; pacijent ih je plaćao sam; bili su namireni putem pacijentovog privatnog zdravstvenog osiguranja.²² Direktiva 2011/24/EU je ustanovila još jedan način namirenja ovih troškova. Shodno odredbama Direktive 2011/24/EU, opće je pravilo da pacijent može realizirati zdravstvenu zaštitu izvan države čijem sustavu osiguranja pripada, odnosno u drugoj državi članici EU-a, te tražiti naknadu troškova prekogranične zdravstvene zaštite. Naknadu troškova osigurava mu matična država, pod uvjetom da je predmetna zdravstvena usluga uvrštena u povlastice na koje pacijent ima pravo u toj državi (čl. 7.1.). Troškovi se naknađuju do visine iznosa koji bi snosila matična država da je zdravstvena usluga pružena na njenom teritoriju.²³ Ako ukupan trošak prekogranične zdravstvene zaštite premašuje onaj iznos troškova koji bi nastao pružanjem zdravstvene usluge na području matične države, ova država može odlučiti da pacijentu naknadi ukupan trošak (čl. 7.4.).

zdravstvene zaštite” znači svaka fizička ili pravna osoba ili bilo koji subjekt koji zakonito pruža zdravstvenu zaštitu na državnom području države članice.

²⁰ Sauter, W., (15. 11. 2015.). Harmonisation in healthcare: the EU patients’ rights Directive, 2011. Preuzeto sa:

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1859251.

²¹ Vidi: Sokol, T., Mintas Hodak, Lj. & Abramović, A. (2012). Patient Mobility Directive: One Step Forward or Two Steps Back for Cross-Border Healthcare), Croatian Yearbook of European Law and Policy, vol. 8., no. 8., str. 148.

²² Baeten R. (2014). Cross-border patient mobility in the European Union: in search of benefits from the new legal framework, Journal of Health Service Research&Policy, Vol 19 (4), str. 196., www.sagepub.com.

²³ Ovakav mehanizam je manje atraktivan za pacijente koji dolaze iz zemalja s relativno niskim tarifama i žele uslugu u zemljama s višim tarifama, jer oni sami snose tu razliku. Također, nepovoljno je za financijski slabije pacijente, u odnosu na one imućnije, jer oni niti mogu unaprijed platiti iznos nekog skupog medicinskog tretmana, niti su u mogućnosti snositi razliku cijene tretmana ostvarenog van matične države, u slučaju da je taj tretman u drugoj državi skuplji u odnosu na zemlju iz koje dolaze. Vidjeti detaljnije: Berki, G., op. cit. str. 237., 238. i 248.

Direktivom 2011/24/EU je određeno da država naknađuje ili direktno plaća troškove ostvarene zdravstvene zaštite, ali je u praksi češći slučaj da pacijent sam pokrije te troškove, a potom podnese zahtjev za njihovo refundiranje. Načelno, pacijent ne ostvaruje pravo na naknadu dodatnih troškova (putovanje, smještaj, dodatni troškovi koji mogu nastati osobama s invaliditetom), ali je odredbama Direktive ostavljena mogućnost državi članici da pacijentu naknadi i te troškove (čl. 7.4.). Pokriće troškova prekogranične zdravstvene zaštite ograničeno je na stvarne troškove pacijenta. Drugim riječima, pacijenti ni u kojem slučaju ne bi trebali stjecati financijsku korist od zdravstvene zaštite pružene u drugoj državi članici.²⁴

Veoma značajna odredba Direktive 2011/24/EU vezana za naknadu troškova prekogranične zdravstvene zaštite je i odredba o sustavu prethodnog odobrenja (čl. 8.). Kako je navedeno u točki 35. Preambule ove Direktive, jedini cilj odredaba o prethodnom odobrenju i naknadi troškova zdravstvene zaštite pružene u drugoj državi članici trebao bi biti omogućavanje slobode pružanja zdravstvene zaštite za pacijente, te uklanjanje neopravdanih prepreka toj temeljnoj slobodi unutar države članice čijem sustavu pacijent pripada. Direktiva 2011/24/EU propisuje mogućnost da država članica uvjetuje isplatu naknade troškova za određenu zdravstvenu uslugu prethodnim odobrenjem za korištenje te usluge van matične države. Ovakvo rješenje u skladu je s ustaljenom sudskom praksom Suda EU-a.²⁵ Shodno čl. 8. Direktive 2011/24/EU, ono nije pravilo, nego opcija, jer ga države članice nisu obvezne koristiti. Zato je moguće da područje primjene sustava prethodnog odobrenja na temelju Direktive 2011/24/EU varira od države članice do države članice.²⁶ Direktiva 2011/24/EU ograničava sustav prethodnog odobrenja na tri slučaja (čl. 8.2.). Jedan slučaj je kada je zdravstvena zaštita uvjetovana zahtjevima u pogledu planiranja, ako uključuje smještaj određenog pacijenta u bolnici preko noći ili zahtijeva upotrebu

²⁴ Točka 32. Preambule Direktive 2011/24/EU.

²⁵ Vidi: Gareth, D. (2014). Health and Efficiency: Community Law and National Health System in the Light of Müller-Fauré, *The Modern Law Review*, vol. 67., issue 1, str. 94.-107.

