

**ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO MARIBOR**  
**in**  
**PRAVNIŠKO DRUŠTVO MARIBOR**  
**v sodelovanju z**  
**MEDICINSKO FAKULTETO IN PRAVNO FAKULTETO**  
**UNIVERZE V MARIBORU**

**23. posvetovanje**  
**MEDICINA IN PRAVO**

**na temo**

**ČEZMEJNA MEDICINA**

**Zbornik prispevkov**

**Posvetovanje je posvečeno akademiku prof. dr. Jožetu Trontlju**

**28. in 29. marec 2014**

**Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru**





»Operacijo delno financira Evropska unija iz Evropskega socialnega sklada ter Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport. Operacija se izvaja v okviru Operativnega programa razvoja človeških virov za obdobje 2007-2013, 3. razvojne prioritete: Razvoj človeških virov in vseživljenjskega učenja; prednostne usmeritve 3.3.: Kakovost, konkurenčnost in odzivnost visokega šolstva.«

Soorganizator 23. posvetovanja Medicina in pravo je tudi Univerzitetni klinični center Maribor.

Pisno gradivo zbrali in uredili:  
Prim. dr. Jelka Reberšek Gorišek  
Doc. dr. Suzana Kraljić

Naklada: 250  
Natisnjeno: Pravna fakulteta Univerze v Mariboru

Organizacijski odbor 23. posvetovanja Medicina in pravo:  
Prim. dr. Jelka Reberšek Gorišek, dr. med.  
Prof. dr. Vesna Rijavec, univ. dipl. prav.  
Prof. dr. Vojko Flis, dr. med.  
Mag. Viktor Planinšec, univ. dipl. prav.  
Prim. dr. Jože Ferik, dr. med.  
Doc. dr. Suzana Kraljić, univ. dipl. prav.  
Doc. dr. Tjaša Ivanc, univ. dipl. prav.

Glavni soorganizator posvetovanja Medicina in pravo je Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru.



# UVODNE MISLI V SPOMIN AKADEMIKU PROF. DR. JOŽETU TRONTLJU

*Prim. Jelka REBERŠEK GORIŠEK, dr. med.  
specialistka infektologinja*

## **ŽIVLJENJEPIS**

Rojena v Mariboru, kjer je maturirala na Klasični gimnaziji in po maturi vpisala študij medicine na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Po zaključku študija in opravljeni specializaciji iz področja infektologije je opravila tudi podiplomski študij iz Javnega zdravstva na šoli Andrija Štampar v Zagrebu. Ves čas svojega službovanja bila zaposlena na Oddelku za nalezljive bolezni in vročinska stanja v Mariboru. Bila je tudi predstojnica Oddelka za infekcijske bolezni in vročinska stanja in v tem obdobju je bil na njeno pobudo leta 1997 ustanovljen v Mariboru sedaj že tradicionalni infektološki Bedjaničev simpozij. Strokovno področje s katerim se je posebej ukvarjala je področje zdravljenja s protimikrobnimi zdravili. Bila je pobudnica ustanovitve Komisije za racionalno zdravljenje z antibiotiki v UKC Maribor leta 1985 in to področje vodila do leta 2012. Je članica Nacionalne komisije za smotrno rabo antibiotikov in članica Republiškega razširjenega kolegija (tudi dolgoletna predsednica) MZ za infektologijo. Je članica in soustanoviteljica Evropskega združenja EBJIS (združenje za okužbe kosti in sklepov). Je višja predavateljica na Fakulteti za zdravstvene vede, na Alma mater Europaea in Medicinski fakulteti v Mariboru. V letih 1988-1992 je bila predsednica Zdravniškega društva Maribor, nato podpredsednica Slovenskega zdravniškega društva. Je častna članica Slovenskega zdravniškega društva in zaslužna članica Zdravniške zbornice Slovenije in predsednica komisije Varuha bolnikovih pravic v Mariboru. Je pobudnica ustanovitve Simpozija Medicina in pravo leta 1991 in od takrat dalje stalna članica organizacijskega odbora vseh srečanj Medicina in pravo. S člani stalnega organizacijskega odbora Medicina in pravo tudi nagrajena z Listino mesta Maribor.

## V SPOMIN AKADEMIKU PROF. DR. JOŽETU TRONTLJU



Akademik prof. dr. Jože Trontelj je bil sopotnik in aktivni udeleženec mariborskih srečanj Medicina in pravo od samega začetka. Njegova nenadna smrt konec lanskega leta nas je vse zelo prizadela, saj je s svojim delom dal velik prispevek slovenski družbi, slovenskemu narodu in posebej še zdravništvu. Njegovo delo je bilo odmevno tudi zunaj slovenskih meja. Zdravniki smo imeli do prof. dr. Trontlja posebno spoštljiv odnos. Bil je odličen strokovnjak na področju nevrologije s poudarkom na klinični nevrofiziologiji. V svetu strokovne znanosti se je uveljavil kot soavtor mikroeletromiografije in fiziološke podlage nevroloških bolezni. Bil je dolgoletni član Slovenske akademije znanosti in umetnosti in od leta 2008 dalje tudi njen predsednik. Bil je tudi član v Usmerjevalnem odboru za bioetiko pri Svetu Evrope, sodeloval je pri izdelavi Oviedske konvencije o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino in dodatnega protokola o etiki biomedicinskega raziskovanja na ljudeh k tej konvenciji, bil član Stalnega odbora za znanost in etiko pri ALLEA (ALL European Academies) in član IBC (Mednarodni odbor za bioetiko) pri UNESCO. Bil je član najuglednejših strokovnih krogov za etično presojo medicinske znanosti pa tega nikoli ni poudarjal, vedno pa je to znanje in vrednote prenašal v slovenski prostor. Od leta 1995 dalje je bil predsednik Komisije RS za medicinsko etiko. Po tej funkciji je bil zdravnikom posebej poznan, saj je tudi na tem področju veliko prispeval tudi v izgrajevanje lika raziskovalca. Vse te funkcije in še številne druge, ki jih je opravljal, so bile odraz njegovih osnovnih človeških vrednot: izjemnega osebnega poštenja, pravičnosti in spoštovanja človekovega dostojanstva od začetka življenja do smrti. Za svoje delo je prejel številne nagrade. Vedno je rad prihajal na mariborska srečanja Medicina in pravo in zdravnikom in pravnikom so bila profesorjeva razmišljanja o etičnih vprašanih problemov, ki smo jih na naših srečanjih odpirali, vodilo v začetek in potek srečanj, saj se je s svojo umirjeno držo in umirjenimi besedami vedno jasno opredelil do še tako občutljivih etičnih vprašanj. Kritičen pa je znal biti tudi do nekaterih novih medicinskih odkritij in znanj, zlasti na področju genetike, ki so se uveljavila v klinični praksi kljub morebitnim spornostim pri etičnem vrednotenju, pa jih je bilo težko prepovedati oziroma omejiti. Pri teh je vedno znova poudarjal potrebo po večjem in strogem nadzoru. Zdravniki in tudi pravniki smo lahko pri njem vedno poiskali pomoč pri dilemah in problemih ki smo jih srečevali pri svojem delu in v njem našli izjemnega poslušalca in sogovornika. Imel pa je še eno odlično lastnost, izjemno je cenil slovenski jezik in poudarjal pomen objave strokovnih člankov v slovenskem jeziku. Cenil je slovenska strokovna srečanja in ne pomnim da bi nam kdaj kljub velikim

obremenitvam, ki jih je imel, odrekel sodelovanje. Njegova predavanja so bila vedno izjemno obiskovana, saj je vedno znova opozarjal na pomen zdravnikovega dela in upoštevanje bolnikovega dostojanstva in bolnikove avtonomije pri odločanju o posegih na njemu. Vedno nas je mnogo naučil. Na lanskem srečanju, ko je bil še z nami, je dal velik poudarek skrbi za umirajoče, ki jo v tem pogosto odtujenem svetu radi pozabljamo. S tem se je tudi dotaknil globalne krize medčloveških odnosov v naši družbi, ki posega na vsa področja, tudi v odnose do starostnikov, posebej še bolnih. Poudaril je, kako pomembna je ohranitev osebnega dostojanstva in samospoštovanja vseh, zlasti pa še umirajočih. Tudi s tem bomo na zgleden način podprli humanizem in etičnost naše družbe, so bile njegove zaključne misli. Brez upoštevanja etičnih načel in vrednot ni naše prihodnosti ne v medicini, ne v pravu in ne v celotni družbi. Tudi na današnjem srečanju nas bodo spremljale njegove misli o prihodnosti Slovenije, ko je povedal, da je za slovensko družbo pomembno vlaganje v dobro zdravstvo, šolstvo, dobro socialno varstvo in dobre medčloveške odnose. Vsako novo znanje pa mora pospremiti tudi etično ovrednotenje tega znanja in odnosov. Opremljeni z dediščino etičnih in strokovnih vrednot, ki nam jih je zapustil akademik prof. dr. Jože Trontelj bomo svoje znanje lahko postavljali na ogled tudi pri prostem pretoku bolnikov v evropskem prostoru.

# O PRAVICI DO ČEZMEJNIH ZDRAVSTVENIH STORITEV PO DIREKTIVI 2011/24/EU

*Prof. dr. Rajko KNEZ, univ. dipl. pravnik  
Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta  
UM Jean Monnet Centre of Excellence*

## **ŽIVLJENJEPIS**

Prof. dr. Rajko Knez teaches as full professor at the Faculty of Law University of Maribor, primarily covering European Union Law (the internal market and EU system of legal remedies), and Environmental Protection Law. He accomplished education in Slovenia (also the Ph.D. in legal sciences) and additional educations at the University in Graz (Austria) 1996, 1997, 1998, 2000, the University of Amsterdam (The Netherlands) 1996, the Faculty of Law in Bonn (Germany), at the attorneys offices in Washington, Richmond (USA) 1997, at the Court of Justice of the EU in Luxemburg (Luxemburg) 2005, 2011 etc.

He also acts as visiting professor at faculties of law in Vienna-Juridikum (A), Graz (A), Zagreb (CRO). Currently he holds UM Jean Monnet Centre of Excellence (Environmental issues).

## **I. UVOD**

Sprejem direktive 2011/24/EU (t.i. Health services directive)<sup>1</sup> se je pričakoval vrsto let, najmanj pa od takrat, ko področje zdravstvenih storitev ni bilo vključeno v direktivo 2006/123/ES o Storitvah na notranjem trgu. Razlog za to je bil predvsem v tem, da je regulacija opravljanja zdravstvenih storitev s čezmejnim elementom na notranjem trgu EU predvsem zelo specifična tematika in z veliko podrobnostmi, ki se razlikujejo od splošne ureditve prostega opravljanja storitev na notranjem trgu. V slednje nas prepriča tudi izredno veliko število sodnih zadev pred Sodiščem EU, kjer je slednje bilo soočeno z različnimi, precej specifičnimi vprašanji; npr. prostega opravljanja zdravstvenih storitev, ki zadevajo vprašanja povrnitve stroškov, možnosti države članice, da omeji prosto opravljanje zdravstvenih storitev, tako pasivno kot aktivno sprejemanje le teh, možnost države članice, da uvede predhodno avtorizacijo za povračilo nastalih stroškov v tujini, vprašanje varstva nacionalnega zdravstvenega sistema in sistema zdravstvenih zavarovanj, ločevanje med bolnišničnim in ne bolnišničnim zdravljenjem, nadalje ločevanje med javnim in zasebnim sistemom zdravstvenih storitev, itd.

Če k vsem tem vprašanjem dodamo vprašanje nujnih zdravstvenih storitev, evropske kartice zdravstvenega zavarovanja, vloge nacionalnih organov zdravstvenega zavarovanja, predvsem pa različnost ureditve te od države do države članice EU, potem je že *prima facie* razvidno, da gre za spekter vprašanj, ki jih pri drugih storitvah, tudi kadar gre za njihovo čezmejno upravljanje ali sprejemanje, ne najdemo. Iz tega zornega kota je sprejemljiv argument, da so zdravstvene storitve urejene v posebni direktivi (*lex specialis*).

---

<sup>1</sup> Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, UL L 88/45, z dne 4.4.2011.



Ne glede na povedano, pa je primerno na začetku podati tudi oceno, da je številna sodna praksa Sodišča EU rešila marsikatero vprašanje in, da je posledično prosto opravljanje zdravstvenih storitev močno približalo posameznikom. Vendar pa to še vedno ni dovolj, da bi se posamezniki (razširjeno) zavedali pravic, pa tudi dolžnosti, ki izhajajo iz ureditve tega področja. Kakor hitro je namreč določena pravica sporna do te meje, da je treba sprožiti sodni postopek, potem težko govorimo o zadostni meri pravne varnosti in čeravno so učinki sodb, ki jih sodišče sprejme po postopku vprašanja za predhodno odločanje (267. člen Pogodbe o delovanju EU, odslej PDEU) *erga omnes* in ne *inter partes*, je to vseeno velika ovira za posameznike, ki določenega pravila, ki bi ga lahko uporabili za svoje dejansko stanje, ne morejo najti v pozitivni zakonodaji, naj si bo to na ravni EU ali na ravni države članice. S tega zornega kota je direktiva, ki spreminja dosedanje *ex post* reševaje primerov v *ex ante*, dobrodošla in v sedanjji stopnji razvoja notranjega trga tudi nujna.

## II. NEKATERE POGLAVITNE REŠITVE DIREKTIVE 2011/24

Storitve, ki so opredeljene kot zdravstvene storitve, se ne glede na to, ali so plačljive iz državne blagajne (preko sistema zdravstvenih zavarovanj) ali s strani zasebnikov, pravnih ali fizičnih oseb, uvrščajo v PDEU. To je večkrat nedvoumno povedalo Sodišče Evropske unije (odslej SEU), ne glede na to, da te storitve izrecno niso omenjene v poglavju o prostem opravljanju storitev. Koordinacijska pravila (predvsem uredbe 1408/71,<sup>2</sup> 883/2004<sup>3</sup>), ki smo jih poznali že pred sprejemom Direktive 2011/24 o pacientovih pravicah pri čezmejnem zdravljenju, so omogočala, da je zdravljenje v tujini bilo stroškovno pokrito s strani zavarovatelja v državi članici pacienta.

Ločimo namreč več sistemom pravil, ki omogočajo sprejem prekomejnih zdravstvenih storitev:

- (i) sistem pravil, ki velja za nujno zdravljenje, kadar je pacient v drugi državi članici in potrebuje nujno zdravniško pomoč (kadar torej v to državo članico EU ni potoval z namenom zdravljenja),
- (ii) pravila, po katerih ima zavarovanec pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini oziroma do povračila stroškov teh storitev, če so v Republiki Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja, s pregledom, preiskavo ali z zdravljenjem v tujini pa je utemeljeno pričakovati ozdravitev ali izboljšanje ali preprečitev nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja (to so pravila, izoblikovana s sodno prakso SEU),<sup>4</sup>
- (iii) oziroma do povračila stroškov teh storitev, če ji je bila v Republiki Sloveniji pri vpisu v čakalni seznam določena čakalna doba, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, pa v Republiki Sloveniji ni drugega izvajalca, ki ne presega najdaljše dopustne čakalne

---

<sup>2</sup> Council Regulation (EC) No 1408/71 of 14 June 1971 on the application of social security schemes to employed persons, to self-employed persons and to members of their families moving within the Community, (Consolidated version — OJ No L 28 of 30.1.1997, str. 1.

<sup>3</sup> 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, 30.4.2004, str. 1

<sup>4</sup> Prim. 44.a člen Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-M), Ur. l. RS, št. 91-3306/2013.

- dobe, oziroma če ta ni presežena, če ji je bila določena čakalna doba, ki presega razumen čas;<sup>5</sup> in
- (iv) kot zadnja, pravila iz Dir. 2011/24, ki omogočajo prosto sprejemanje ambulantnih storitev in so predmet tega prispevka.

Veliko teh pravil je oblikovala sodna praksa SEU, ki pa je sedaj v veliki meri kodificirana v omenjeni direktivi, a poleg kodifikacije sodne prakse zajema tudi vrsto pravil administrativne narave glede sodelovanja med državami članicami na področju nudenja zdravstvenih storitev in zmanjševanja administrativnega bremena.