²⁶ Izvještaj Europskog parlamenta A7-0320/2013 od 4. 10. 2013. godine o izvještaju Komisije Vijeću na temelju izvještaja država članica o provedbi preporuke Vijeća (2009/C 151/01) o sigurnosti pacijenata, uključujući sprječavanje i suzbijanje infekcija povezanih sa zdravstvenom zaštitom (2013/2022(INI)), Odbor za okoliš, javno zdravlje i sigurnost hrane, dostupno na: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A7-2013-0320+0+DOC+PDF+V0//HR> (25. 11. 2015.).

visokospecijalizirane i skupe medicinske infrastrukture ili medicinske opreme. Drugi je slučaj kada zdravstvena zaštita uključuje postupke liječenja koji predstavljaju poseban rizik za pacijenta ili stanovništvo, a treći slučaj je kada se radi o zdravstvenoj zaštiti pružatelja koji daje povoda za ozbiljnu zabrinutost u vezi s kvalitetom ili sigurnošću te zdravstvene zaštite.

Kako je pokazao Izvještaj Komisije o primjeni Direktive 2011/24/EU u nacionalnim zakonodavstvima, sustav prethodnog odobrenja uvela je 21 država članica.²⁷ U praksi se sustav prethodnog odobrenja temeljio gotovo u cjelini na odobrenju na temelju kriterija „boravka preko noći“ i „visokospecijalizirane zaštite“. Takav kriterij primjenjivalo je 14 država, pri čemu ni jedna od tih država u pogledu kriterija „boravka preko noći“ nije navela koji su postupci liječenja njime obuhvaćeni.²⁸ Devet od 14 država članica preciziralo je vrste liječenja za koje smatraju da ispunjavaju kriterij „visokospecijalizirani“, dok pet nije. Na osnovu navedenih podataka Komisija zaključuje da je u 14 država članica pacijentima nejasno koja liječenja podliježu prethodnom odobrenju, jer nadležna tijela nisu razjasnila kad se primjenjuje najmanje jedan od tih kriterija, a kad oba.²⁹

1.2. Odnos Direktive 2011/24/EU i Uredbe 883/2004/EZ

Pravo na ostvarenje prekogranične zdravstvene zaštite pripada pacijentima i temeljem odredaba Uredbe 883/2004/EZ.³⁰ Ovaj pravni akt je donesen radi postizanja koordinacije sustava socijalne sigurnosti država članica, kako bi se osobama koje se kreću unutar Europske unije (radnicima, članovima njihovih obitelji i osobama koje ih nadživljavaju), garantiralo ostvarenje socijalnih

²⁷ Izvještaj Komisije, op. cit., str. 16.

²⁸ Nekoliko država članica zahtijevalo je prethodno odobrenje ako se u okviru zdravstvene zaštite traži boravak preko noći u državi članici liječenja. Prema ocjeni Komisije, upitna je usklađenost takvog zahtjeva s kriterijem iz čl. 8.2. koji se odnosi na način pružanja liječenja u državi članici čijem sustavu osigurana osoba pripada, a ne u državi članici liječenja. Izvještaj Komisije, str. 3.

²⁹ Izvještaj Komisije, op. cit., str. 4.

³⁰ Vidi: Izvještaj Komisije Vijeću i Europskom parlamentu u skladu s obvezama predviđenima članom 20. stavom 3. Direktive 2011/24/EU Europskog parlamenta i Vijeća od 9. 3. 2011. o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti (Tekst značajan za EGP), COM(2014) 44 final, Bruxelles, 3.2.2014.

prava, a među njima i prava na zdravstvenu zaštitu.³¹ Njime se željela modernizirati i pojednostaviti do tada važeća regulativa u ovoj oblasti – Uredba 1408/71/EEZ Vijeća o primjeni sustava socijalne sigurnosti na zaposlene osobe, samostalno zaposlene osobe i članove njihovih obitelji koji se kreću unutar Zajednice, koja je u četrdesetak godina primjene mnogo puta mijenjana i dopunjavana.³² Neki teoretičari smatraju da takav cilj nije postignut, posebno kada se ima u vidu koordinacija beneficija u području zdravstvene zaštite.³³

U skladu sa stalnim nastojanjima Unije da osigura pravedno postupanje prema državljanima trećih zemalja koji zakonito borave na području država članica, odnosno da im se priznaju prava i obveze usporedive s onima što ih imaju građani Unije, Uredbom 883/2004/EZ prošireno je polje personalne primjene u odnosu na Uredbu 408/71/EEZ, pa se ona primjenjuje kako na građane Europske unije, tako i državljane trećih zemalja.³⁴ Naknada troškova korištene zdravstvene usluge u zemlji boravišta ili privremenog boravka, prema odredbama Uredbe 883/2004/EZ, zasnovana je na principu potpune naknade. Troškove snosi država iz koje osigurana osoba dolazi, a ovi se obračunavaju sukladno tarifama propisanim u državi u kojoj se zdravstvena usluga daje.³⁵ Princip

³¹ Kako je istakla Komisija u Prijedlogu za Uredbu o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti, legislativa Europske zajednice u oblasti socijalne sigurnosti je uvjet bez kojeg je nemoguće ostvarenje slobode kretanja osoba unutar Zajednice. European Commission: Proposal for a Council Regulation (EC) on coordination of social security systems. COM (1998) 779 final, 21. 12. 1998.

³² Regulation (EEC) No 1408/71 of the Council of 14 June 1971 on the application of social security schemes to employed persons and their families moving within the Community, OJ L 149, 1971 (u daljem tekstu: Uredba 1408/71) and Regulation (EEC) No 574/72 of the Council of 21 March 1972 fixing the procedure for implementing Regulation (EEC) No 1408/71 on the application of social security schemes to employed persons and their families moving within the Community.

³³ Berki, G., op. cit., str. 81. i d.

³⁴ Proširenje na državljanje trećih zemalja učinjeno je Uredbom br. 1231/2010 Europskog parlamenta i Vijeća od 24. 11. 2010. o proširenju primjene Uredbe (EZ) br. 883/2004 i Uredbe (EZ) br. 987/2009 na državljane trećih zemalja koji tim uredbama još nisu obuhvaćeni isključivo na temelju svog državljanstva (Regulation (EU) No 1231/2010 of the European Parliament and of the Council of 24 November 2010 extending Regulation (EC) No 883/2004 and Regulation (EC) No 987/2009 to nationals of third countries who are not already covered by these Regulations solely on the ground of their nationality. OJ L 344 of 29 December 2010), u daljem tekstu: Uredba 1231/2010/EU.

³⁵ Berki G., op. cit., str. 229.

jednakog tretiranja garantira jednaka prava tim osobama u komparaciji s državljanima države u kojoj oni dobivaju zdravstvenu uslugu. Drugim riječima, efekt je kao da su oni osiguranici sustava zdravstvenog osiguranja te države.³⁶

Rješenje mehanizma naknade troškova prekogranične zdravstvene zaštite prihvaćeno u Uredbi 883/2004/EZ razlikuje se od onog u Direktivi 2011/24/EU. Temeljem Uredbe 883/2004/EZ troškove za pruženu zdravstvenu uslugu neposredno plaća nadležna institucija (ustanova) u jednoj državi nadležnoj instituciji u drugoj državi.³⁷ Od pacijenta se u pravilu ne može tražiti da unaprijed plati troškove, osim ako i državljani države koja pruža zdravstvenu uslugu ne moraju činiti isto. U tom slučaju, pacijent može zahtijevati naknadu troškova ili od države tretmana ili od matične države. Institucije obje države moraju blisko surađivati i odgovoriti na zahtjeve pacijenata što je prije moguće, ali to u praksi nije čest slučaj.³⁸

Kada je riječ o međusobnom odnosu Direktive 2011/24/EU i Uredbe 883/2004/EZ, u točki 28. Preambule ove Direktive je naglašeno da ona ne bi trebala imati utjecaj na prava pacijenata u pogledu pokrivanja troškova zdravstvene zaštite koja postane nužna iz medicinskih razloga za vrijeme privremenog boravka u drugoj državi članici prema Uredbi 883/2004/EZ,³⁹ kao i na pravo osigurane osobe da dobije odobrenje za liječenje u drugoj državi članici kada su ispunjeni uvjeti predviđeni Uredbom 883/2004/EU⁴⁰ ili Uredbom

³⁶ Premda je ovakvo rješenje izuzetno povoljno za radnike/migrante, ono im može donijeti ne samo prava nego i obveze. Ako državljani dotične države moraju plaćati određene zdravstvene usluge ili djelomično snositi te troškove, onda su na to obvezni i radnici/migranti. To ne mora biti povoljno za svakog od njih. Vidjeti detaljnije: Ibid., str. 235.

³⁷ Čl. 1. st. 3 q) „nadležna ustanova“ znači:

(i) ustanovu kod koje je određena osoba osigurana u vrijeme podnošenja zahtjeva za davanje; ili (ii) ustanovu kod koje osoba ima ili bi imala pravo na davanje ako ona ili član ili članovi njezine obitelji borave u državi članici u kojoj se nalazi ustanova; ili (iii) ustanovu koju je nadležno tijelo određene države članice odredilo; ili (iv) u slučaju sustava koji se odnosi na obveze poslodavca s obzirom na davanja predviđena člankom 3. stavkom 1. Ili poslodavac ili osiguravatelj ili, u nedostatku navedenih, tijelo ili vlast određenu od strane nadležnog tijela predmetne države članice.

³⁸ Ibid., str. 236.

³⁹ Vidi čl. 19. Uredbe 883/2004/EZ.

⁴⁰ „Osigurana osoba kojoj je nadležna ustanova odobrila odlazak u drugu državu članicu s ciljem podvrgavanja liječenju primjerenom njezinom stanju, ostvaruje uslugu u naravi

1408/71/EZ, a koji se primjenjuju na temelju Uredbe 1231/2010/EU.⁴¹ U točki 31. stoji da pacijentima ne bi trebalo uskratiti povoljnija prava garantirana uredbama Unije o usklađivanju sustava socijalne sigurnosti kada su za to ispunjeni uvjeti. Stoga bi svaki pacijent koji traži odobrenje za liječenje primjereno njegovu stanju u drugoj državi članici uvijek trebao dobiti odobrenje prema uvjetima predviđenim u uredbama Unije kada je to liječenje navedeno među povlasticama predviđenim zakonodavstvom u državi članici u kojoj pacijent ima boravište i kada pacijent ne može dobiti takvo liječenje u roku koji je medicinski opravdan, uzimajući u obzir njegovo postojeće zdravstveno stanje.⁴² Međutim, ako pacijent umjesto toga izričito zahtijeva da liječenje traži prema uvjetima Direktive 2011/24/EU, povlastice koje se odnose na naknadu troškova trebalo bi ograničiti na one koje se primjenjuju na temelju ove Direktive. Kada

koju joj u ime nadležne ustanove pruža ustanova mjesta privremenog boravišta, sukladno odredbama zakonodavstva koje primjenjuje, kao da je osigurana na temelju spomenutog zakonodavstva. Odobrenje se izdaje ako je dotično liječenje uvršteno u davanja predviđena zakonodavstvom države članice u kojoj dotična osoba boravi i ako ga ne može ostvariti unutar medicinski opravdanog vremenskog razdoblja, uzimajući u obzir njezino trenutačno zdravstveno stanje i vjerojatan razvoj njezine bolesti.“ čl. 20.2. Uredbe 883/2004/EZ.