Osrednji del direktive pa je zagotovo vsebinski, kjer se direktiva opredeljuje do pravice pacienta, da v tujini išče zdravstveno storitev, ki sodi med pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.<sup>6</sup>

Direktiva še vedno izhaja iz pravila, da lahko pacient računa na povrnitev stroškov takšnega zdravljenja zgolj v primeru, kadar je pravica do konkretnega zdravljenja že opredeljena v nacionalni košarici zdravstvenih pravic, pri tem pa državi članici, kjer je sklenjeno zdravstveno zavarovanje, nalaga, da krije stroške do tiste višine, kot bi znašali stroški zdravljenja v državi zavarovanja (če je račun višji, se uporablja sistem *top-up basis*; stroške nosi pacient, če država te razlike ne želi pokriti). To velja za zdravljenje, ki ni nujno. Direktiva se namreč prvenstveno ukvarja s tem vprašanjem, ne pa z vprašanji pravice do nujnega zdravljenja v primeru začasnega bivanja v tujini.<sup>7</sup> To nespremenjeno urejajo pravila o evropski zdravstveni kartici.

Direktiva državam članicam omogoča, da se odločajo za predhodno avtorizacijo, kar je že do sedaj glavni kamen spotike. A avtorizacija je po določbi drugega odstavka 8. člena direktive precej omejena. Država se lahko odloči za avtorizacijo samo pod pogoji, da gre za:

- (a) predmet potreb za načrtovanje v zvezi z namenom zagotavljanja zadostnega in stalnega dostopa do uravnoteženega obsega visokokakovostnega zdravljenja v zadevni državi članici, ali z namenom obvladovanja stroškov in, kolikor je mogoče, preprečevanja odvečne porabe finančnih, tehničnih in človeških virov, ter:
- (i) vključuje prenočitev zadevnega pacienta v bolnišnici vsaj za eno noč; ali
- (ii) zahteva uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme;
- (b) vključuje oblike zdravljenja, ki pomenijo posebno tveganje za pacienta ali prebivalce; ali
- (c) ga opravi izvajalec zdravstvenega varstva, ki bi lahko v posamičnih primerih pomenil resne in konkretne pomisleke glede kakovosti ali varnosti oskrbe, z izjemo zdravstvenega

---

<sup>5</sup> To so pravila iz uredb EU: 883/2004 s spremembami, 987/2009, ki določa podrobnejša pravila za izvajanje uredbe 883/2004. To so koordinacijska pravila, omenjena že zgoraj (torej, niso pravila, ki bi na novo (poenoteno) določala vsebino pravic iz zdravstvenega zavarovanja. Gl. tudi 44.b člen ZZVZZ-M.

<sup>6</sup> Treba je omeniti tudi druge omejitve: direktiva se ne nanaša na zdravstvene storitve osnovne zdravstvene dejavnosti (storitve izbranega osebnega zdravnika, osebnega zobozdravnika, ginekologa...), prav tako ne na storitve dolgotrajne oskrbe (npr. nega v socialnovarstvenih zavodih), storitve presaditve človeških organov, za sobivaje staršev v zdravstvenem zavodu, pri stroških so prav tako omejitve (stroški se povračajo samo do višine povprečne cene storitev v Sloveniji, ne povračajo se potni stroški) itd.

<sup>7</sup> Točka 28 preambule Direktive 2011/24.

varstva, za katerega velja zakonodaja EU, ki zagotavlja minimalno raven varnosti in kakovosti po vsej EU.

V drugih primerih avtorizacija ne bo mogoča. Pri implementaciji direktive bo zato potrebno natančno določiti v katerih primerih zdravstvenega varstva bo potrebna avtorizacija, kolikor se bo država za to možnost sploh odločila. V vseh ostalih primerih (razen zgoraj omenjenih, pa avtorizacija sploh ne sme biti predpisana).<sup>8</sup> Torej bo mogoče z napotnico (v vseh ostalih primerih) iskati zdravstveno varstvo v drugih državah članicah. Pri tem ni treba upoštevati organizacije zdravstvenega varstva, kot so npr. koncesionirani izvajalci itd.<sup>9</sup>

Predhodni sistem avtorizacije je v načelu dovoljen, da se zagotovi stabilno delovanje zdravstvenega sistema države zavarovanja. Tako predhodni sistem avtorizacije zasleduje procesni in materialni vidik. Procesni vidik se kaže v tem, da so pogoji za avtorizacijo znani v naprej in da pomenijo le sorazmerno obremenitev oz. sorazmerno breme za zavarovanca, materialni vidik pa je sestavljen iz objektivnih in subjektivnih pogojev, ki so opisani zgoraj.

Če se država odloči za avtorizacijo, bo treba v posameznem primeru tudi presoditi, kdaj se avtorizacija lahko zavrne. Ti pogoji pa so določeni v šestem odstavku 8. člena. Med njimi izstopa pogoj čakalne dobe, ki nikoli ni natančno določena, temveč na abstraktni ravni, odvisno od zdravstvenega stanja posameznika. Direktiva tukaj ni naredila koraka naprej in pušča nespremenjeno dikcijo sodne prakse, ki pa nacionalnim zavarovateljem omogoča, da malokrat omogoči zdravljenje v tujini. Slovenski zakonodajalec pa je že ravnal drugače s Pravilnikom o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov,<sup>10</sup> a ne rešuje vseh težav.

Ker mnenje o stanju posameznika pripravljajo sami ponudniki zdravstvenih storitev v državi zavarovanja, zavarovatelj pa temu sledi, se postavlja vprašanje objektivnosti takšnega postopka in ocenjevanja. Kolikor se bodo posamezne države članice odločile za sistem avtorizacije,<sup>11</sup> težko ocenimo obseg bolnišničnega zdravljenja v tujini, kljub temu, da je nacionalnemu zavarovatelju vseeno glede višine stroškov, ki jih mora plačati za posamezno zdravljenje.<sup>12</sup>

### **III. ALI DIREKTIVA PRINAŠA POLEG PRAVIC TUDI TEŽAVE?**

Direktiva 2011/24 s pravicami, ki jih prinaša vpliva na organizacijo in financiranje zdravstvenih storitev tudi v tistih primerih, ko ne gre za čezmejne zdravstvene storitve; kljub temu da to v drugi in četrti točki 1. člena ne predvideva. Namreč, s tem ko direktiva omogoča povračilo stroškov za zdravstvene storitve v tujini in sicer ne glede na to ali gre za javno, zasebno, bolnišnično ali nebolnišnično ambulantno zdravljenje, takoj prihaja do razlikovanj med pogoji za plačljivost zdravstvenih storitev v Sloveniji in izven nje, v državah članicah EU.

---

<sup>8</sup> Seznam zdravstvenih storitev, za katere je potrebna predhodna odobritev ZZZS je objavljen v Odredbi o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev, Ur. l. RS 6-127/2014.

<sup>9</sup> Gl. drugo točko 1. člena direktive.

<sup>10</sup> Ur. l. RS, št. 63/2010.

<sup>11</sup> To je mogoče samo pod pogojem, da je to nujno potrebno (necessary) in sorazmerno (proportionate). Gl. 8. člen direktive.

<sup>12</sup> Ta je namreč v primeru zdravljenja doma ali v drugi državi članici enaka; četrti odstavek 7. člena direktive.

Slovenski sistem, ki je uvedel koncesionarje na eni strani in na drugi strani, mešano plačilo zdravstvenih storitev iz osnovnega dodatnega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ni primerljiv s sistemom plačljivosti zdravstvenih storitev v drugih državah članicah EU.<sup>13</sup> Med tem ko se v Sloveniji iz zdravstvene blagajne lahko poplačujejo javne zdravstvene ustanove in koncesionarji, pa je krog tistih, pri katerih lahko dobimo povrnjeno plačano zdravstveno storitev v tujini, precej širši. To pomeni, da se domači ponudniki zdravstvenih storitev, ki so prosto na trgu, ne morejo primerjati s ponudniki preko meje v državah članicah EU. Kaj kmalu po sprejemu dopolnil zakona, ki so izvedle direktivo,<sup>14</sup> se je v medijih izpostavila ta problematika.<sup>15</sup> To vprašanje je tudi po besedah generalnega direktorja ZZZS, Sama Fakina, ključno vprašanje zdravstvene politike.<sup>16</sup> Prihaja do slabšega obravnavanja nacionalnih ponudnikov zdravstvenih storitev, kar je v pravu EU znano kot obrnjena diskriminacija; pa vendar se pravo EU z obrnjeno diskriminacijo ne ukvarja; za to nima pristojnosti. To ja vprašanje nacionalnega ustavnega prava in ustavne pravice do enakosti pred zakonom.

Ni prvič, da je pravilo EU (npr. v aktih kot so direktive) povzročilo, da je standard ali pa neka rešitev, ki ga direktiva uvaja, liberalnejše od nacionalne ureditve, in da za to nacionalno ureditev postavi v nek drug, običajno slabši položaj (predvsem to velja z vidika domačega ponudnika).<sup>17</sup> Informacije v medijih, da se razmišlja o sprožitvi sporov pred Evropskim sodiščem (verjetno je mišljeno SEU), so menim, neustrezne. Ker ni podlage v zakonodaji EU, se z obrnjeno diskriminacijo na Sodišču EU ne uspe. Več možnosti vidim za presojo pred slovenskim Ustavnim sodiščem. Ta bi ob morebitni odločitvi, da gre za neenakost pred zakonom, naložila zakonodajalcu, da ustrezno spremeni slovensko zakonodajo.<sup>18</sup>

Tudi scenarij by-pass sedeža oz. prenosa ordinacije oz. ambulante preko meje, kar se omenja v medijih,<sup>19</sup> je znak za zakonodajalca, da je treba nekaj spremeniti.

---

<sup>13</sup> Gledano iz zornega kota prehoda iz nekdanjega sistema (pred 1991) je ta poteza bila dobra in za tisto obdobje je pomenila uspešen prehod in vzdržnost financiranja. Vendar pa v pogojih ločenega javnega in zasebnega financiranja zdravstvenih storitev, ločene košarice zdravstvenih pravic na javno in obvezno ter zasebno in neobvezno zavarovanje, mešani sistem, kot ga poznamo, ni več sprejemljiv in vzdržen.

<sup>14</sup> ZZZZZ-M, Ur. l. RS, št. 91-3306/2013.

<sup>15</sup> Gl. članek M. Zupanič, Za pregled v Avstriji ZZZS bolniku vrne denar, v: Delo št. 289, let. 55, z dne 14.12.2013, str. 1 in 2.

<sup>16</sup> Ta v članku M. Zupanič Na začetku vsak dan 100 vprašanj bolnikov, Ibidem str. 2 dodaja, da je treba domači sistem stabilizirati in da gre za približno 200 mio. evrov dodatnega denarja.

<sup>17</sup> Takšne primeru poznamo tudi že iz Direktive 2006/123 o storitvah na notranjem trgu, ki je z odpravo določenih omejitev, med drugim tudi administrativnih ovir, povzročila, da se določene storitve lažje opravljajo če gre za čezmejno kot pa popolnoma interne oz. nacionalne storitve. Npr. učenje bodočih voznikov (avtošole) imajo blažje pogoje, če gre za čezmejno opravljanje storitev, kot pa tiste, ki opravljajo storitve brez čezmejnega elementa. V takšnih primerih ponudniki storitev običajno pomislijo na by-pass rešitev, to je prenos sedeža v tujino, pri čemer se storitve še vedno opravljajo v Sloveniji.

<sup>18</sup> To bi bil argument za resorno ministrstvo oz. za vlado, da mora temeljito spremeniti zdravstveni sistem. Takšna sodba bi vladi v zakonodajnem postopku dejansko pomagala preiti preko različnih interesov, če so ti razlog za počasen napredek pri reformi zdravstvenega sistema.

<sup>19</sup> N. Medvešček, Bi lahko direktivi uspelo, kar ministrom za zdravje nikoli ni?, v: Medicina danes, sredo, 27.1.2014, str. 4 in 5. K takšnemu razmišljanju pa je treba dodati še povečan beg zdravnikov v tujino na podlagi stalne zaposlitve v tujini. Gl. A. Rednak, L. B. Petavs, Beg zdravnikov v tujino, v: Finance, 14.11.2013, str. 5.

Osebnost sem sicer mnenja, da te by-pass rešitve niso ustrezne že iz načelnega pravnega zornega kota, bi pa za zdravnike to pomenilo tudi logistične težave, predvsem v tistih primerih, kjer ne bi izvajali samo te dejavnosti, ampak bi bili vezani na storitve ali celo na zaposlitev v Sloveniji.

Vse to pa nas pripelje do naslednjega: (i) imamo torej sistem zdravstvenega zavarovanja, ki ne zmore pokriti vseh stroškov zdravstvenih storitev v Sloveniji, kaj šele dodatnih zdravstvenih storitev v tujini. (ii) Imamo tudi neenakost pred zakonom, kjer se slovenskemu zdravniku bolj splača odpreti ambulanto v tujini, morda celo za slovenske paciente in bo prejemal plačilo neposredno od pacientov, ti pa bodo dobili povrnjeno neposredno od zdravstvene zavarovalnice in (iii) imamo tudi sistem zavarovanja, kjer se določene zdravstvene storitve (v različnih deležih) plačujejo iz osnovnega in obveznega, nato dodatnega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Za eno in isto storitev se meša javni denar in denar iz komercialnega zavarovanja. To je sistem, ki je v Evropi unikum in, ki tudi Evropski komisiji ni pogodu. V zadnjem sodnem postopku v zvezi z ZZVZZ, ki smo ga delno izgubili,<sup>20</sup> nam je Evropska komisija dala jasno vedeti, da je sistem treba spremeniti in da bi bilo treba zdravstvene storitve, ki so plačljive iz obveznega in javnega zdravstvenega zavarovanja jasno ločiti od ostalih komercialnih zdravstvenih zavarovanj.

To pomeni, da bi nabor ali pa košarico pravic iz zdravstvenega zavarovanja uredili po sistemu javnega in obveznega zdravstvenega zavarovanja (torej bi prilagodili košarico pravic do zdravstvenih storitev v obsegu, ki ga finančno zmore takšno zavarovanje za zasebne in javne ponudnike storitev, plačevanje po storitvah), tiste zdravstvene storitve, ki pa bi bile izven teh okvirjev pa bi lahko bile predmet komercialnih zavarovalnih pogodb (ločeni stebri zavarovanj), ki bi jih ponujale domače in tuje zavarovalnice. To bi bila precej bolj jasna slika, kot jo imamo danes.

Takšen je pogled Evropske komisije (izražen med pogovori iz izmenjavo mnenj pred obrazloženim mnenjem po postopku po 258. členu Pogodbe o delovanju EU), za katerega menim, da bi mu kazalo slediti. Slednje pa pomeni izredno velik poseg v sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji; ne govorimo zgolj o spremembah, govorimo o reformi. Ta bo morala upoštevati tudi že sklenjene pogodbe za dodatna in dopolnilna zdravstvena zavarovanja in čas za katere so bile sklenjene. Reformne rešitve bodo morale natančno določiti pod kakšnimi pogoji se v ta razmerja lahko poseže. Vse to bi verjetno zmanjšalo košarico ali nabor pravic do zdravstvenih storitev, ki bi bile plačljive iz obveznega zavarovanja (javim in zasebnim), vendar je v sistemu, kjer je že dlje časa jasno, da z zdravstveno blagajno ne moremo pokriti vseh stroškov, iluzija pričakovati drugače. Sistem bi moral transparentno (tako za izvajalce kot paciente) ponuditi informacijo, kaj se plača iz katerega zavarovanja, in takšen pregled/nadzor bi koristil tudi ZZVS.<sup>21</sup> Tudi je prostora za druge vire pridobivanja sredstev, tako s strani potencialnih pacientov, kot izven tega okvirja (delodajalci, socialna kapica, različni stebri zavarovanja, komercialna zavarovanja, zavarovalne franšize, možnost selektivnega plačevanja izvajalcev storitev s strani zavarovalnic, s čimer se poveča konkurenčnost, itd. Primerjalne rešitve drugih nacionalnih sistemov zdravstvenega varstva, nudijo kar nekaj tovrstnih rešitev. Namen članka ni natančneje govoriti o tem, zato na tem mestu na to zgolj opozarjam.

---

<sup>20</sup> Zadeva C-185/11, Komisija proti Sloveniji, sodba z dne 26.1.2012.