⁴¹ Točka 28. Preambule Direktive 2011/24/EU.

⁴² U presudi Suda (treće vijeće) od 9. 10. 2014. u predmetu C-268/13 (povodom zahtjeva za prethodnu odluku na temelju čl. 267. UFEU-a, koji je uputio Tribunalul Sibiu (Rumunija) u postupku *Elena Petru protiv Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Sibiu i Casa Națională de Asigurări de Sănătate*) stoji: Čl. 22. st. 2. drugi podstav. Uredbe Vijeća (EEZ) br. 1408/71 o primjeni sustava socijalne sigurnosti na zaposlene osobe, samozaposlene osobe i članove njihovih obitelji koji se kreću unutar Zajednice, u verziji izmijenjenoj i ažuriranoj Uredbom Vijeća (EZ) br. 118/97 od 2. prosinca 1996., kako je izmijenjena Uredbom (EZ) br. 592/2008 Europskog parlamenta i Vijeća od 17. lipnja 2008., treba tumačiti u smislu da suglasnost koja je potrebna na temelju st. 1. točke (c) podtočke i. tog člana ne može biti odbijena ako se bolničko liječenje o kojem je riječ ne može pravodobno pružiti u državi članici boravišta osiguranika. Ta se nemogućnost mora ocijeniti na razini svih bolničkih ustanova te države članice koje mogu poduzeti spomenuto liječenje i s obzirom na razdoblje u kojem se to liječenje može pravodobno primiti.“ U navedenom predmetu radilo se o odbijanju zahtjeva rumunske državljanke za naknadu troškova operacije srca obavljene u Njemačkoj, koja u Rumuniji nije izvršena zbog „loših sanitarnih uvjeta“. Sud EU-a je razmatrao usklađenost takve odluke nacionalnog pravosuđa s odredbama Uredbe 1408/71/EEZ. Više o predmetu i presudi na: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/?uri=CELEX:62013CJ0268>; Meškić, Z. (2014). Aktualnosti iz evropskog prava, Nova pravna revija, br. 2., str. 45.

pacijent ima pravo na prekograničnu zdravstvenu zaštitu na temelju Direktive 2011/24/EU i Uredbe 883/2004/EZ, a primjena te Uredbe je povoljnija za pacijenta, država članica čijem sustavu pripada trebala bi pacijentu skrenuti pažnju na to. I u čl. 2. (m) Direktive 2011/24/EU izričito je navedeno da se ona primjenjuje ne dovodeći u pitanje Uredbu 883/2004/EZ.

Prema nalazu Komisije na koji je ukazala u svom Izvještaju, u određenom broju država članica još uvijek postoje nejasnoće u pogledu odabira primjene dva važeća različita pravna režima vezana za mobilnost pacijenata u pojedinim situacijama – Direktivu 2011/24/EU i Uredbu 883/2004/EZ. Tako neke države imaju poteškoće pri određivanju slučajeva koje treba podvesti pod Direktivu, odnosno Uredbu, posebno kad je u pitanju naknada troškova za zdravstvene usluge koje ne podliježu prethodnom odobrenju.⁴³ I doktrina ukazuje na to da su različiti režimi naknade troškova u EU-u u određenim segmentima nejasni te stvaraju konfuziju pacijentima.⁴⁴ Također naglašavaju da Direktiva 2011/24/EU, premda donosi nužnu i dugo očekivanu preciznost u reguliranju brojnih pitanja prekogranične zdravstvene zaštite, ipak nije uspjela dovoljno precizno regulirati neka pitanja.⁴⁵

U situacijama kada pacijent ima pravo birati između Direktive 2011/24/EU i Uredbe 883/2004/EZ, bolje mu je da odabere Uredbu, jer Direktiva je nepovoljnija za pacijenta i u financijskom i u organizacijskom smislu. Financijski je to zato jer Uredba 883/2004/EZ uvijek garantira pacijentu najpovoljniju tarifu za naknadu troškova, bilo da se radi o zemlji liječenja ili zemlji u kojoj je pacijent zdravstveno osiguran. U organizacijskom smislu, da bi ostvario pravo na naknadu troškova prema odredbama Direktive 2011/24/EU, pacijent je dužan voditi računa da zdravstvena usluga koju potraži u inozemstvu odgovara kriterijima za naknadu, a potom dobijenu i plaćenu uslugu mora dokumentirati podnošenjem računa. Nasuprot tome, ako ostvaruje prekograničnu zdravstvenu zaštitu na temelju odredaba Uredbe 883/2004/EZ pacijent nema takve brige, jer se na njega primjenjuje jednaka šema naknade troškova kao i na korisnike zdravstvenog osiguranja zemlje u kojoj se zdravstvena

⁴³ Izvještaj Komisije, op. cit., str. 9. i 15.

⁴⁴ Berki, G., op. cit., str. str. 27. i 28.