<sup>21</sup> Več o tem gl. tudi pri A. Ihan, Reforma zdaj! Pika., dosegljiv

[http://www.siol.net/priloge/kolumne/alojz\\_ghan/2014/02/reforma\\_zdaj\\_pika.aspx](http://www.siol.net/priloge/kolumne/alojz_ghan/2014/02/reforma_zdaj_pika.aspx).

Če torej, na eni strani Direktiva 2011/24 nedvoumno prinaša več možnosti za posameznika, da prejme zdravstveno storitev v tujini, jo plača in nato dobi povrnjeno plačilo, pa na drugi strani, tako kot je bilo predvideno od vsega sprejetja direktive dalje, ta povzroča težave nacionalnem sistemu zdravstvenega varstva in zavarovalnicam, kljub temu da, kot zapisno zgoraj, v drugi in četrti točki 1. člena Direktiva tega ne predvideva oz. ta vpliv zanika. Pravno in dejansko ta vpliv je in se je začel neposredno po uveljavitvi sprememb Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

#### **IV. SKLEPNO**

Poglavitni prispevek direktive v njenem vsebinskem delu (če odmislimo pravila o medsebojnem sodelovanju) je v tem, da so pravila sodne prakse kodificirana in zbrana na enem mestu in da se tovrstni primeri ne rešujejo več od primera do primera (*case by case*), kar dviguje pravno varnost in ozaveščenost po pravicah čezmejnega zdravljenja, s tem pa večja pritisk na učinkovit sistem zdravstvenih storitev v Sloveniji. Prav tako pa je pomembna omejitev možnosti avtorizacije, kar je korak naprej od dometa sodne prakse.<sup>22</sup>

Od 25.10.2013 je direktivo potrebno pričeti izvajati v njeni celotni vsebini. Tako kot pri večini direktiv, je težava v posameznih podrobnostih; čeprav npr. direktiva ne posega v sistem zdravstvenega zavarovanja kot ga imajo v veljavi države članice (druga in četrta točka 1. člena), pa je kljub tej določbi vendarle potrebno uvideti, da slovenski sistem zdravstvenega zavarovanja ne bo ostal nedotaknjen tudi z vidika direktive. Če smo npr. pred tem datumom potrebovali avtorizacijo, da lahko obiščemo zdravnika v tujini, ne glede na to ali gre za bolnišnično ali ne bolnišnično zdravljenje ali za javno ali pa zasebno zdravljenje, potem za ambulantno zdravljenje temu ni več tako. Vsako zdravljenje, ki ne bo zahtevalo prenočitve v bolnišnici, bo dosegljivo, tudi ne glede na to ali je izvajalec javen ali zaseben, ali ima koncesijo ali ne. To pa je že ugotovitev, ki močno posega v sistem zdravstvene oskrbe.

Menim, da posameznike, ki iščemo posamezne zdravstvene storitve, direktiva zadeva na eni strani z bolj prostim dostopom do zdravstvenih storitev v tujini, na drugi strani pa tudi zaradi potrebe po prenovi zdravstvenega sistema kot takšnega, drugačen nabor pravic iz zdravstvenega zavarovanja. Trdim, da je izvedba direktive 2011/24 pokazala potrebo po celotni prenovi slovenskega zdravstvenega sistema, sistema zdravstvenih zavarovanj in drugih možnosti financiranja zdravstvenih storitev.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> Iz Poslovnega poročila ZZZS za leto 2012 izhaja, da je ZZZS v letu 2012 prejel skupno 1.029 novih vlog za odobritev napotitve na pregled, preiskavo, zdravljenje, diagnostiko ali nabavo steklene očesne proteze v tujini, kar pomeni 124 vlog več kot v letu 2011. V letu 2012 je bilo od skupno obravnavanih 1.138 vlog (poleg 1.029 prejetih v letu 2012, še 109 nerešenih iz leta 2011) odobrenih 780 napotitev zavarovanih oseb na pregled, preiskavo in zdravljenje, nabavo steklene očesne proteze v tujini in diagnostiko, kar pomeni 64 več odobrenih vlog kot v letu 2011. Zavrženih je bilo 219 vlog. Pri tem je treba pojasniti, da je bilo pri posameznih napotitvah izdanih tudi več odločb, zato je podatek o številu izdanih odločb višji od podatka o številu posameznih napotitev.

<sup>23</sup> O drugih učinkih in stališčih gl. tudi Eva Godina, Pravice pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva, Pravna praksa, št. 21/2001, str. 6-8.

# **OPREDELITEV KOORDINACIJSKIH MEHANIZMOV JAVNIH ZDRAVSTVENIH SISTEMOV KOT POGLAGA ZA OCENO SLOVENSKEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA**

*Doc. dr. Petra DOŠENOVIC BONČA*  
*Ekonomski fakulteta UL*

## **ŽIVLJENJEPIS**

Petra Došenović Bonča je docentka na Katedri za ekonomijo na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani. Njeni raziskovalni področji sta ekonomika zdravstva in ekonomika javnega sektorja. Sedanje raziskovalno delo vključuje proučevanje učinkovitosti in uspešnosti izvajalcev zdravstvenih storitev v Sloveniji in proučevanje inovacij kot dejavnika učinkovitosti in uspešnosti bolnišnic v Sloveniji. Objavila je članke, v katerih analizira in proučuje različne vidike slovenskega zdravstvenega sistema in reforme ter politike v tem sektorju. Sodeluje v svetovalnih projektih na področju zdravstva in javnega sektorja v Sloveniji. Na Ekonomski fakulteti, ki ima v Sloveniji edina pomembni mednarodni akreditaciji EQUIS in AACSB, je vodja projekta EQIUS akreditacije. Na fakulteti je sodelovala pri razvoju magistrskega študija Management in ekonomika v zdravstvenem varstvu, ki je nastal s pomočjo sredstev EU in je prvi tovrstni program v Sloveniji. V okviru tega programa sodeluje pri izvedbi predmetov Osnove ekonomike zdravstvenega varstva, Zdravstvo in zdravstveni sistemi, Zdravstveno zavarovanje in Ekonomska analiza zdravstva. Predmet Osnove ekonomike zdravstvenega varstva se izvaja tudi v angleškem jeziku. Trenutno je članica Sosveta za zdravje Statističnega urada Republike Slovenije, od leta 2011 pa je tudi članica dveh znanstvenih organizacij, ki delujeta tudi na področju zdravstva, in sicer The Operational Research Society in International Health Economics Association.

## **POVZETEK**

Leta 2005 sem ocenjevala, ali so razlike v organiziranosti zdravstvenih sistemov v evropskih državah tako velike, da posledične razlike v učinkovitosti in uspešnosti med zdravstvenimi sistemi v teh državah ne bi dovoljevale bolj tesnega soočenja teh sistemov v okviru tako imenovanega enotnega evropskega zdravstvenega sistema. Tedaj sem ugotovila, da te razlike niso kritične za nastanek enotnega evropskega zdravstvenega sistema in da zlasti organizacijske razlike med njimi niso tako velike, da bi v medsebojni konkurenci kateri zdravstveni sistemi preprosto izginili. V analizi sem zajela tudi Slovenijo in tako tudi zanjo sklenila, da lahko s svojim zdravstvenim sistemom, učinkovitostjo in uspešnostjo zdravstva vstopi v enotni evropski zdravstveni prostor. Vendar ta sklep ne pomeni, da pri odpiranju slovenskega zdravstva v evropski prostor ni potrebno biti pozoren na nekatere točke ali elemente v našem zdravstvenem sistemu, ki bi lahko postali ob večji vključenosti tako uporabnikov kot izvajalcev, plačnikov, dobaviteljev, sponzorjev in države v enotni evropski zdravstveni prostor kritični. Prav identifikaciji teh elementov posvečam pozornost v tem prispevku.

Verjetno je skupna značilnost vseh evropskih zdravstvenih sistemov, s katerimi se lahko ob uresničevanju enotnega zdravstvenega sistema sreča slovenski uporabnik, izvajalec, plačnik, dobavitelj, država in sponzor, ta, da so pretežno javni sistemi. To velja tudi za slovenskega. V tem

primeru izhajajo iz določenih iztočnic oziroma načel, ki so tudi temeljne vrednote teh sistemov. To so solidarnost, učinkovitost, dostopnost in kakovost. Pomembno je prepoznati, da je spoštovanje določenih načel stvar družnega konsenza, opredeljenega tudi zgodovinsko, in kot tako ni ekonomsko vprašanje. Ta načela pa potem vplivajo na temeljne elemente javnih zdravstvenih sistemov.

Z uresničevanjem načela solidarnosti nastane v zdravstvenem sistemu ločitev med potrošnikom in plačnikom zdravstvenih storitev. Neomejene solidarnosti namreč ni mogoče uresničiti brez nadomestitve individualnih s kolektivnimi izdatki za zdravstvo. V takšnih razmerah se posamezniki odločajo zgolj na podlagi svojih preferenc, ne upoštevajo pa več svojih proračunskih omejitev in informacij o cenah. Ker je slednje podlaga tržnemu mehanizmu za oblikovanje povpraševanja po zdravstvenih storitvah, ugotovimo, da je z uveljavljanjem solidarnosti potrebno povpraševanje po zdravstvenih storitvah opredeliti na netržni način, in sicer z zdravstveno košarico. Ker pa v odsotnosti proračunskih omejitev potrebe niso navzgor omejene, so z uresničevanjem solidarnosti neločljivo povezana pričakovanja po širitvi zdravstvene košarice in neskladnost med zelenim in razpoložljivim obsegom zdravstvene dejavnosti. Ker te neskladnosti zaradi zagotavljanja solidarnosti ne more odpraviti tržni mehanizem, morajo to vlogo prevzeti elementi financiranja zdravstva ali plačilnega sistema, ki vplivajo na povpraševanje. Takšni elementi so vratarstvo, glavarinski način plačevanja izvajalcev primarnega zdravstvenega varstva in finančne spodbude na strani povpraševanja, kot so doplačila in odbitki.

Učinkovitost je načelo, ki v javnih zdravstvenih sistemih opravičuje neprofitni način delovanja izvajalcev. Zaradi narave zdravstvene dejavnosti, ki izpostavlja pomen tržnih nepopolnosti, kot so eksternalije in javne ali vsaj klubske dobrine, in nepopolne konkurence, profitni motiv ne vodi do maksimalne družbene učinkovitosti. Tržne nepopolnosti in nepopolna konkurenca same po sebi sicer tržnemu mehanizmu ne preprečujejo oblikovanja ponudbe, velja pa, da v takšnih razmerah uresničevanje profitnega motiva vodi do premajhnega obsega ponudbe bodisi zaradi neupoštevanja družbenih dobrot in stroškov bodisi zato, ker cene presegajo mejne stroške. Uresničevanje profitnega motiva pa lahko negativno vpliva tudi na kakovost zdravstvenih storitev, in sicer zaradi asimetrije informacij. Uresničevanje učinkovitosti, pa tudi načel dostopnosti in kakovosti je tako povezano z različnimi oblikami regulacije na strani ponudbe, predvsem z državnim lastništvom izvajalcev in z uveljavljanjem njihovega neprofitnega načina delovanja. Ker zaradi uveljavljanja neprofitnega načina delovanja tržni mehanizem ne more več koordinirati ponudbe, se mora tudi ponudba podobno kot povpraševanje oblikovati na netržni način, in sicer z natančno opredelitvijo strukture košarice po tipu in ravni kakovosti storitev in z jasno opredelitvijo mreže izvajalcev zdravstvenih storitev. Odsotnost profitnega motiva pomembno vpliva tudi na spodbude za minimizacijo stroškov in okrepi problem principala in agenta. V takšnih razmerah nastaja neskladnost med razpoložljivimi sredstvi za financiranje zdravstva in stroški ponudnikov zdravstvih storitev. Ker te neskladnosti ne more odpraviti tržni mehanizem, morajo to vlogo znova prevzeti določeni elementi netržnega mehanizma, kot so na primer trde proračunske omejitve, spodbude na strani ponudbe, kamor uvrščamo različne oblike plačilnih metod izvajalcev, ustrezen način nagrajevanja zaposlenih in uveljavljanje načela denar sledi bolniku.

Zdravstvena košarica, obvezno zdravstveno zavarovanje ali proračunsko financiranje zdravstva in selektivni elementi plačilnega sistema so tako sestavni elementi vsakega javnega zdravstvenega sistema, in sicer kot posledica solidarnosti. Mreže izvajalcev, opredeljevanje strukture zdravstvene košarice, neprofitno delovanje izvajalcev, državna lastnina izvajalcev, državno usklajevanje ponudbe



in povpraševanja po zdravstvenih dobrinah, spodbude na strani ponudbe v plačilnem sistemu, načelo denar sledi bolniku, nagrajevanje zaposlenih in ustrezno upravljanje ter vodenje izvajalcev so tako elementi javnih sistemov, in sicer kot posledica učinkovitosti, dostopnosti in kakovosti. Prav na razlike v teh elementih javnih zdravstvenih sistemov moramo biti pozorni, ko analiziramo možnosti in posledice vstopa slovenskega zdravstvenega sistema v enotni evropski. Različne opredelitve zdravstvene košarice lahko izzovejo tokove uporabnikov, brisanje meje med javnimi in zasebnimi izvajalci, neučinkovite oblike konkurence. Razlike v plačilu lahko vodijo do neustrezne selekcije in moralnega hazarda tako za bolnike kot plačnike ter zahtevajo nenavadne rešitve, kot so mednarodne izravnalne sheme. Različni načini in cene plačevanja lahko vodijo do neučinkovitega prilagajanja plačnikov s ponudbo. Mreže izvajalcev bo potrebno usklajevati mednarodno, zlasti tam, kjer so možnosti čezmejnega sodelovanja. Različni davčni sistemi in urejanje lastnine ter neprofitnega delovanja izvajalcev bodo lahko kritični za obstoj izvajalcev ter enakopravne odnose med njimi. Mobilnost bolnikov bo vplivala na kakovost na bistveno bolj zahteven način, kot ga poznamo sedaj.

# ČEZMEJNO ZDRAVLJENJE IN OSNOVNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

*Samo FAKIN, dr. med.*

*Direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje*

## **ŽIVLJENJEPIS**

Samo Fakin se je rodil leta 1957 v Trbovljah. Leta 1984 je končal študij na Medicinski fakulteti, Odseku za medicino in pridobil naslov doktor medicine. 10 let je opravljal poklic splošnega zdravnika v Trbovljah, nato pa je bil v letih od 1992 do 1994 direktor Zdravstvenega doma Trbovlje, od 1994 do 1996 svetovalec generalnega direktorja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za področje zdravstvene ekonomike na direkciji, neposredno zadolžen za nadzor nad financiranjem zdravstvenega varstva ter za analizo in uvajanje novih načinov financiranja zdravstvenega sistema, od 1996 do 2002 direktor Splošne bolnišnice Celje, nato pa član strokovnega sveta pri Ministrstvu za zdravje RS ter v letu 2006 sekretar v Službi Vlade Republike Slovenije za razvoj, in sicer za področje reform v zdravstvu. Samo Fakin je bil tudi mednarodni ekspert Evropske agencije za rekonstrukcije (Projekt uvajanja modela glavarine v Republiki Srbiji) ter ocenjevalec in član razsodniške skupine za Priznanje Republike Slovenije za poslovno odličnost. 16. aprila 2007 je nastopil prvi štiriletni mandat generalnega direktorja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, nato pa je 4. maja 2011 nastopil še drugi mandat.

# ČEZMEJNO ZDRAVLJENJE: ALI ŠE ENA RAZLIČICA ODTEKANJA DENARJA OD REVNIH K BOGATIM

*prof. dr. Dušan KEBER, dr.med.,  
višji zdravstveni svetnik*

## **ŽIVLJENJEPIS**

Dušan Keber, rojen 1947. leta v Mariboru, je študij medicine in specializacijo iz interne medicine končal v Ljubljani leta 1972 oz. 1978. Od leta 1990 je redni profesor interne medicine, od leta 1995 pa višji zdravstveni svetnik. Med leti 1990 in 1995 je bil predstojnik Katedre za interno medicino. Od 1983 do 1996 je bil direktor Kliničnega oddelka za žilne bolezni, od leta 1996 do leta 2000 pa je bil strokovni direktor Kliničnega centra. Med leti 2001 in 2004 je bil minister za zdravje.

Med neprofesionalnimi zadolžitvami je potrebno omeniti njegovo predsedovanje Zdravstvenemu svetu (od leta 1988 do leta 1991) in članstvo od leta 1992 do 2000, predsedovanje Svetu za znanost in tehnologijo (od leta 1994 do leta 1998), članstvo v Svetu za visoko šolstvo Republike Slovenije (od leta 1993 do leta 1998) ter sodelovanje pri vodenju več tujih in domačih strokovnih združenj. V letih 1988-1991 je bil član najožjega vodstva Odbora za varstvo človekovih pravic (Bavčarjev odbor).

Na strokovnem področju je sooblikoval doktrine za obravnavo ateroskleroze, arterijske in venske tromboze ter rehabilitacije srčnih bolnikov. Njegovo pedagoško delo zajema poleg dodiplomskega študija medicine še številna podiplomska izobraževanja zdravnikov, veliko pa se ukvarja tudi s prosvetljevanjem javnosti. Na raziskovalnem področju je prispeval nova spoznanja na področju fiziologije raztapljanja krvnih strdkov. Je avtor ali soavtor več kot 400 bibliografskih enot, od tega več kot 50 člankov v najuglednejših tujih strokovnih revijah, več kot 500 poljudnih člankov, dveh strokovnih priročnikov in številnih zbornikov. Organiziral je več mednarodnih in domačih strokovnih srečanj. Bil je recenzent in član uredniškega odbora pri štirih najpomembnejših mednarodnih strokovnih revijah s področja tromboze in mentor 18 doktorjem in magistrim znanosti. Na strokovno-organizacijskem področju je potrebno omeniti njegov prispevek pri reformi dodiplomskega in podiplomskega študija medicine ( uvedba šestletnega študija, sekundariat, specializacije), pri uvedbi strokovne akreditacije terciarnih zdravstvenih ustanov, pri akreditaciji strokovnega dela zdravnikov, pri uveljavitvi bibliometričnih kriterijev za ocenjevanje raziskovalnega dela, pri klasifikaciji zdravil in zdravstvenih storitev ter pri vzpostavljanju smernic za nacionalni raziskovalni program. Pomembno je prispeval k razvoju financiranja zdravstvenega sistema.

Njegovo ministროvanje (2001-2004) označujejo priprava in izvajanje obsežne zdravstvene reforme, začetek odkritega obravnavanja napak v zdravstvu, skrajševanje čakalnih dob, velik zagon pri vzpodbujanju zdravega načina življenja in preprečevanju kroničnih bolezni, zlasti srčnih in žilnih bolezni ter raka in protialkoholna in protikadilska zakonodaja.

Po letu 2004 je bil dr. Dušan Keber svetovalec Svetovne banke pri zdravstvenih reformah v več državah jugovzhodne Evrope in Vietnamu. Večkrat je bil izbran v najožja svetovalna telesa direktorja Evropskega urada SZO, en mandat je bil podpredsednik Svetovalnega odbora za področje medicine pri Direktoratu EU za znanost in tehnologijo. V slovenskem prostoru je med pobudniki za ustanovitev Gibanja za ohranitev javnega zdravstva, ki ga podpira več kot 75.000 državljanov.

Za študijske uspehe je prejel 3 priznanja, med njimi Oražnovo nagrado za najboljšega študenta Medicinske fakultete, dve študentski Prešernovi nagradi in dve nagradi Sklada Borisa Kidriča. Leta 1994 je prejel priznanje Ambasador Republike Slovenije v znanosti.

# PRAVICA BOLNIKA DO IZBIRE ZDRAVNIKA DOMA ALI ČEZ MEJO

*Vlasta NUSSDORFER, univ. dipl. pravica  
Varuhinja človekovih pravi*

*Tone DOLČIČ, univ. dipl. pravnik  
Namestnik varuhinje*

## **ŽIVLJENJEPIS**

Vlasta Nussdorfer

Rodila se je 7. oktobra 1954 v Batah pri Novi gorici.

1977 - diplomirala

1980 - opravila pravosodni izpit

1978 - se je kot pripravnica zaposlila na Okrožnem državnem tožilstvu v Ljubljani

1980 - 1994 - bila namestnica temeljnega javnega tožilca na Temeljnem javnem tožilstvu v Ljubljani

1995 - 2003 - okrožna državna tožilka na Okrožnem državnem tožilstvu v Ljubljani,

2003 - 2005 - kot višja državna tožilka opravlja delo vodje Oddelka za mladletniško, družinsko in spolno kriminaliteto na Okrožnem državnem tožilstvu v Ljubljani.

2005 - 2012 - višja državna tožilka na Vrhovnem državnem tožilstvu RS

2012 - 2013 - vrhovna državna tožilka na Oddelku za izobraževanje in strokovni nadzor in na Kazenskem oddelku Vrhovnega državnega tožilstva RS

2013 - 1. februarja so jo poslanci z 82 glasovi za in nobenim proti izvolili za varuhinjo človekovih pravi

2013 - 23. februarja nastopila šestletni mandat kot varuhinja človekovih pravi

Ustanovila je tudi dva sklada, in sicer Plamen dobrote in Hipokrat. Z zbranim denarjem je pomagala vsaj tisoč družinam, v vseh letih delovanja Belega obroča Slovenije pa z različnimi vrstami pomoči več tisoč družinam. Poleg službenih obveznosti mesečno opravi vsaj 150 ur brezplačnega dela namenjenega ranljivim skupinam.

Njena bibliografija je izjemno bogata, v zadnjih devetih letih je napisala tudi devet knjig, katerih izkupiček je šel v dobrodelne namene. Od leta 2007 dalje je kolumnistka na pravniškem spletnem portalu IUS-INFO, občasno o pravni tematiki piše tudi za Pravno prakso. V okviru spletnega portala IUS INFO je bila v letih 2006 - 2012 izbrana med deset najvplivnejših pravnikov v RS. V Evropskem letu prostovoljstva je bila ambasadorica prostovoljstva v RS, v letu 2012 pa tudi Ambasadorica aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti.

Tone Dolčič

Rodil se je 10. decembra 1954 v Ljubljani

1978 - diplomiral na Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani

1978 - 1984 - zaposlen v Izobraževalni skupnosti Slovenije  
1984 -1990 - zaposlen v Izvršnem svetu Skupščine Republike Slovenije  
1989 - opravil pravosodni izpit  
1990 - 2001 - zaposlen v Službi vlade RS za zakonodajo, najprej kot podsekretar, kasneje kot namestnik direktorja in zadnje leto kot direktor  
2001 - direktor strokovne službe v Uradu varuha človekovih pravic  
2003 - 29. januarja imenovan za namestnika varuha človekovih pravic  
2008 - 7. novembra znova imenovan za namestnika varuhinje

Kot namestnik varuhinje je pristojen za področje varstva otrokovih pravic, socialne varnosti in družbene dejavnosti.

Objavil je več strokovnih člankov s področja socialnega in zdravstvenega varstva v Pravni praksi, je soavtor uvodnih pojasnil h knjigi Evropski sporazum o pridružitvi. Bil je tudi član vladne komisije za pripravo ustavnih sprememb in več komisij za pripravo zakonodaje s področja zdravstva.

# **ALI BODO SLOVENSKI IZVAJALCI ZDRAVSTVENIH STORITEV ENAKOPRAVNO OBRAVNAVANI Z IZVAJALCI DRUGIH DRŽAV?**

*Konrad KUŠTRIN, dr.med.  
Predsednik FIDES*

## **ŽIVLJENJEPIS**

Rodil se je leta 1954 v Postojni. Po končani osnovni in srednji zdravstveni šoli se je zaposlil kot zdravstveni tehnik – reševalec v zdravstvenem domu Tolmin.

Naslednje leto se je po opravljenih sprejemnih izpitih vpisal na Medicinsko fakulteto na Reki in jo končal leta 1981. Po opravljenem stažu in odsluženem vojaškem roku se je zaposlil kot splošni zdravnik v ambulanti v Bovcu. Leta 1984 je pričel specializacijo iz anesteziologije in jo zaključil leta 1990.

Od takrat dalje je zaposlen v šempetrski bolnišnici v službi za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok. Zadnje tri mandate je predstojnik te službe, opravlja tudi funkcijo bolnišničnega koordinatorja za donatorski program. Je član strokovnega sveta za anesteziologijo in intenzivno terapijo. V sindikatu FIDES je od njegovega nastanka, najprej kot vodja bolnišnične enote FIDES, od leta 1995 pa kot predsednik.

# VPLIV NAPOTOVANJA NA ZDRAVLJENJE V TUJINO NA DELOVANJE ZDRAVSTVENIH ZAVODOV

*Simon VRHUNEC, dr. med.*  
*UKC Ljubljana*

## **ŽIVLJENJEPIS**

Od leta 2009 direktor Univerzitetnega Kliničnega centra Ljubljana, največje zdravstvene inštitucije v Sloveniji in v širši regiji. UKC Ljubljana vsako leto zdravi več kot 100.000 hospitaliziranih bolnikov ter opravi 750.000 ambulantnih pregledov ter 350.000 diagnostičnih pregledov. V inštituciji je zaposlenih 7.700 sodelavcev, od tega več kot 1.200 zdravnikov in 3.700 zaposlenih v zdravstvenih negi. UKC Ljubljana se vedno bolj profilira kot zadnja bolnišnica upanja in zaupanja za slovenske bolnike in njihove svojce.

Pred tem je bil pet let direktor Območne enote Ljubljana na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije. OE Ljubljana je največja območna enota ki zaposluje več kot 170 sodelavcev in pokriva gravitacijsko področje z več kot 600.000 prebivalci. OE sklepa pogodbe z več kot 400 zdravstvenimi izvajalci in zbere več kot 40% sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

V mandate od leta 2000 do 2004 je bil državni sekretar na Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije. Deloval je na področju organizacije in financiranja sistema zdravstvenega varstva in bil soavtor Zdravstvene reforme v okviru katere so bile prvič pripravljene celovite spremembe sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji in mnoge tudi izvedene.

Pred tem je bil od leta 1997 pomočnik strokovnega direktorja Kliničnega centra Ljubljana odgovoren za področje kakovosti in organizacije.

## **POVZETEK**

Lansko leto je slovensko zdravstvo zaznamovala uveljavitev Direktive o uveljavljanju pravic pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva. Pričakovanja so bila in so še zelo velika. Tako na strani izvajalcev kot tudi na strani javnosti. Poraja se občutek, da so ta pričakovanja umetno spodbujena in nerealna, saj je tako pri izvajalcih kot tudi pri pacientih zaznati mnogo ovir. Pa tudi direktiva sama prinaša ovire za zaščito stabilnosti nacionalnih zdravstvenih sistemov. Čas bo pokazal, kaj za državljane EU direktiva dejansko pomeni. Ne glede na to, pa se je UKC Ljubljana, kot največja slovenska zdravstvena inštitucija, na uveljavitev direktive resno pripravil in izvedel mnoge notranje ukrepe, tako za racionalizacijo poslovanja kot tudi za večjo prepoznavnost ne le med bolniki iz Slovenije pač pa tudi med potencialnimi bolniki iz tujine.



# VPLIV OBSEŽNEJŠE PRAVICE DO ZDRAVLJENJA V TUJINI NA MOŽNOSTI UVELJAVLJANJA ZDRAVSTVENIH STORITEV PRI NAS

*Prof. dr. Grega STRBAN, univ. dipl. pravnik  
Univerza v Ljubljani, Pravna fakulteta*

## **ŽIVLJENJEPIS**

Dr. Grega Strban je profesor delovnega prava in prava socialne varnosti Pravne fakultete Univerze v Ljubljani. Podiplomsko specializacijo je opravil na Univerzi v Cambridgu (*with distinction*), magisterij na Pravni fakulteti Univerze v Leuvnu (*magna cum laude*), doktoriral je na Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani. Kot štipendist družbe Max-Planck in Fundacije Alexandra von Humboldta se je podoktorsko izpopolnjeval na Max-Planck Inštitutu za socialno pravo in socialno politiko v Münchnu, kjer je tudi zunanji korespondent tega inštituta. Je prodekan Pravne fakultete Univerze v Ljubljani, predsednik slovenskega Društva za delovno pravo in socialno varnost in predsednik Sveta Inštituta za delo pri Pravni fakulteti, Sodišče EU pa ga je imenovalo za člana pritožbene komisije Evropskega univerzitetnega inštituta iz Firenc. V letih 2007 do 2010 je bil podpredsednik Evropskega inštituta za socialno varnost iz Leuvna. Aktiven je v domačih in mednarodnih projektih, med drugim je deloval kot ekspert Sveta Evrope in MOD ter bil član Upravnega odbora, akademske skupine Think Tank in nacionalni ekspert v EU projektu trESS. Je znanstveni vodja EU projekta FreSsco, ki analizira svobodo gibanja in koordinacijo sistemov socialne varnosti, akademski član sekretariata MISSOC in vodja programske skupine Pravne fakultete v Ljubljani. Prav tako je avtor knjige Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja, Cankarjeva založba, 2005, soavtor knjige Pravo socialne varnosti, GV Založba, 2010 ter številnih prispevkov s področja prava socialne varnosti v monografijah in revijah doma in v tujini. Je član uredniških odborov revij Podjetje in delo ter Delavci in delodajalci. Prejel je priznanje Mladi pravnik (Zveza društev pravnikov Slovenije, 2001) in Roger Dillemans Award for Excellence in Social Security (Univerza v Leuvnu, 2004).

# ČEZMEJNO ZDRAVLJENJE PO PREDHODNI ODOBRTVI IN BREZ NJE

*Izr. prof. dr. Janja HOJNIK, univ. dipl. pravnik  
Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta*

## **ŽIVLJENJEPIS**

Dr. Janja Hojnik je leta 2002 z odliko diplomirala na Pravni fakulteti, leta 2003 pa še na Ekonomsko-poslovni fakulteti Univerze v Mariboru; leta 2003 je prejela Rektorjevo nagrado za najboljšo študentko prava v generaciji. Izpopolnjevala se je na Kingston University Law School v Londonu in na CEU v Budimpešti. Leta 2005 je opravila pravniški državni izpit in državni izpit iz javne uprave, leta 2007 pa je doktorirala na Pravni fakulteti v Mariboru. Leta 2002 se je zaposlila kot sodniška pripravnica na Višjem sodišču v Mariboru, od 2003 pa je zaposlena na Pravni fakulteti v Mariboru. V izobraževalni proces je vključena pri različnih predmetih s področja prava EU, je tudi mentorica ekipe študentov za *European Law Moot Court Competition (od leta 2005)*, organizatorica slovenskega tekmovanja iz pogajanj in strokovna članica skupine Vlade RS za terminologijo EU. Bila je gostujoča predavateljica na univerzah v Ljubljani, v Gradcu, v Edinburghu, v Kingstonu na Temzi, v Luksemburgu, Sarajevu in drugod. V okviru raziskovalnega dela jo najbolj zanima področje notranjega trga EU. S tega področja je napisala že več znanstvenih in strokovnih del, s svojimi prispevki pa sodeluje tudi pri znanstvenih projektih ter na seminarjih doma in v tujini. Leta 2010 je prejela priznanje Zveze društev pravnikov Slovenije mladi pravnici za pomembne dosežke v pravni znanosti in stroki, v letih 2011, 2012 in 2013 pa je bila izbrana med 10 najvplivnejših pravnikov po izboru družbe Ius Software. Leta 2013 je v reviji Zdravniški vestnik objavila članek na temo čezmejnega opravljanja zdravstvenih storitev.

## **POVZETEK**

Pri odločanju o zadevah s področja čezmejne mobilnosti pacientov morajo pristojni nacionalni organi jasno opredeliti tudi storitve, za katere je potrebna predhodna odobritev. Pri tem je potrebno paciente obvestiti o tem, kje in kako zaprosijo za predhodno odobritev, kateri dejavniki bodo pri odločanju o tem upoštevani, kateri utegnejo biti razlogi za odobritev oz. za zavrnitev odobritve ter jasno navesti informacije glede povračila stroškov. Vlagatelji morajo tudi biti seznanjeni z razpoložljivimi potmi, v kolikor z odločitvijo niso zadovoljni (pritožbeni postopki) ter z upoštevanim okvirjem, ki se uporablja za obravnavo vloge (običajno 20 dni, razen če je potrebno več informacij za odločanje).