⁴⁵ Peeters, M. (2012). Free Movement of Patients: Directive 2011/24 on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Health care, *European Journal of Health Law*, vol. 19., str. 30.

usluga pruža, a pružatelj usluge iz inozemstva biva plaćen na jednak način kao i domaći pružatelj.⁴⁶

2. Praktični problemi u ostvarenju prekogranične zdravstvene zaštite

Dosadašnja iskustva pacijenata u korištenju prekogranične zdravstvene zaštite, naročito nakon stupanja na snagu novog pravnog instrumenta – Direktive 2011/24/EU, pokazuju da na tom polju još uvijek postoje brojni problemi. To potvrđuje i Izvještaj Komisije, odnosno podaci koje je Komisija dobila od država članica i potom sistematizirala i analizirala. Budući da je određeni broj država članica kasnio u provođenju ove Direktive, smanjen je broj pacijenata koji su u 2014. godini mogli na njenim odredbama temeljiti svoje pravo na prekograničnu zdravstvenu zaštitu. Pokazuje se da je mobilnost pacijenata za planiranu zdravstvenu zaštitu i dalje vrlo niska, dok je mobilnost za neplaniranu zdravstvenu zaštitu znatno veća. Taj podatak se odnosi na mobilnost na temelju Direktive 2011/24/EU i Uredbe 883/2004/EZ.⁴⁷

Korištenje prekogranične zaštite za pacijente još uvijek predstavlja krajnje rješenje. Prema rezultatima nekoliko provedenih studija, EU pacijenti radije biraju liječenje u svojoj zemlji, odnosno što je moguće bliže mjestu vlastitog prebivališta. Kao smetnja korištenju zdravstvenih usluga van matične države često se pojavljuju jezične barijere, potom nedostatak pouzdanih informacija o mobilnosti te duga i složena procedura ostvarenja zahtjeva za naknadu troškova.⁴⁸ Ipak, prema određenim pokazateljima, posljednjih godina postepeno raste broj osoba koje koriste zdravstvene usluge van matične države. Istovremeno, mnogim pacijentima nedostaju valjane i pouzdane informacije o pravima u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti, koje ih sprečavaju na mobilnost na temelju legislative u Europskoj uniji. Jedno istraživanje iz 2007. godine pokazuje da 30% građana Unije nije upoznato o pravima vezanim za mobilnost pacijenata, od čega je 45% tih građana nastanjeno u državama – novijim članicama Unije.⁴⁹ O prilično malom broju građana Unije koji je informiran o svom pravu na naknadu troškova prekogranične zdravstvene zaštite govori i Izvještaj Komisije. Za takvo stanje odgovorne su i nacionalne kontaktne točke, koje su različito organizirane u

⁴⁶ Baeten R., op. cit., str. 196.

⁴⁷ Izvještaj Komisije, op. cit., str. 11.

⁴⁸ Berki, G., op. cit., str. str. 3.

⁴⁹ Ibid., str. 21.

pojednim državama članicama, a postoje i znatne razlike u informacijama koje pružaju građanima tj. pacijentima.⁵⁰

3. Mobilnost pacijenata u Bosni i Hercegovini

Organizacija sustava zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini odraz je cjelokupnog ustavnog i teritorijalnog uređenja države, što znači da je taj sustav izuzetno složen, rascjepkan i maksimalno birokratiziran. Uz to, prema navodima iz Izvještaja Europske komisije o napretku Bosne i Hercegovine u 2015. godini, zakonodavstvo o zdravlju u entitetima, kantonima i Brčko Distriktu nije usklađeno sa *acquis*-em niti međusobno.⁵¹ Nadležnost za regulaciju i organizaciju zdravstvene zaštite pripada Federaciji Bosne i Hercegovine, Republici Srpskoj i Brčko Distriktu Bosne i Hercegovine. U Federaciji BiH takvu nadležnost primarno imaju kantoni. Zbog toga, na teritoriju Bosne i Hercegovine postoji ukupno 13 ministarstava zdravstva. U Federaciji BiH je 10 kantonalnih i jedno federalno ministarstvo, po jedno je u Republici Srpskoj i Brčko Distriktu (Odjel za zdravstvo), dok je na nivou Bosne i Hercegovine Ministarstvo civilnih poslova jedino tijelo s nadležnošću u ovoj oblasti. Osim ovoga, struktura zdravstvenog sustava obuhvata fondove zdravstvenog osiguranja, zavode za javno zdravstvo itd., koji postoje na nivou entiteta, Brčko Distrikta BiH, odnosno kantona u Federaciji BiH. Stoga se opravdano zapitati je li ovako organiziran sustav zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini uopće moguće nazvati sustavom i je li u tako organiziranom sustavu moguće ostvarenje prekogranične zdravstvene zaštite – kako van zemlje tako i unutar njenih granica.

Sušтина problema ogleda se u tome da pacijent nema mogućnost slobodnog odabira zdravstvene ustanove u kojoj će mu biti pružena zdravstvena usluga. Građani Bosne i Hercegovine su u tom pogledu diskriminirani u odnosu na mjesto prebivališta, jer mogu dobiti zdravstvenu uslugu samo na području zavoda zdravstvenog osiguranja čiji su osiguranici. Promatrano s nivoa Federacije Bosne i Hercegovine, to znači da pacijenti ne mogu potražiti medicinski tretman mimo matičnog kantona, odnosno kantona u kojem su zdravstveno osigurani, a

⁵⁰ Izvještaj Komisije, op. cit., str. 7., 8. i 11.

⁵¹ Radni dokument osoblja komisije, Izvještaj za Bosnu i Hercegovinu za 2015. godinu, dostupan na:

http://www.dei.gov.ba/dei/bih_eu/paket/default.aspx?id=10098&langtag=bs-ba (25. 11. 2015.).

da im pritom budu pokriveni njegovi troškovi. Neusklađenost zakonskih odredaba o zdravstvenoj zaštiti između kantona u Federaciji BiH, a onda i na nivou entiteta, odnosno Brčko Distrikta BiH, sprečava ostvarenje načela dostupnosti zdravstvene zaštite svim građanima bez diskriminacije, budući da osoba osigurana u jednom entitetu/kantonu/Brčko Distriktu BiH ne može ostvariti svoje pravo na zdravstvenu zaštitu u drugom entitetu/kantonu/ Brčko Distriktu BiH.

Mogućnost liječenja u granicama Bosne i Hercegovine, a van područja matičnog zavoda zdravstvenog osiguranja, regulirana je međuentitetskim i međukantonalnim sporazumima. Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske, Vlada Brčko Distrikta – Odjel za zdravstvo, javnu sigurnost i ostale usluge građanima i Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH zaključili su 2012. godine Sporazum o načinu i postupku korištenja zdravstvene zaštite osiguranih osoba na teritoriju Bosne i Hercegovine, izvan područja entiteta odnosno Distrikta Brčko kome osigurane osobe pripadaju.⁵² Shodno ovom Sporazumu, zdravstvenu zaštitu ima osigurana osoba za vrijeme privremenog boravka radi školovanja, studiranja i stručnog usavršavanja na području drugog entiteta, kao i u slučaju upućivanja na liječenje u zdravstvenu ustanovu na području drugog entiteta na osnovu akta izdanog od strane nadležne ustanove zdravstvenog osiguranja kojoj osigurana osoba pripada.

Na „prekograničnu“ zdravstvenu zaštitu unutar Federacije BiH primjenjuje se Sporazum o načinu i postupku korištenja zdravstvene zaštite izvan područja kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja kome osiguranik pripada,⁵³ kojeg su 2001. godine zaključili Kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja Bosansko-podrinjskog, Herceg-bosanskog, Hercegovačko-neretvanskog, Posavskog, Srednje-Bosanskog, Sarajevskog, Zapadno-hercegovačkog, Zeničko-dobojskog, Unsko-sanskog i Tuzlanskog kantona i Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH, kao supotpisnik. Njime su se kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja u Federaciji Bosne i Hercegovine obvezali da će poduzeti mjere za osiguranje korištenja zdravstvene zaštite osiguranim osobama, kad takve osobe koriste zdravstvenu zaštitu izvan područja kantonalnog zavoda

⁵² Službeni glasnik BiH, br. 30/01. Sporazum je dostupan na:

http://www.zzo.ba/static/uploads/stranice_docs/Sporazum_Entiteta.pdf. (15.12.2015).

⁵³ „Službene novine FBiH“, br. 41/01. i 7/02. Sporazum je dostupan na: http://www.zzo.ba/static/uploads/stranice_docs/zupanijski_sporazum.pdf. (15.12.2015).

zdravstvenog osiguranja čiji su osiguranici. Svaki kanton u Federaciji BiH također ima pravni akt kojim je normirano pravo pacijenata osiguranih u zavodu zdravstvenog osiguranja tog kantona na liječenje izvan kantona. Uvjeti za upućivanje na liječenje slični su onima koji su propisani u pravilnicima važećim na nivou entiteta/Brčko Distrikta BiH.⁵⁴ Na sličnim principima je utemeljena i mobilnost pacijenata van granica Bosne i Hercegovine. To pitanje je normirano odredbama Pravilnika o uvjetima i postupku upućivanja osiguranih osoba na liječenje u inozemstvo Federacije BiH iz 2013. godine,⁵⁵ Pravilnikom o korištenju zdravstvene zaštite izvan Republike Srpske iz 2011. godine,⁵⁶ te **Pravilnikom o ostvarivanju zdravstvene zaštite van ugovornih zdravstvenih ustanova sa područja Brčko distrikta BiH iz 2012. godine**⁵⁷ i Pravilnikom o korištenju zdravstvene zaštite za vrijeme privremenog rada i boravka u inostranstvu.⁵⁸

Shodno odredbama Pravilnika o uvjetima i postupku upućivanja osiguranih osoba na liječenje u inozemstvo Federacije BiH, upućivanje na liječenje u inozemstvo na teret sredstava fonda solidarnosti Federacije BiH

⁵⁴ Primjera radi, Pravilnik o načinu i uvjetima za upućivanje osiguranih osoba na liječenje izvan Hercegovačko-neretvanske županije/kantona – HNŽ/K iz 2012. godine, sukladno odredbama Zakona o zdravstvenom osiguranju Federacije BiH, uređuje način i uvjete pod kojima osigurana osoba može biti upućena na liječenje izvan kantona, te prava koja joj pripadaju u vezi s tim. Prema njegovim odredbama, osigurana osoba se upućuje na bolničko liječenje, dijagnostičke pretrage, specijalističke i kontrolne preglede, kao i radi nabavke i ugradnje ortopedskih i drugih pomagala koja se ne mogu nabaviti na teritoriji Kantona niti ugraditi u zdravstvenim ustanovama u Kantonu. Izuzetno je predviđena mogućnost upućivanja osiguranih osoba na liječenje izvan Kantona za oboljenja koja se po šifri dijagnoze mogu liječiti u zdravstvenim ustanovama u HNŽ/K, ako zbog tehnoloških i drugih okolnosti, te komplikacija u toku liječenja isto dovodi do životne ugroženosti osigurane osobe. Zahtjeve za liječenje izvan Kantona razmatra Liječnička komisija za upućivanje osiguranih osoba Zavoda zdravstvenog osiguranja na liječenje izvan Hercegovačko-neretvanske županije/kantona, a na njegovu odluku pacijent – osigurana osoba se može žaliti drugostupanjskom organu – drugostupanjskoj Liječničkoj komisiji. Ovaj Pravilnik je dostupan na:
http://www.zzo.ba/static/uploads/stranice_docs/Pravilnik_o_nacinu_i_uvjetima_za_upucivanje_osiguranih_osoba_na_lijecenje_izvan_HNZ.pdf. (15. 12. 2015.).

⁵⁵ Službene novine Federacije BiH, br. 93/13. od 22. 11. 2013.