Ko pacient ni zaprosil za predhodno odobritev zdravljenja v drugi državi članici, čeprav bi to moral, nacionalni organi načeloma niso zavezani obravnavati tovrstnih prošenj retrospektivno – razen če to narekujejo izjemni razlogi, povezani z zadevnim primerom. Takšni primeri se obravnavajo primeroma, upoštevajoč dejstva vsakega primera. Retrospektivna odobritev in povrnitev stroškov bo tudi upoštevna, ko višji organ razveljavi predhodno odločitev o zavrnitvi vloge za predhodno odobritev zdravljenja v tujini.

# **MOBILNOST DELAVCEV V ZDRAVSTVU ZNOTRAJ SLOVENIJE IN ČEZ MEJO; JAVNO-ZASEBNO**

*Prof. dr. Darja SENČUR PEČEK, univ. dipl. pravnica  
Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta*

## **ŽIVLJENJEPIS**

Dr. Darja Senčur Peček je izredna profesorica na Pravni fakulteti Univerze v Mariboru. Je predstojnica katedre za delovno pravo, nosilka predmetov Delovno pravo, Socialna varnost, Delovno in socialno pravo, prav tako je predstojnica Inštituta za delovna razmerja in socialno varnost.

Poleg tega je odgovorna urednica za področje delovnega prava pri reviji Podjetje in delo, članica uredniškega odbora revije Pravnik, članica uredniškega odbora revije Delavci in delodajalci in urednica za področje družboslovja pri reviji PAZU.

Je tudi predsednica Zveze društev za gospodarsko pravo Slovenije in članica upravnega odbora Zveze društev pravnikov Slovenije.

## **POVZETEK**

Predstavitev prispevka se osredotoča na vprašanje mobilnosti zdravnikov znotraj Slovenije, se pravi na možnosti njihovega opravljanja dela bodisi pri enem ali več delodajalcih oziroma na različnih pravnih podlagah. V pisnem prispevku bo vključena tudi čezmejna mobilnost.

Pri problematiki opravljanja dela zdravnikov je treba upoštevati več vidikov in med seboj ločiti več različnih situacij. Ob tem je treba upoštevati, da so zdravniki, zaposleni v javnih zdravstvenih zavodih javni uslužbenci, za katere velja poleg Zakona o delovnih razmerjih tudi prvi del Zakona o javnih uslužbencih, Zakon o sistemu plač v javnem sektorju, hkrati pa tudi Zakon o zdravniški službi in Zakon o zdravstveni dejavnosti.

V prispevku so obravnavane različne zakonsko urejene možnosti opravljanja dela, kot so sklenitev pogodbe o zaposlitvi za polni in krajši delovni čas, dopolnilna zaposlitev, opravljanje dela na podlagi drugih pogodb, pa tudi vprašanje prepovedi konkurence in vprašanje časovnih omejitev opravljanja dela.

V nadaljevanju so analizirane različne oblike oziroma kombinacije oblik opravljanja dela zdravnikov, ki se pojavljajo v Slovenji, razlogi za njihovo pojavljanje, ustreznost ureditve in možnosti zlorab.

Ena od teh kombinacij je delovno razmerje v javnem zdravstvenem zavodu in opravljanje dela po podjemni pogodbi v drugem javnem (ali zasebnem) zdravstvenem zavodu. Druga je delovno razmerje v javnem zdravstvenem zavodu in opravljanje dela preko oblike samostojnega

podjetnika. Tretja je sklepanje podjemnih pogodb med zdravniki in javnimi zdravstvenim zavodom, s katerim so ti zdravniki v delovnem razmerju.

# **PRIVATIZACIJA ZDRAVSTVA IN ZAVAROVALNIŠTVO**

*Prof. dr. Nada Bodiroga Vukobrat*

*Prof. dr. Hana Horak*

# ČEZMEJNI VIDIKI ODGOVORNOSTI ZDRAVNIKA – UČINKI TUJIH SODNIH ODLOČB V REPUBLIKI SLOVENIJI

*Prof. dr. Dragica WEDAM LUKIĆ, univ. dipl. pravnica  
Univerza v Ljubljani, Pravna fakulteta*

*Prof. dr. Ada POLAJNAR PAVČNIK, univ. dipl. pravnica  
Univerza v Ljubljani, Pravna fakulteta*

## **ŽIVLJENJEPIS**

### Dragica Wedam Lukić

Leta 1971 je diplomirala na Pravni fakulteti v Ljubljani. Po diplomi se je zaposlila kot asistentka pri katedri za civilno pravo. Hkrati je opravila pripravniško prakso na Okrožnem sodišču v Ljubljani in nato je leta 1973 opravila pravosodni izpit. Leta 1976 je zaključila magistrski podiplomski študij s področja civilnega prava, leta 1982 pa je dosegla akademski naslov doktorice pravnih znanosti. Leta 1982 je bila izvoljena za docentko, leta 1987 pa za izredno profesorico za področje civilnega procesnega prava. Leta 1993 je bila nato izvoljena v naziv redne profesorice za civilno procesno pravo in mednarodno zasebno pravo. Je strokovnjakinja na področju civilnega procesnega prava in mednarodnega zasebnega prava, ukvarja pa se tudi s problemi varstva človekovih pravic in medicinskim pravom. V letih 1994 in 1995 je bila prorektorica za področje vzgojno izobraževalnega dela na Univerzi v Ljubljani. Je članica dopisnega uredništva Zbornika Pravnog fakulteta u Zagrebu ter članica Odbora za mednarodno trgovinsko arbitražo (Committee on International Commercial Arbitration) pri International Law Association. Funkcijo ustavne sodnice je nastopila 1. aprila 1998. Funkcijo predsednice Ustavnega sodišča je opravljala od 11. novembra 2001 do 10. novembra 2004.

### Ada Polajnar-Pavčnik

Rojena leta 1947 v Ljubljani, redna profesorica za civilno in mednarodno zasebno pravo. Na ljubljanski pravni fakulteti diplomirala leta 1969, magistrirala leta 1976 in doktorirala leta 1981. Leta 1971 uspešno opravila pravosodni izpit. Na Pravni fakulteti v Ljubljani je bila prvič izvoljena za asistentko leta 1970, leta 1981 je postala docentka, leta 1987 izredna in leta 1993 redna profesorica. V tujini se je izobraževala na Dunaju, v Regensburgu in Parizu. Znanstveno in pedagoško se ukvarja z obligacijskim in mednarodnim zasebnim pravom. Objavila je monografijo Neveljavnost pogodb, komentar Zakona o mednarodnem zasebnem poravu (soavtorica) in Zakona o nepravdnem postopku (soavtorica), prispevke v knjigah Temeljne pravice kot osebne pravice, Pravo in medicina, (Ustavno)sodno odločanje (knjige so izšle v zbirki Pravna obzorja) ter številne članke. Predavala je na kongresih in znanstvenih konferencah doma in v tujini (Portorož, Reykjavik, Utrecht, Tokio, Seattle, Taipei). Sodelovala v delovnih skupinah za pripravo več zakonov). Po upokojitvi ji je senat Univerze v Ljubljani dne 6.12.2012 poselil naziv zaslužna profesorica.

## **POVZETEK PREDAVANJA PROF. DR. ADE POLAJNAR PAVČNIK**

Avtorica v uvodu prikaže pojem, vsebino in funkcijo mednarodnega zasebnega prava in se nato omeji na njegov kolizijski del. Uvodoma seznanjeni s temeljnimi teoretičnimi izhodišči kolizijske metode, nato preide na čezmejno odgovornost zdravnikov, kjer razčleni rešitve, ki jih prinašata slovenska in evropska zakonodaja na odškodninskem področju.

## **POVZETEK PREDAVANJA PROF. DR. DRAGICE WEDAM LUKIĆ**

### **1. Uvod**

Sodna odločba lahko kot akt državne oblasti neposredno učinkuje samo na ozemlju države sodišča, ki jo je izdalo, v drugih državah pa le, kolikor ji pravo te države priznava učinke. Zato se v primeru, če je slovenski zdravnik oziroma zdravstvena organizacija tožena v tujini, zastavlja vprašanje, ali in pod kakšnimi pogoji bo mogoče tujo sodno odločbo izvršiti v naši državi. V Republiki Sloveniji ureja pogoje in postopek za priznanje in izvršitev tujih sodnih odločb Zakon o mednarodnem zasebnem pravu in postopku, Uradni list RS, št. 56/99 (v nadaljevanju ZMZPP), razen če je na posameznem področju oziroma v razmerju s posamezno državo vprašanje medsebojnega priznavanja in izvrševanja sodnih odločb drugače urejeno. Za sodne odločbe, ki izvirajo iz držav članic Evropske Unije (v nadaljevanju EU), pa veljajo posebna pravila. Medsebojno priznavanje in izvrševanje sodnih odločb ureja več uredb, med katerimi pride v poštev zlasti Uredba št. 44/2001 z dne 22. 12. 2000 o pristojnosti in priznavanju ter izvrševanju sodnih odločb v civilnih in gospodarskih zadevah (BU I).

Po ZMZPP lahko o tem, ali tuja sodna odločba izpolnjuje pogoje za priznanje, odloči vsako (tudi izvršilno) sodišče kot o predhodnem vprašanju, vendar lahko stranka vedno zahteva, da se o priznanju odloči kot o glavnem vprašanju v posebnem (delibacijskem) postopku. ZMZPP ureja pogoje za priznanje in izvršitev tujih sodnih odločb v 95. do 103. členu. Oseba, ki zahteva priznanje tuje sodne odločbe, mora predlogu priložiti tujo sodno odločbo oziroma njen overjen prevod, če zahteva njena izvršitev, pa še potrdilo o njeni izvršljivosti po pravu države, v kateri je bila izdana. V nadaljevanju našteva zakon razloge za zavrnitev priznanja tuje sodne odločbe, na nekatere od njih pazi po uradni dolžnosti, na druge pa samo na zahtevo nasprotne stranke.

Po BU I velja sistem *ipso iure* priznavanja sodnih odločb, izdanih v eni državi članici, v drugih državah članicah, tako da za priznanje ni potreben noben poseben postopek (člen 33/1). Ne glede na to lahko »vsaka zainteresirana stranka« zahteva, naj sodišče o priznanju take odločbe odloči kot o glavnem vprašanju (člen 33/2). Poleg tega lahko sodišče, pred katerim teče postopek, v katerem je odločitev odvisna od odločitve o priznanju, o tem odloči kot o predhodnem vprašanju (člen 33/3). V primeru, če se zahteva izvršitev sodne odločbe, izdane v eni državi članici, v drugi državi, pa je treba najprej izvesti poseben postopek, v katerem se razglasi za izvršljivo (38. člen). Zahtevi za razglasitev izvršljivosti je treba priložiti tujo sodno odločbo ter potrdilo, ki ga na posebnem obrazcu, ki je priloga Uredbe, izda sodišče države izvora (53. člen). Sodišče odloči o razglasitvi izvršljivosti brez preizkusa vsebinskih predpostavk, ki jih Uredba določa v 34. in 35. členu. Te predpostavke sodišče preveri samo na zahtevo nasprotne stranke, pod nobenimi pogoji pa ni dopusten vsebinski preizkus tuje sodne odločbe. Po prenovljeni Uredbi št. 1215/2012 z dne 12. 12. 2012 o pristojnosti in priznavanju ter izvrševanju sodnih odločb v civilnih in gospodarskih zadevah, ki se bo začela uporabljati 10. januarja 2015, pa bodo sodne odločbe, izdane v eni od

držav članic, neposredno izvršljive v drugih državah članicah, s tem da bo imela oseba, zoper katero se bo zahtevala izvršitev, možnost zahtevati, da se izvršitev zavrne, če bo izpolnjen kateri od razlogov za zavrnitev priznanja.

V nadaljevanju bodo obravnavane posamezne predpostavke za priznanje in izvršitev tujih sodnih odločb.

## **2. Pristojnost sodišča države izvora odločbe**

Ena od temeljnih predpostavk za priznanje in izvršitev tujih sodnih odločb je, da je z vidika pravnega reda države, v kateri se zahteva priznanje oziroma izvršitev, pristojnost tujega sodišča sprejemljiva. V številnih pravnih sistemih se tuja sodna odločba prizna, če bi bilo v enakih okoliščinah za zadevo pristojno domače sodišče. Ker sodišče na posreden način uporabi lastna pravila o mednarodni pristojnosti, se v teoriji govori o posredni mednarodni pristojnosti. Taka ureditev je po večinskem stališču veljala po nekdanjem jugoslovanskem pravu do uveljavitve Zakona o koliziji zakonov s predpisi drugih držav v določenih razmerjih (ZUKZ) iz leta 1982, po katerem je bila razlog za zavrnitev priznanja tuje sodne odločbe samo izključna pristojnost jugoslovanskega sodišča (89. člen ZUKZ). Izključna pristojnost slovenskih sodišč je razlog za zavrnitev priznanja, ki se upošteva po uradni dolžnosti, tudi po ZMZPP (97. člen ZMZPP). Po prvem odstavku 98. člena ZMZPP pa se priznanje tuje sodne odločbe na ugovor osebe, proti kateri je bila izdana, zavrne, če je pristojnost tujega sodišča temeljila izključno na kateri od naslednjih okoliščin: državljanstvu tožnika, premoženju toženca v državi in osebni vročitvi tožbe v državi. Namen zakonodajalca je bil osebe, proti katerim se zahteva priznanje in izvršitev tuje sodne odločbe, zavarovati pred nekaterimi pristojnostmi tujih sodišč, ki po splošnem prepričanju veljajo za prekomerne (ekscesne). Pri tem pa je pokazalo kot sporno, ali je treba besedo izključno razumeti tako, da je razlog za zavrnitev priznanja podan, če sodišče države izvora v primeru, če ne bi bila podana katera od navedenih naveznih okoliščin, ne bi moglo odločati o zadevi, ali tako, da priznanja tuje sodne odločbe ni mogoče zavrniti, čim obstaja kakšna druga zveza med sporno zadevo in državo izvora. Poleg tega je razlog za zavrnitev priznanja, ki se upošteva samo na ugovor nasprotne stranke, če tuje sodišče ni upoštevalo dogovora o pristojnosti slovenskega sodišča (člen 98/2 ZMZPP).

Po BU I je razlog za zavrnitev priznanja oziroma izvršljivosti sodne odločbe, izdane v drugi državi članici, izključna pristojnost sodišč države priznanja po določbah Uredbe ter neupoštevanje pravil o pristojnosti v sporih v zvezi z zavarovanjem in iz potrošniške pogodbe, ki jih Uredba določa zaradi varstva šibkejše stranke (34. člen). Uredba izrecno ne predvideva možnosti, da se priznanje zavrne v primeru, če je pristojnost tujega sodišča temeljila na kateri od naveznih okoliščin, ki veljajo za neprimerne (državljanstvo tožnika, lega premoženja v državi, osebna vročitev v državi), vendar Uredba državam članicam izrecno prepoveduje uporabo teh naveznih okoliščin, če ima toženec prebivališče v kateri od držav članic EU (člen 3/2).

## **3. Prej izdana sodna odločba in litispendencia**

Po 99. členu ZMZPP se tuja sodna odločba ne prizna, če je bilo o isti zadevi že pravnomočno odločeno z odločbo slovenskega sodišča ali drugega organa ali če je v Sloveniji priznana tuja sodna odločba, ki je bila izdana o isti zadevi. V primeru, da v Sloveniji že teče pravda i isti zadevi, pa



sodišče počaka s priznanjem, dokler ta pravda ni pravnomočno končana. Po 34. členu BU I pa je razlog za zavrnitev priznanja, če je tuja sodna odločba nezdržljiva s sodno odločbo, izdano v državi, v kateri se zahteva priznanje, kot tudi če je nezdržljiva s predhodno sodno odločbo, izdano v drugi državi članici ali v tretji državi, pod pogojem, da predhodna sodna odločba izpolnjuje pogoje za priznanje v državi, v kateri se zahteva priznanje.

#### **4. Pravica do izjave v postopku**

Ena od splošno sprejetih temeljnih zahtev, ki jih mora izpolnjevati tuja sodna odločba, da jo je mogoče priznati v drugi državi, je, da je bila osebi, na katero se nanaša, zagotovljena pravica do izjave v postopku. Po 96. členu ZMZPP sodišče zavrne priznanje tuje sodne odločbe na ugovor osebe, proti kateri je bila izdana, če ugotovi, da ta zaradi nepravilnosti v postopku ni mogla sodelovati v postopku. To naj bi prišlo v poštev zlasti v primeru, če tej osebi ni bilo osebno vročeno pisanje, na podlagi katerega se je začel postopek, oziroma če osebna vročitev ni bila niti poskušena, razen če se je na kakršen koli način spustila v obravnavanje na prvi stopnji. Po BU I pa se tuja sodna odločba ne prizna, če tožencu, ki se ni spustil v postopek, ni bilo vročeno pisanje o začetku postopka ali enakovredno pisanje pravočasno in na tak način, da bi lahko pripravil obrambo, razen če toženec ni začel postopka za izpodbijanje sodne odločbe, čeprav je imel to možnost.

#### **5. Pridržek javnega reda**

Splošno uveljavljen razlog za zavrnitev priznanja tuje sodne odločbe je pridržek javnega reda. Po 100. členu ZMZPP se tuja sodna odločba ne prizna, če bi bil učinek njenega priznanja v nasprotju z javnim redom Republike Slovenije, BU I pa v 34. členu določa, da se tuja sodna odločba ne prizna, če bi bilo njeno priznanje v očitnem nasprotju z javnim redom v državi, v kateri se zahteva priznanje.

Pod pojmom javnega reda razumemo tista pravna pravila, s katerimi se varujejo najbolj temeljne vrednote posamezne pravne ureditve. Gre za vrednote, ki jih varuje ustava pa tudi mednarodne pogodbe, zlasti s področja varstva človekovih pravic, med katerimi je gotovo najpomembnejša Konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin (v nadaljevanju EKČP). Pojem javnega reda obsega materialnopravni in procesni vidik. Z materialnopravnega vidika pride pridržek javnega reda v poštev, kadar bi bile posledice, ki bi jih povzročilo priznanje tuje sodne odločbe, po vsebini v nasprotju z domačim javnim redom. V okviru procesnega javnega reda pa je treba presoditi, ali je postopek pred tujim sodiščem ustrezal temeljnim procesnim standardom, ki veljajo v naši državi. Ti izhajajo iz 22. člena Ustave, ki vsakomur zagotavlja pravico do enakega varstva pravic v postopkih, v katerih se odloča o njegovih pravicah in interesih, in iz prvega odstavka 6. člena EKČP., ki vsakomur zagotavlja pravico do poštenega postopka. Ustavno sodišče je vsebino te pravice opredelilo v odločbi Up-39/95 z dne 16. 1. 1997. Pojasnilo je, da iz določbe 22. člena Ustave, ki je poseben odraz pravice do enakosti pred zakonom iz 14. člena Ustave, izhaja dvoje. Po eni strani sodišče stranke ne sme obravnavati neenakopravno s tem, da bi v njegovi zadevi odločilo drugače, kot sicer redno odloča v vsebinsko podobnih primerih. Po drugi strani pa mora biti strankam zagotovljena enakopravnost v postopku tako, da mora imeti vsaka stranka možnost, da predstavi svoja stališča, vključno z dokazi, pod pogoji, ki je ne postavljajo v vsebinsko slabši položaj nasproti drugi stranki. V nadaljevanju je Ustavno sodišče še navedlo:

»Stranki in vsakemu, ki ima stranki enak položaj, mora zato biti omogočeno, da navaja argumente za svoja stališča, da se v sporu izjavi tako glede dejanskih kot glede pravnih vprašanj. Enako kot drugi stranki mu mora biti zagotovljena pravica navajati dejstva in dokaze, možnost, da se izjavi o navedbah nasprotne stranke ter o rezultatih dokazovanja kot tudi pravica, da je prisoten ob izvajanju dokazov. Pravici stranke, da se v postopku izjavi, pa na drugi strani odgovarja obveznost sodišča, da vse navedbe stranke vzame na znanje, da pretehta njihovo relevantnost ter da se do tistih navedb, ki so za odločitev bistvenega pomena, v obrazložitvi sodbe tudi opredeli.«

Vprašanje pa je, ali in v kakšnem obsegu naj sodišče v okviru pridržka javnega reda preizkuša, ali je bila v postopku pred tujim sodiščem tožencu zagotovljena pravica do poštenega sojenja. To, da je po 96. členu ZMZPP nemožnost sodelovanja v postopku poseben razlog za zavrnitev priznanja tuje sodne odločbe, ki se upošteva samo na ugovor stranke, govori za stališče, da sodišče na to kršitev ni dolžno paziti po uradni dolžnosti. Po drugi strani pa je treba upoštevati, da gre pri pridržku javnega reda za varovanje temeljnih vrednot pravnega sistema. Zato menim, da bi moralo sodišče po uradni dolžnosti zavriniti priznanje tuje sodne odločbe, če bi ugotovilo, da v postopku pred tujim sodiščem niso bili upoštevani minimalni procesni standardi, ki veljajo v našem pravnem sistemu.

## **6. Obstoj vzajemnosti**

Po 101. členu ZMZPP je razlog za zavrnitev priznanja tuje sodne odločbe tudi neobstoj vzajemnosti. Ker se obstoj vzajemnosti domneva do dokaza o nasprotnem, pa je mogoče priznanje tuje sodne odločbe zavriniti šele, če se ugotovi, da v državi, iz katere izvira, niso pripravljene priznavati slovenskih sodnih odločb.

## **7. Sklep**

Zaradi različnih pravil o mednarodni pristojnosti sodišč, ki veljajo v nekaterih državah, ni mogoče izključiti možnosti, da bo v primeru domnevne napake pri zdravljenju pacienta iz druge države o sporu odločilo tuje sodišče. Glede na pravila o priznanju in izvršitvi tujih sodnih odločb, ki veljajo v naši državi, pa bo odločba tujega sodišča skoraj gotovo priznana, še zlasti če bo obveljalo stališče, da sklicevanje na prekomerne pristojnosti iz 98. člena ZMZPP ne more biti uspešno, če je obstajala neka minimalna zveza med sporno zadevo in državo izdaje odločbe. Pristojnost tujega sodišča je pod določenimi pogoji mogoče izključiti s sklenitvijo sporazuma o pristojnosti slovenskega sodišča ali z dogovorom o kateri od alternativnih oblik reševanja spora, vendar se tudi v tem primeru lahko zgodi, da tuje sodišče tega ne bo upoštevalo. Glede na dosedanjo prakso slovenskih sodišč tudi ni mogoče napovedati, kako bo kljub določbi drugega odstavka 98. člena ZMZPP o priznanju tuje sodne odločbe odločilo slovensko sodišče, če bo tuje sodišče za neupoštevanje sporazuma o pristojnosti navedlo razloge.

V primeru pacientov iz drugih držav članic EU veljajo za določitev pristojnosti in za priznanje tujih sodnih odločb določbe BU I. Uredba tožencem iz držav članic EU načeloma zagotavlja, da so lahko praviloma toženi pred sodišči države svojega prebivališča oziroma sedeža (3. člen BU I). V sporih v zvezi z medicinskimi posegi bi poleg tega prišla v poštev še pristojnost po kraju, kjer je prišlo do škodnega dogodka oziroma po kraju, kjer je bila opravljena sporna storitev (5. člen

BU I). Kolikor bi bilo mogoče spor opredeliti kot spor iz potrošniške pogodbe. Po pa bi tožnik lahko vložil tožbo tudi v državi svojega prebivališča (16. člen BU I), sporazum o pristojnosti pa bi bilo mogoče upoštevati le, če bi bil sklenjen po nastanku spora, če bi bil sklenjen v korist potrošnika ali če bi bila dogovorjena pristojnost sodišča države, v kateri bi imeli obe pogodbeni stranki prebivališče v času sklenitve pogodbe (17. člen BU I). Po 15. členu BU I veljajo posebna pravila med drugim tudi v primeru, če je bila pogodba sklenjena z osebo, ki opravlja gospodarsko ali poklicno dejavnost v državi članici, v kateri ima potrošnik stalno prebivališče, ali če na kakršen koli način usmerja svojo dejavnost v to državo članico ali v več držav, vključno s to državo članico, pogodba pa je sklenjena v okviru te dejavnosti.

# INSTITUT VARUHA BOLNIKOVIH PRAVIC – OD ILUZIJE DO CILJA

*Dr. Ivan Krajnc, dr. med.  
Dekan Medicinske fakultete UM*

## **ŽIVLJENJEPIS**

Ivan Krajnc was born 15th September 1948 in Ožbalt ob Dravi, attended primary school in Ruše and high-school in Maribor, where he graduated in 1966. In autumn same year, he joined the Medical Faculty in Ljubljana, where he graduated 22nd January 1973.

Data on existing promotion:

- 3. 5. 1978: passed the medical specialist exam as a specialist of internal medicine, Faculty of Medicine, Ljubljana
- 25. 4. 1981: master's degree of medicine, Medical Faculty Zagreb, Croatia
- 22. 9. 1982: PhD. at the Medical Faculty Zagreb
- 26. 2. 1986: elected assistant professor for internal medicine (rheumatology), Medical Faculty Ljubljana
- 22. 4. 1996: elected associated professor for internal medicine (rheumatology), Medical Faculty Ljubljana
- 2. 7. 2001: re-elected associated professor for internal medicine, Medical Faculty Ljubljana
- 19. 6. 2001: elected full professor for internal medicine, University in Maribor

Since 1973 employed in General Hospital Maribor, today University Medical Centre Maribor.  
1988 Head of Department of rheumatology and immunology.

- 1. 3. 1989 Head of Department of Internal Medicine Maribor, 30. 12. 1997 Clinical Division of Internal Medicine Maribor
- 1. 9. 1999 medical director of General Hospital Maribor
- 30. 8. 2003 re-elected medical director of General Hospital Maribor till 20. 4. 2005
- 5. 11. 2003 Dean of Faculty of Medicine, Maribor (in establishment)
- 6. 11. 2004 – acting dean of Faculty of Medicine, Maribor
- 1. 12. 2004 dean of Faculty of Medicine, University of Maribor
- 21. 4. 2005 medical head of the Division of Internal Medicine, University Medical Centre Maribor
- 21. 11. 2008 re-elected dean of Faculty of Medicine, University of Maribor
- 8. 4. 1992 received honorary title "**Primarius**" (Ministry of Health of the Republic of Slovenia)
- 30. 12. 1997 title "**Adviser in Medicine**" (Ministry of Health of the Republic of Slovenia)
- 23. 12. 2002 title "**Senior Adviser in Medicine**" (Ministry of Health of the Republic of Slovenia)
- 13. 3. 2012 re-elected dean of Faculty of Medicine, University of Maribor

## **SCIENTIFIC AND PEDAGOGICAL WORK ABROAD (summary):**

- 1984/85: Rheumatology Clinic, Karolinska Institutet, Stockholm (Swedish fellowship)
- 1986/87: Divisions of Internal Medicine, Graz, University Clinic Graz, Department of Rheumatology (visiting specialist)

1986/87: Rheumatology Division, Department of Medicine, Indiana University  
1988/89: The Toronto Hospital, Toronto, Ontario, Canada, Rheumatology Division (fellowship of the Slovene Scientific Foundation)  
1989/90: Rheumatology Unit, Division of Medicine, Guy's Hospital, London (The British Council fellowship)  
1990/91: Medical Clinic III. with the outpatient's department of the Friedrich Alexander University, Erlangen – Nürnberg, Germany (fellowship of the Federal Republic of Germany)  
1992/93: The Toronto Hospital, Wellesley Hospital, Sunnybrook University Hospital, Toronto, Ontario, Canada  
1997/98: Rheuma Sonderkrankenanstalt, Baden, Germany (guest of the hospital)  
1998/99: University Medical Clinic, Karl-Franzens-University Graz, Austria (visiting professor)  
1998/99: University of Toronto, Rheumatic Disease Unit (visiting professor)  
1999: University Medical Clinic Graz (visiting professor), Klinisch-Pathologische Konferenz  
2000: Faculty of Medicine, Oulu, Finland (visiting professor)  
2001: Faculty of Medical and Human Sciences, University of Manchester, Great Britain (visiting professor)  
2002: Harvard Medical School, Boston, USA (visiting professor)  
2007: Faculty of Medicine, University of Pecs, Hungary  
2007: Medical Faculty, Wuerzburg, Germany (visiting professor)  
2007 Faculty of Medicine, Nottingham, Great Britain  
2008 Faculty of Medicine, Oulu, Finland (visiting professor)  
2008 Faculty of Medicine, Tel Aviv

#### **MEMBERSHIP IN RELEVANT INTERNATIONAL ORGANIZATIONS:**

- European League Against Rheumatism - EULAR
- Austrian Society of Rheumatologists - ÖGR
- New York Academy of Science
- The association of Medical Schools in Europe AMSE, AMEE
- 1988 -1992 Chairman of Rheumatology Section, Slovene Medical Society
- since 1992 member of the Permanent Professional Board of Internal Medicine of Republic of Slovenia
- member of the Association of European PhD Programmes ORPHEUS
- member of the Organizing and president of the Scientific Committee of the every-year meeting "Iz prakse za prakso" 2004-2010
- President of the Organizing Committee of the International Meeting MedRes In 2006
- invited lecturer on the Faculty of Medicine Oulo, Finland, Manchester, GB, Harvard, Boston, USA, Wuerzburg, Germany
- member of the Editorial Board of the WKW
- establisher of the Division of Internal Medicine of the Univesity Medical Centre Maribor
- establisher of the Faculty of Medicine, University of Maribor
- initiator and creator of the 5th voluntary contributions of the building of the Internal medicine in Maribor
- initiator of the establishment of the Patient's Rights Ombudsman

# **PATIENT'S ADVOCATE IN EUROPEAN SPACE OF FREEDOM, SECURITY AND JUSTICE**

## **(ZASTOPNIK PACIENTOVIH PRAVIC V EVROPSKEM PROSTORU SVOBODE, VARNOSTI IN PRAVIČNOSTI)**

*Mag. Michael PRUNBAUER*

*Head of legal section at the Lower Austrian Patient and Nursing Advocacy*

### **ŽIVLJENJEPIS**

\*born in 1981 in St. Pölten, Austria;

\*study of law at the University of Vienna (main emphases on medical law);

\*work placement at district court of St. Pölten;

\*work placement at the public prosecutor's office in St. Pölten;

\*head of the sections traffic and penalties at the district authority in Zwettl (Lower Austria);

\*Member of the Lower Austrian Patient Advocacy since 2004;

\*District-director of the Austrian Red Cross District Branch in Herzogenburg (Lower Austria) since 2011 (Honorary office).

# POMEN ZASTOPNIKA PACIENTOVIH PRAVIC V EU

*Viktor PILINGER, univ. diplomirani pravnik  
Zastopnik pacientovih pravic Maribor*

## **ŽIVLJENJEPIS**

Kot eden od dveh zastopnikov pacientovih pravic, je po imenovanju s strani Vlade RS pričel z delovanjem v Mariboru dne 01.12.2009. Je univ. dipl. pravnik in je večji del svojega službovanja delal kot davčni inšpektor DURS, najprej 20 let na Davčnem uradu v Ptujju in zadnjih 10 let pred upokojitvijo v letu 2012 na Davčnem uradu v Mariboru. Funkcija zastopnika pacientovih pravic mu predstavlja izziv in zadovoljstvo, saj šele sedaj po toliko letih dela z ljudmi ugotavlja, da na tem položaju dejansko pomaga pacientom, ki so nezadovoljni z zdravstveno oskrbo in so prepričani, da so bili s strani zdravstvenih delavcev in sodelavcev deležni neprimernega odnosa ali neustreznega ravnanja. Zadnji dve leti, ko opravlja zaupano delo kot upokojenec, dela precej več kot prva leta, saj se število pritožb pacientov iz leta v leto povečuje in dejansko poleg rednih objavljenih uradnih ur 3 dni v tednu po 4 ure dela precej več – v lanskem letu pa je tako poleg obveznih uradnih ur opravil še cca 40 % dodatnih ur, saj je število pritožb pacientov, njihova zahtevnost in zahtevnost vodenih postopkov dejansko zahtevala bistveno več angažiranja. 5-letni zakonsko predpisan mandat mu poteče sredi septembra letos in načrtuje, da bi za isto funkcijo kandidiral še en mandat, saj ima status »mlajšega upokojenca« in mu tako zdravstveno stanje kot veselje do dela na tem zdravstvenem področju prepričujeta v nadaljevanje tega dela. Ocenjuje tudi, da je v teh prvih letih reševanja sporov med pacienti in zdravniki pridobil veliko izkušenj in navezal redne in korektne kontakte predvsem z odgovornimi ljudmi v zdravstvu na Štajerskem in bi bilo opravljanje te funkcije v drugem mandatu zato bistveno olajšano.