⁵⁶ Službeni glasnik RS, br. 68/11, 72/12.

⁵⁷ Službeni glasnik Brčko distrikta BiH, br. 33/12.

⁵⁸ Službeni glasnik Brčko distrikta BiH, br. 42/08.

moguće je jedino ako je u pitanju oboljenje, stanje ili povreda koji se ne mogu liječiti u Federaciji BiH, a u zemlji u koju se osigurana osoba upućuje postoji znanstveno utemeljena mogućnost za uspješno liječenje tog oboljenja.⁵⁹ Pravilnikom je izričito propisano da osigurana osoba, koja je bila liječena u inozemnoj zdravstvenoj ustanovi, a nije bila upućena na liječenje, nema pravo na nadoknadu troškova liječenja iz sredstava federalnog fonda solidarnosti. Liječenje se obavlja u specijaliziranim, ambulantno-polikliničkim ili stacionarnim zdravstvenim ustanovama u inozemstvu, s kojima je Federalni zavod osiguranja zaključio ugovor o pružanju određenih zdravstvenih usluga, odnosno, u zdravstvenim ustanovama država s kojima Bosna i Hercegovina ima zaključene međudržavne ugovore o socijalnom osiguranju, koji predviđaju mogućnost upućivanja osiguranika jedne države na liječenje u drugu državu ugovornicu. Iznimno se osigurana osoba čije je liječenje neodložno može uputiti i u zdravstvenu ustanovu u inozemstvu s kojom Federalni zavod osiguranja nema zaključen ugovor, pod uvjetom da ranije navedena ustanova nije u mogućnosti prihvatiti pacijenta.

Analogno rješenje sadrže i navedeni pravilnici u Republici Srpskoj i Brčko Distriktu BiH.

Iz navedenih odredaba proizlazi da je mobilnost pacijenata u Bosni i Hercegovini znatno ograničena, u smislu da je zdravstvenu uslugu u inozemstvu moguće ostvariti samo pod uvjetom da takva usluga ne može biti dobivena u zdravstvenim centrima u entitetima/Brčko Distriktu BiH, odnosno kantonima. Građani Bosne i Hercegovine nemaju mogućnost slobodnog izbora zdravstvene ustanove u kojoj će im biti pružena određena zdravstvena usluga niti na teritoriju države, a ni van nje, a da im pritom budu naknađeni troškovi te usluge. U sudskoj praksi je već raspravljano o pravu na naknadu troškova za liječenje izvan područja „matičnog“ zavoda zdravstvenog osiguranja. Vrhovni sud Federacije BiH je zauzeo stav da samoinicijativni odlazak na liječenje u inozemstvo ne daje osiguraniku pravo na regres tih troškova.⁶⁰

⁵⁹ Čl. 3. Pravilnika. U čl. 5. st. 2. taksativno su navedena oboljenja, koja se ne mogu liječiti u zdravstvenim ustanovama na teritoriju Federacije BiH.

⁶⁰ „Ukoliko tužilac, kao osiguranik, ne iskoristi pravo na liječenje u domaćoj zdravstvenoj ustanovi, već samoinicijativno obavi liječenje u stranoj zdravstvenoj ustanovi, u kojoj i snosi troškove liječenja, nema pravo zahtijevati regres isplaćenog iznosa od tuženog.“ Presuda Vrhovnog suda Federacije Bosne i Hercegovine broj 58 0 P 001418 11 Rev od 29. 5. 2012. godine; „Pravo na liječenje u inostranstvu korisnik zdravstvenog osiguranja

ZAKLJUČAK

Pravo na pristup zdravstvenoj zaštiti nije samo jedna od osnovnih potreba svakog čovjeka nego i temeljno ljudsko pravo koje svoje uporište ima u zakonodavstvu, pravnoj znanosti i sudskoj praksi. Raznovrsni i brojni razlozi „primoravaju“ sve veći broj pacijenata da potraže zdravstvenu zaštitu u inozemstvu. Opće je pravilo u Europskoj uniji da pacijent može primiti zdravstvenu zaštitu izvan države svog boravišta, odnosno u inozemstvu, te može tražiti naknadu troškova te prekogranične zdravstvene zaštite. Korištenje prava na zdravstvenu zaštitu u inozemstvu, odnosno mobilnost građana EU-a unutar europskih zdravstvenih sustava postepeno raste.

Usvajanje i primjena novih pravnih instrumenata EU-a, poput Direktive 2011/24/EU, nema za posljedicu poticanje pacijenata na liječenje izvan države članice čijem sustavu pripadaju. To i nije njezin prvotni cilj. Direktivom 2011/24/EU trebala bi se postići, između ostalog, veća pravna sigurnost, izuzetno bitna kako pojedinačno za pacijente, tako i cjelokupne zdravstvene sustave država članica. Međutim, analize pokazuju da u praksi postoji pravna nesigurnost u pogledu tumačenja i primjene pojedinih pravnih instrumenata EU-a o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti, tj. odnosa između Direktive 2011/24/EU i uredbi o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti, posebno Uredbe 883/2004/EZ. Iako Direktiva 2011/24/EU predstavlja značajan pomak u zaštiti prava pacijenata, opravdano se postavlja pitanje je li ona ostvarila cilj, do koje mjere i s kakvim posljedicama.