# E-DOCUMENTATION AND CROSSBORDER HEALTHCARE

*Dr. Marta SJENIČIĆ, univ. dipl. pravnik  
Institute of Social Sciences, Belgrad  
Association of Lawyers for Medical and Health Law of Serbia-SUPRAM*

## **ŽIVLJENJE**

Marta Sjenicic is a lawyer, specialist for health and social law, with the PhD degree (“Compliance of the Patient as the damaged Party in the Civil Law”) and Masters degree (“HIV-infection and Civil Liability) in health law.

She has over 21 years experience working in the legislation area. Ms. Sjenicic has over 16 years experience in the area of health law: health insurance law, institutional building of health related institutions, health information system, patients rights and duties, rights to health care of the vulnerable groups (Roma population, persons with mental disabilities, children, pregnant women, etc), quality assurance in health area and accreditation of health institutions, implementation of screening programs in health area, etc. She has rich experience in the related EU legislation.

Ms Sjenicic has scientific background. She is scientific associate in the Legal Center of the Institute of social Sciences in Belgrade (<http://www.idn.org.rs/>) and president of the Serbian Association of Lawyers for Medical and Health Law-SUPRAM (<http://www.supram.org.rs/>). Working in scientific surrounding, she wrote a large number of articles. Ms Sjenicic has been working as a consultant in many national and international projects in the health and social area

## **POVZETEK**

E-health is, in many European countries, one of the health care areas that are in the fastest development, due to the endeavor to apply modern information and communication technologies for the purpose of meeting the needs of citizens, patients, health professionals and the health policy creators. E-health potentials are virtually endless and can reach from the delivery of health information and health control over the internet, through on-line consultations, issuing of drugs through electronic devices, till robotised surgeries or care of elderly population. European Union works actively in this field through different conventions and directives related to the patients' rights in cross-border healthcare, but also protection of individuals with regard to the processing of personal data. One of the most recent and important documents in this field was Working Document 01/2012 on epSOS (Article 29 Data Protection Working Party), which was enacted January, 2012, and which was the basis for, so-called epSOS project that has been implemented from July 1, 2008 till June 31, 2014. The main objective of epSOS project is to shape, establish and evaluate the infrastructure of services which would enable the crossborder operability between the system of electronic health documentation in Europe. epSOS project aims to develop practical frame for e-health and information-communication infrastructure that would be basis for the safe access to the information on patients' health, in the different European health systems.



# COMPARATIVE ANALYSIS OF IVF PROGRAMS IN THE EU

## (PRIMERJALNA ANALIZA IVF PROGRAMOV V EU)

*Professor Dr. Gordana KOVAČEK STANIĆ, univ. dipl. pravnica  
Faculty of Law Univ. of Novi Sad, Serbia*

### **ŽIVLJENJEPIS**

Hold a degree in law LL. B. 1981 (Faculty of Law Univ. of Novi Sad), masters degree LL.M. in 1987 in Civil Law (Faculty of Law Univ. of Novi Sad) and Ph. D. (Dr. Iur) in 1991 (Faculty of Law Univ. of Beograd). 1983 exam for judges and solicitors. Fall 2002 - present: Full Professor Faculty of Law Novi Sad, Serbia. Teaching subjects: Family Law, Succession Law, Comparative Family Law, Comparative Child Law, Civil Law Aspects of Biomedically Assisted Conception. Coordinator of Practical Legal Education Optional Group (Legal Clinics) from 2001-2004. President of the Board for law and economy of the Secretary for sciences and technological development of the Province Vojvodina (2005-). Member of the Commissions: Commission for drafting the Family Act of Serbia (2002-2005) which is enacted 2005, Commission for drafting the Act on implementing Convention on International Child Abduction, Commission for population policy of Vojvodina (2001-2005), Commission for evaluation of University programs (2002), Commission for social sciences of Matica Srpska (1999-). Member of the University of Novi Sad Board (2004-2006). Member of The International Society of Family Law (1997-). Fellow of The International Academy for the Study of the Jurisprudence of the Family.

Author of the five books and about 100 papers in Serbian and English. Participation in ISFL Conferences: Prague, Check Republic; Tossa de Mar, Spain; Beijing, China; Salt Lake City, Utah; Chester, United Kingdom; Vienna, Austria; Nassau, Bahamas; Lyon, France; New York, USA.

Specializations: In 1982 a course in Private International Law at the Hague Academy of International Law (The Netherlands), in 1989 four months at the Faculty of Law University of Uppsala (Sweden), in 1996, 1997 the project supported by the British Council at Christ's College at the Cambridge University (Great Britain), in 2003 the programme Balkan Law School Linkage Initiative at the Faculty of law, Rutgers, USA, European Coimbra group programm at University of Bristol Faculty of Law (UK), in 2011 scientific advancement at Freie University in Berlin, Germany, DAAD program.

### **POVZETEK**

The legislation of EU countries differs on the regulation of IVF programs as some countries have liberal and some have restrictive approach concerning regulation of particular procedures. The great difference exists in allowing or not some procedure, for instance, surrogate motherhood, embryo donation, post-mortem fertilization. Legislations that permit surrogate motherhood are: Greece, the United Kingdom, Ukraine, Georgia, Romania (in draft), some countries, such as the Netherlands do not have legislations about surrogate motherhood, although this practice is

considered permissible. In a certain number of European countries surrogate motherhood is expressly prohibited (Germany, Austria, France, Italy, Spain, Switzerland, Slovenia). Post-mortem fertilization is allowed in, for instance, United Kingdom, but banned in Switzerland, Austria, France. Procedures of embryo donation are allowed in, for instance United Kingdom, France, Greece, but banned in Switzerland, Austria etc.

Differences in regulation provoke appearance of the new phenomenon called reproductive tourism. Couples who need some procedure which is not allowed in their own country, go to the country in which the procedure is allowed. If the child is born and the couple wants to return to its country, different problems arise. One of the most important is the legal parentage of the child. Numerous cases of international surrogacy arrangements and their legal effects in different national legal frameworks have caused a need to weigh the possibility and necessity of regulating the issue on international level. Since 2011, the Hague Conference on Private International Law has been involved in preliminary research activities of this issue. In 2014 it will be decided on the need to draft an international instrument.

# **CROSS-BORDER HEALTHCARE FROM ITALIAN PERSPECTIVE**

## **(ČEZMEJNO ZDRAVSTVENO VARSTVO – ITALIJANSKI POGLED)**

*Gabriele MOLINARO, univ. dipl. pravnik  
University of Milan (Italy)*

### **ŽIVLJENJEPIS**

Gabriele Molinaro is a PhD candidate at the University of Milan and cooperates with the Chair of civil procedure at the University of Pavia. He graduated in law in 2010 at the University of Pavia and started his PhD program in 2011. Since 2013 he is a qualified lawyer in Italian bar, specialized in civil and employment litigation. He is author of articles and comments concerning Italian civil justice. In March 2014 he has been invited by the University of Maribor as a foreign visiting lecturer.

### **POVZETEK**

Article 32 of Italian Constitution defines health not only as an individual fundamental right, like article 25 of the Charter of Fundamental Rights of the E.U., but also as a public interest. This definition has been construed as imposing on the State institutions a fundamental task to build and maintain a public health system that ensures the necessary medical treatments not only to the citizens, but also to the foreigners that need them while staying in the Republic. In 1978 the National Health Service (Sistema Sanitario Nazionale, SSN) was established to this purpose. The 20 Italian regions now manage the SSN, under some basic standard rules fixed by the national Parliament and Government. The SSN grants to anyone, even to illegal immigrants, the right to receive the urgent and essential medical treatments in a public health facility. Furthermore, poor people can get those treatments for free. Beside those qualities, the Italian system also has some disadvantages, above all the delays that affect non-urgent cases and the difficulty to choose the doctor when using a public health facility.

# POMEN SODELOVANJA ZDRAVNIŠKIH ZDRUŽENJ V EU

*Prim. Andrej MOŽINA, dr. med.*

*Brane DOBNIKAR, univ.dipl. prav.*

## **ŽIVLJENJEPIS**

Prim. Andrej Možina, dr. med.

Rojen v Ljubljani 1953, kjer je tudi diplomiral na medicinski fakulteti v Ljubljani. Prve korake v zdravstvu je pričel kot zdravnik splošne medicine in nato nadaljeval specializacijo iz ginekologije in porodništva. Karierno pot je nadaljeval na ginekološki kliniki Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani in kot vodja oddelka za ginekološko operativno večji del časa posvetil klasični ginekološki in onkološki kirurgiji. Njegovo usmerjeno delovanje je bilo odkrivanje in konzervativno zdravljenje prekanceroz materničnega vratu in kolposkopija. Bil je soustanovitelj in predsednik Združenja za ginekološko onkologijo, kolposkopijo in cervikalno patologijo Slovenije pri Slovenskem zdravniškem društvu. Njegovo delo na področju raziskovalnega dela, publicistike, člankov in prispevkov na konferencah obsega 157 dejanj.

Velik del svojega življenja je posvetil prizadevanjem za uveljavitev zdravniškega stanu. Od priprav pri uveljavitvi samostojne kolektivne pogodbe za zdravnike, do štirih mandatov poslanca Zdravniške zbornice Slovenije, 10 letnega dela v vodstvu zbornice v kateri je bil 2 mandata tudi podpredsednik. Leta 2012 je prejel priznanje oziroma naziv zaslužni član ZZS za izjemen prispevek pri uveljavljanju poslanstva stanovske organizacije doma in v tujini. V jeseni 2012 je bil na volitvah izvoljen za predsednika zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije Zdravniške zbornice Slovenije.

Brane Dobnikar

Rojen v Ljubljani 1962, kjer je tudi diplomiral na Pravni fakulteti. Po 5 letih dela v pravni/odvetniški pisarni, kjer se je ukvarjal predvsem s civilnim pravom, je od 1992 kariero nadaljeval v zdravstvu, ko je delal v vodstvu zavoda za Zdravstveno zavarovanje Slovenije, od 1997 do 2010 ter od 2012 dalje pa kot generalni sekretar Zdravniške zbornice Slovenije. V letih 2010 do 2012 se je ukvarjal s svetovanjem pri pripravi zdravstvenih reform v drugih državah in pisanjem zakonodaje, zlasti na področju evropske regulative zdravstva in uveljavljanja Acquis Communautaire v nacionalnih zakonodajah članic EU ter kandidatka za članstvo.

## **POVZETEK**

V evropskem prostoru delujejo številne organizacije zdravnikov, ki se ukvarjajo z vprašanji regulative zdravniškega in zobozdravniškega poklica, splošnimi vprašanji zdravstvenega varstva in varstva pacientov ter skrbi za njihovo zdravje ter strokovnimi vprašanji tako medicinske narave kot tudi strokovnimi vprašanji, na podlagi katerih se sprejemajo predpisi pristojnih evropskih institucij. Te organizacije sprejemajo tudi stališča in priporočila za sprejemanje predpisov in priporočil na mednarodnem področju, predvsem različnih pristojnih institucij EU. Organizacije

medsebojno sodelujejo ter za večino vprašanj, ki so skupne narave, poskušajo najti tudi skupno stališče.

Slovenski zdravniki delujejo na mednarodnem področju v dveh tipih organizacij. **Članskih**, ki imajo formalno strukturo in pravila delovanja ter **neformalno organiziranih**. Nekatere od slednjih imajo vseevropski značaj, nekatere so regionalna združenja za sodelovanje in izmenjavo mnenj, ki so zaradi zgodovinske ter geografske povezanosti njim lastna.

#### **Formalno organizirane so:**

- CPME - krovna organizacija evropskih zdravniških referenčnih zbornic/združenj in ima hkrati tudi pridružene resorne (po vsebini) asociacije, ki delujejo na enem od strokovnih, nivojskih (po organizaciji zdravstvenega varstva) ali delovnopравnih (za zdravnike) področij;
- CED – združenje evropskih zobozdravniških zbornic;
- UEMO - združenje zbornic, ki zastopajo splošne/družinske zdravnike;
- UEMS - združenje zbornic, ki zastopajo zdravnike (praviloma) specialiste na sekundarni/terciarni ravni;
- AEMH – združenje zbornic, ki predstavljajo bolnišnične zdravnike;
- FEMS - združenje reprezentativnih nacionalnih zdravniških sindikatov;
- EANA – združenje predstavnikov zasebnih zdravnikov
- EJD – združenje predstavnikov mladih zdravnikov (specializantov)
- EFMA-WHO -

Te organizacije imajo vseevropski značaj, članice so nacionalne zdravniške zbornice oz druge asociacije.

#### **Neformalna združenja so:**

- ENMCA - združenje pristojnih regulatorjev za poklic zdravnika v EU državah (člani iz večine držav EU); obstaja institut članstva, ne pa statutarna ureditev;
- FEDCAR – združenje pristojnih regulatorjev za poklic zobozdravnikov v EU državah (člani iz polovice držav EU); obstaja institut članstva, ne pa statutarna ureditev;
- CEOM–ECMO – združenje evropskih zdravniških redov (praviloma so to reprezentativne zbornice/asociacije);
- ZEVA – združenje zbornic večine držav, ki so se priključile EU v letu 2004 ter nekaterih drugih sosednjih držav (Avstrija, Nemčija), ter balkanskih držav;
- GIPEF – združenje zbornic nekaterih mediteranskih držav;
- Združenja, ki obravnavajo na operativnem nivoju posamezna pravna in druga strokovna vprašanja vloge in statusa zdravnikov in zdravniškega poklica in njegove regulative (HPCB, IAMRA, WAML,

Nekatere t.i. nečlanske so namenjene zlasti strokovni izmenjavi stališč in obravnavi posameznih vprašanj regulacije zdravniškega poklica ter pripravi skupnih stališč za uveljavljanje interesov zdravstva pri Evropski Komisiji, Evropskem parlamentu ter drugih pristojnih inštitucijah EU.

Večina vprašanj, s katerimi se srečujejo zdravniki iz evropskih držav je istih ali zelo podobnih. Ta se nanašajo na več sklopov, kot so strokovnomedicinska vprašanja, medicinskoetična vprašanja, vprašanja izobraževanja v poklicu ter zlasti vprašanja podiplomskega usposabljanja, stalnega

spremljanja strokovnega razvoja v medicini in vseživljenjskega učenja. Navsezadnje se zdravniki vseh držav srečujejo posredno ali celo neposredno tudi z vprašanji delovanja zdravstvenega sistema in dela v okviru razpoložljivih finančnih možnosti posamezne nacionalne ekonomije, saj je od razpoložljivih virov odvisna možnost razvoja medicinske in drugih podpornih znanosti ter nudenje najboljših možnih storitev pacientom.

Vsa ta področja naslavljajo na zdravnike številna vprašanja in dileme v vsakodnevni praksi. Zato se zdravniki držav članic EU povezujejo, izmenjujejo stališča, pripravljajo predloge in o marsikaterem vprašanju pripravljajo standarde.

Če pogledamo že vprašanja ustrezne strokovne usposobljenosti zdravnikov, ki je eden od t.i. reguliranih poklicev v okviru EU, so bila v preteklosti (kot eno prvih področij, ki je bilo vsaj deloma poenoteno) pripravljene direktive, ki narekujejo minimalne standarde za dodiplomsko izobraževanje in pa tudi podiplomsko usposabljanje. Dandanes gredo razmišljanja tudi v smeri priprave smernic za vseživljenjsko učenje in spremljanje ter uporabo strokovnih dosežkov znanosti.