Problem neinformiranosti pacijenata o pravima u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti značajno utječe na razinu njihove mobilnosti. Stoga je nužno pružiti pacijentu jasne i precizne informacije o njihovim pravima i obvezama. To je posebno važno kada je riječ o naknadi troškova korištene prekogranične zdravstvene zaštite. Pitanje visine troškova zdravstvene zaštite u inozemstvu i mogućnosti naknade istih jedno od presudnih razloga za (ne)korištenje prava na prekograničnu zdravstvenu zaštitu. Potpuna informiranost pacijenta preduvjet je

stječe kada ispuni zakonsku proceduru propisanu Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, Zakonom o zdravstvenom osiguranju i Pravilnikom o uslovima i načinu upućivanja osiguranog lica na liječenje u inostranstvo. Ovi propisi su *lex specialis* u odnosu na Zakon o obligacionim odnosima.“, Presuda Vrhovnog suda Federacije Bosne i Hercegovine broj: Rev-296/05 od 29. 11. 2005. godine.

za donošenje odgovorajuće odluke o vlastitom zdravlju, te valjanog pristanaka (informed consent) pacijenta na konkretnu zdravstvenu uslugu u inozemstvu.

Dva važeća sustava korištenja prekogranične zdravstvene zaštite - jedan reguliran odredbama Uredbe 883/2004/EZ, a drugi odredbama Direktive 2011/24/EU, trebalo bi u cijelosti uskladiti, kako bi se u praksi izbjegle postojeće nedoumice u pogledu njihove paralelne primjene.

Upravo s obzirom na brojne specifičnosti i ekonomsku prirodu zdravstvenih usluga, tržište zdravstvene zaštite ne može biti u cijelosti ostavljeno otvorenom tržišnom natjecanju.⁶¹ Država treba imati aktivnu ulogu u njemu, ali svojim postupanjem ne smije narušiti sustav tržišnog natjecanja koji omogućava pošteno međusobno natjecanje davatelja zdravstvenih usluga i tržišno djelovanje pod jednakim uvjetima, a omogućava netržišno ponašanje. Ustanove koje se financiraju iz državnog proračuna i imaju dominantan položaj na tržištu zdravstvene zaštite ne smiju zloupotrebjavati svoj položaj, nego moraju osigurati visokokvalitetnu i sigurnu zdravstvenu zaštitu u interesu pacijenta (korisnika zdravstvene usluga). Pacijentima – potrošačima treba pružiti širi izbor sigurne i kvalitetne zdravstvene zaštite, te omogućiti korištenje prednosti sustava slobodnog tržišta zdravstvenih usluga. U tom pravcu, prekogranična zdravstvena zaštita ima veliki potencijal.

Reforma zakonskog okvira prekogranične zdravstvene zaštite nužna je u cilju efikasne zaštite prava pacijenata – potrošača u Bosni i Hercegovini. Postojeće odredbe o mobilnosti pacijenata na prekograničnu zdravstvenu zaštitu, ne samo van granica Bosne i Hercegovine nego i unutar njih, u praksi ne pružaju visoki stupanj zaštite. Što više, prava pacijenata se u znatnom obimu krše, a pacijenti bivaju diskriminirani uslijed nemogućnosti korištenja zdravstvene zaštite mimo područja zavoda zdravstvenog osiguranja čiji su osiguranici. Zakonodavstvo vezano za mobilnost pacijenata u Bosni i Hercegovini nije usklađeno s pravnom stečevinom EU-a u ovoj oblasti pa je nužna njegova izmjena.

⁶¹ U tom smislu i: Jorens, Y., Coucheir, M. & Van Overmeiren, F. (2005). Access to Health Care in an Internal Market: Statutory and Complementary System, Bulletin luxembourgeois des questions sociales, Volume 18., str. 3. Preuzeto sa: http://www.mss.public.lu/publications/blqs/blqs018/blqs_18_en.pdf (25. 11. 2015).

LITERATURA

- Baeten R. (2014). Cross-border patient mobility in the European Union: in search of benefits from the new legal framework, *Journal of Health Service Research&Policy*, Vol 19 (4), str. 196., www.sagepub.com.
- Berki, G. (2015). Cross-border patient mobility: The Legal framework of obtaining healthcare abroad within the European Union – A patient's perspective, Ghent: Ghent University (doktorska disertacija), str. 23-25., dostupno na: <https://biblio.ugent.be/record/6883859>
- Bevanda M., Čolaković M. (2014). Ostvarenje zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini u svjetlu Direktive 2011/24/EU o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi, Zbornik radova II Međunarodne konferencije „Bosna i Hercegovina i euroatlanske integracije – trenutni izazovi i perspektive“, Bihać 7-8. 5. 2014., godina 2., broj 2., tom I.
- Gareth, D. (2014). Health and Efficiency: Community Law and National Health System in the Light of Müller-Fauré, *The Modern Law Review*, vol. 67., issue 1.
- Jorens, Y., Coucheir, M. & Van Overmeiren, F. (2005). Access to Health Care in an Internal Market: Statutory and Complementary System, *Bulletin luxembourgeois des questions sociales*, Volume 18. Preuzeto sa: http://www.mss.public.lu/publications/blqs/blqs018/blqs_18_en.pdf (25. 11. 2015).
- Mossialos, E., Palm, W. (2003). The European Court of Justice and the free movement of patients in the European Union, *International Social Security Review*, vol. 56., no. 2.
- Peeters, M. (2012). Free Movement of Patients: Directive 2011/24 on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Health care, *European Journal of Health Law*, vol. 19.
- Sauter, W., (15. 11. 2015.). Harmonisation in healthcare: the EU patients' rights Directive, 2011. Preuzeto sa: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1859251
- Sokol, T., Mintas Hodak, Lj. & Abramović, A. (2012). Patient Mobility Directive: One Step Forward or Two Steps Back for Cross-Border Healthcare), *Croatian Yearbook of European Law and Policy*, vol. 8., no. 8.