Prednostna poglavja sodelovanja so tudi skrb za kakovostno zdravstveno varstvo in strokovno obravnavo pacientov in varnost pacientov, zagovarjanje stališča, da mora biti prioriteta zdravja v vseh politikah države (od področja varne prehrane, prizadevaj proti vse večjemu problemu debelosti, boj proti nezdravemu življenjskemu slogi, ki prinaša visoka zdravstvena tveganja,...) krepitev vloge pacienta v procesih zdravljenja, varna mobilnost pacientov in zdravnikov, uveljavljanje visokih etičnih standardov zdravniškega dela ter krepitev partnerskega odnosa zdravnik-pacient, njunega medsebojnega zaupanja, skrb za varnost in varno upravljanje s pacientovimi osebnimi podatki, podpora k preventivnim aktivnostim in zgodnjemu odkrivanju bolezni.

Zagotavljanje profesionalne avtonomije ter samoregulative poklica sta prav tako pomembni prioriteti delovanja in sodelovanja zdravnikov v EU in kot taka garanta za zagotavljanje čim kakovostnejše obravnave pacientov. Eno najpomembnejših načel evropskih zdravnikov je enaka dostopnost pacientom do zdravstvenih storitev. Ni zanemariti prizadevanja zdravniških organizacij, nacionalnih in mednarodnih, za izboljšanje delovnih pogojev zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev, kar vse prinaša dobrobit pacientom.

Dejstvo je, da imajo države EU zelo različne zdravstvene sisteme, so ekonomsko bolj ali manj uspešne, za zdravstveno varstvo in druge aktivnosti, ki prispevajo h kakovostnejšemu in bolj zdravemu življenju namenjajo zelo različno količino denarja. V vseh prizadevanjih za dobrobit pacientov se evropske zdravniške asociacije ter seveda nacionalne predstavnice v teh organizacijah med seboj vzajemno podpirajo, izmenjujejo stališča in dobre prakse ter jih prenašajo v svoja domača okolja.

# INTERCONNECTION OF EU PROJECTS IN LIFE SCIENCES: A NEW MEDICAL AND SOCIAL CHALLENGES

*Prof. dr. Krešimir PAVELIĆ, dr. med.*

*Department of Biotechnology, University of Rijeka, Rijeka, Croatia*

## **ŽIVLJENJEPIS**

Dr. Krešimir Pavelić, pročelnik je Odjela za biotehnologiju Sveučilišta u Rijeci te donedavni Predstojnik Zavoda za molekularnu medicinu Instituta “Ruđer Bošković” generalni tajnik European Molecular Biology Conference, obnašao je dužnost predsjednika Nacionalnog vijeća za znanost RH, redovni je profesor Sveučilišta u Rijeci i Sveučilišta u Zagrebu. Dopisni je član Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti, redovni član Akademije medicinskih znanosti Hrvatske i redovni član EMBO (najjača svjetska akademija u području prirodnih znanosti o životu). Član je upravnog vijeća European Molecular Biology Laboratory (EMBL) te član Standing Committee, European Medical Research Council. Obnašao je dužnost predsjednika povjerenstva za državne nagrade za znanost iz područja prirodnih znanosti a član je i Odbora Hrvatskog Sabora za državne nagrade za znanost.

## **POVZETEK**

Almost all diseases have a genetic component: we are born with a genome that imbues us with a certain risk of disease. The earlier we can detect and quantify this risk, the earlier we can intervene. The rapid developments in biomedical research can thus enable a revolution in health care. It turns out however that knowing a gene's sequence by itself is only of partial use to inform on a specific disease risk or explain heterogenic responses to treatment. Except in a few particular monogenic diseases, one gene alone is not the ultimate predictor. What is often more pertinent to know is, it appears, which proteins and other key molecules are actually present in specialized groups of cells. These characteristics are termed the ‘*cellular phenotype*’, the actual observable traits of an organism. Hence, an important goal in personalized genomic medicine involves identifying the traits that a cell actually exhibits in terms of quantifiable alterations in the expression of molecules such as proteins, different RNA forms, carbohydrates, lipids and other metabolites. In this regard, proteomic, transcriptomic, glycomic, lipidomic and metabolomic profiling provide a picture of the cell that is much closer to the disease than genetic profiling alone. Finally, an additional level of complexity that has emerged as a result of genome-wide analysis and insight from molecular studies on gene regulation is the epigenome. While two people might have identical gene sequences at a particular point on their genome, the way that their individual DNA is packaged into chromatin at that point can have a profound effect on the activation of that gene and as a consequence its involvement in a pathophysiological pathway that leads to disease. In order to facilitate the implementation of genomic personalised medicine into healthcare and thereby fully benefit at the societal level from the potential significant contributions made by this novel area to modern medicine, integration needs to be well prepared and based on thorough strategic analysis.

EU taken initiative in Horizon 2020 to launch a strategic projects of the emerging field of personalised medicine. This would involve the following general areas: emerging technologies,

data management and analysis, implementation into the clinic, economic and legal aspects, and social and societal impacts of personalised medicine. The challenges ahead are significant, and it is becoming clear that regulatory systems operate in a far more complex ways than we might have previously thought. Nevertheless, these technologies could lead to innovative therapies, limit adverse effects of treatments, increase the quality of clinical care, create an optimal fit between a patient and a treatment, and decrease the costs of healthcare. There are some ethical, legal, and social implications: privacy and fairness in the use of genetic information, including the potential for genetic discrimination in employment and insurance; the integration of new genetic technologies, such as genetic testing, into the practice of clinical medicine, ethical issues surrounding the design and conduct of genetic research with people, including the process of informed consent and the education of healthcare professionals, policy makers, students, and the public about genetics and the complex issues that result from genomic research.

Concerning the research priorities in genomic medicine several important issues are present - the issues that arise in the design and conduct of genomic research, particularly as it increasingly involves the production, analysis and broad sharing of individual genomic information that is frequently coupled with detailed health information. Important issue is genomic health care. How rapid advances in genomic technologies and the availability of increasing amounts of genomic information influence how health care is provided and how it affects the health of individuals, families and communities. There are some broader societal issues. The normative underpinnings of beliefs, practices and policies regarding genomic information and technologies, as well as the implications of genomics for how we conceptualize and understand such issues as health, disease, and individual responsibility. In addition, as personal genomic information permeates many aspects of society, it will have profound implications for how we understand ourselves as individuals and as members of families, communities, and society and even for how we understand what it means to be human. Long-held beliefs about the continuum between health and disease may be transformed, as will concepts of free will and responsibility. These conceptual shifts may have implications for current approaches to research, health and social policies, and will require both careful study and the development of practical mechanisms to translate the findings of these studies into language and formats that are relevant and useful to those involved in the development and implementation of these policies. Concerning the legal, regulatory and public policy issues, the effects of existing genomic research, health and public policies and regulations and the development of new policies and regulatory approaches are of importance.

Some specific examples of topics related to genomic research in which further research is needed include, but are not limited to: recruitment issues (including diversity in research participation), perceptions of risks and benefits by the public, research participants, researchers, issues in informed consent in genomic research (including unexpected results or results in which there are no interventions to offer), return of individual research findings (including incidental findings), privacy and identifiability of genomic information, data sharing and data security, governance structures for genomic repositories (including treatment of archived samples, such as newborn bloodspots), compensation to sample and data providers, fair distribution of benefits from research, third-party benefits and risks of genomic research (including effects on family members and broader communities), use of tissue and health data from deceased individuals in genomic research; role of community consultation and engagement, relationship between ancestral



biomarkers and self-identified race and ethnicity and incorporation of these variables in genomic research

# **PATIENT'S SAFETY IN CROSSBORDER CARE**

## **(VARSTVO PACIENTOV V ČEZMEJNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU)**

*Dr. Eva TURK, dr. med.*

*Oddelku za strateške raziskave in inovacije*

*DNV GL, Oslo, Norveška*

### **ŽIVLJENJEPIS**

Dr. Eva Turk je zaposlena kot raziskovalka na oddelku za Strateške raziskave in inovacije, v DNV GL v Oslu na Norveškem, kjer se ukvarja predvsem z raziskavami na področju na bolnika osredotočene oskrbe in upravljanja s tveganji v zdravstvu. Sodeluje v evropskem projektu Joint Action on Patient Safety and Quality of Care.

Preden se je pridružila DNV GL, je bila zaposlena na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje v Ljubljani, kjer je bila odgovorna za razvoj vrednotenja zdravstvenih tehnologij (HTA) v Sloveniji. Sodelovala je v številnih evropskih raziskovalnih projektih, med drugim v Joint Action EUnetHTA, kjer je bila vodja projekta za Slovenijo. Prav tako je sodelovala v več nacionalnih in mednarodnih projektih za vrednotenje zdravstvenih tehnologij, čezmejno mobilnost pacientov, in dolgotrajno oskrbo. Poleg tega je delovala kot neodvisna nacionalna strokovnjakinja za ocenjevanje socialno-ekonomskega vpliva socialnih reform v imenu Evropske komisije. Eva je avtor/soavtor številnih znanstvenih in strokovnih člankov.

Izobrazba: Magistra ekonomije (2003- Wirtschaftsuniversitaet Wien (WU-Wien), Avstrija), Specializacija- Krankenhausmanagement (2005, WU-Wien), MBA Healthcare management (2007, WU-Wien), PhD (2013, University of Oulu, Medical Faculty, Finska)

# SODNO IZVEDENIŠTVO IN ČEZMEJNO ZDRAVLJENJE

*Prof. dr. Jože BALAŽIC, dr. med.*

## **ŽIVLJENJEPIS**

Rojen 20. februarja 1954 v Renkovcih. Po končani osnovni šoli je nadaljeval šolanje na Gimnaziji Miloš Zidanšek v Mariboru in nato študij medicine na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani. Po diplomi se je zaposlil kot zdravnik-pripravnik v Zdravstvenem domu Ljubljana, Enota Šiška, V februarju 1984 se je zaposlil na Inštitutu za sodno medicino na Medicinski fakulteti v Ljubljani kot zdravnik specializant pod mentorstvom priznanega profesorja in akademika Janeza Milčinskega. Leta 1985 je bil izvoljen v naziv asistenta za predmet sodna medicina in medicinska deontologija. Po opravljenem specialističnem izpitu v letu 1988 se je posvetil znanstveno raziskovalnemu delu na področju raziskav časa nastopa smrti, ki ga je uspešno zaključil z zagovorom doktorske disertacije leta 1992. Leta 1995 je bil izvoljen v naziv docenta, leta 2001 v naziv izrednega profesorja in leta 2006 v naziv rednega profesorja za predmet sodna medicina in medicinska deontologija. V letih 2001 do 2005 je opravljal funkcijo prodekana na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani. Od leta 1999 vodi Inštitut za sodno medicino kot predstojnik v svojem tretjem mandatu.

Od leta 1992 je tožilec pri Zdravniški zbornici Slovenije. Od leta 1998 pa do 2010 je vodil Komisijo za fakultetna izvedenska mnenja. Dva mandata je tudi član Komisije za medicinsko etiko Republike Slovenije.

Na strokovnem področju je bil mentor številnim specializantom sodne medicine, patologije, kirurgije, ortopedije in travmatologije. Na področju znanstveno raziskovalnega dela se ukvarja z modeliranjem človeškega telesa v medicini in tehniki. Na strokovnem področju se ukvarja predvsem s preiskavami na področju DNK, ki jo je uvedel na inštitutu že v letu 1995. Strokovno se je izpopolnjeval na Univerzi v Münstru v Nemčiji.

Na pedagoškem področju je nosilec pouka sodne medicine in nosilec pouka medicinske deontologije za študente medicine na Medicinski fakulteti v Ljubljani, na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru pa je od leta 2012 predstojnik Katedre za sodno medicino. Na dodiplomskem študiju je nosilec predmeta sodna medicina na Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani, na podiplomskem študiju pa nosilec predmeta prometna kriminalistika na Fakulteti za strojništvo Univerze v Ljubljani in na Fakulteti za pomorstvo in promet. Na ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani je nosilec predmeta etika in management v zdravstvu na bolonjskem podiplomskem študiju.

Kot strokovni, znanstveni ter pedagoški delavec je avtor in soavtor več kot 250 člankov v odmevnih mednarodnih ter domačih znanstvenih in strokovnih revijah in član uredniškega odbora sodnomedicinske revije Rechtsmedizin pri založbi Springer v Nemčiji.

Bil je mentor in komentor večim doktorandom na Medicinski fakulteti v Ljubljani, na Teološki fakulteti v Ljubljani, na Fakulteti za Logistiko v Celju in na Fakulteti za strojništvo v Mariboru in

na Filozofski fakulteti Univerze v Ljubljani. Je član domačih in tujih združenj iz področja sodne medicine in medicinske etike, prav tako je član Pomurske akademije.

# PROBLEMI ČEZMEJNE UPRABE MEDICINSKIH PODATKOV

*Prof. dr. Vojko FLIS, dr. med.,  
Kirurška klinika  
Univerziteni klinični center Maribor, Slovenija  
E-mail:vojko.flis@ukc-mb.si*

## **ŽIVLJENJEPIS**

Vojko Flis se je rodil 7.11.1955 v Mariboru, kjer je zaključil osnovno šolo in leta 1974 gimnazijo (gimnazijo Miloša Zidanška). Po gimnaziji se je vpisal na Medicinsko fakulteto v Ljubljani, kjer je diplomiral 22.5.1979. Že med študijem je bil vključen v raziskovalne projekte. Kot študent je dvakrat dobil Prešernovo nagrado ljubljanske univerze in enkrat Prešernovo priznanje. Po končani fakulteti je tri leta delal kot splošni zdravnik v ambulanti na Sladkem Vrhu pri avstrijski meji. Leta 1983 je dobil specializacijo iz splošne kirurgije v Splošni bolnišnici Maribor. Specialistični izpit je opravil 28.5.1987 v Ljubljani.

Med specializacijo se je usmeril v žilno kirurgijo. Del specializacije (šest mesecev) je opravil na kardiokirurški kliniki Univerze Karl Franzens v sosednjem Gradcu. Po specializaciji je kot raziskovalec sodeloval v številnih raziskovalnih projektih. Vsi so bili iz področja žilne kirurgije. Naj navedemo samo nekatere: Takojšnja namestitve mavčevega stroka in zgodnja rehabilitacija po podkolenski amputaciji (leta 1986; nosilec prim.dr.B.Novak) ali Otekanje goleni po revaskularizaciji golenskih arterij (leta 1992; nosilec prof.dr.K.Miksić). Doktorsko disertacijo je zagovarjal leta 2005 na novo ustanovljeni medicinski fakulteti v Mariboru.

Eden izmed zadnjih raziskovalnih projektov, v katerih trenutno sodeluje, je multicentrična evropska raziskava (pričela se je leta 1994 in še traja) z naslovom »Usoda bolnikov z asimptomatsko stenozo notranje karotidne arterije – primerjava med operiranimi in konzervativno zdravljenimi bolniki (ACST 1,2 trial), ki ga vodi oksfordska skupina nevrologov pod vodstvom Alison Halliday iz St.George's Hospital Medical School v Londonu. Celotna skupina je v zadnjih letih objavila več kot dvajset člankov v revijah, ki jih citira SCI oziroma SSCI. Zaključek prvega dela raziskave je bil objavljen tudi v reviji Lancet. Sicer se je Vojko Flis izpopolnjeval v številnih tujih centrih (Texas Heart Institute v ZDA, Charing Cross v Angliji, ipd.) in opravlja še številne druge stvari. Je član Evropskega združenja za žilno kirurgijo (ESVS), Svetovnega združenja za kardiovaskularno kirurgijo (ISCVS) in Svetovnega združenja za hepato-biliarno kirurgijo (HPBS). Leta 2006 je bil izvoljen za prvega predsednika Združenja žilnih kirurgov Slovenije.

Je izredni profesor za kirurgijo na katedri za kirurgijo Medicinske fakultete v Mariboru, predstojnik Oddelka za žilno kirurgijo in strokovni vodja Kirurške klinike Univerzitetnega kliničnega centra v Mariboru.

## **POVZETEK**

Z evropsko direktivo o čezmejnem zdravljenju se s posebnega zornega kota zastavljajo številna vprašanja o čezmejnem ravnanju z medicinsko dokumentacijo. Večina jih ni ustrezno rešena.

Najprej ni rešeno vprašanje jezika, v katerem naj bo dokumentacija dostopna. Po analogiji reševanja jezikovnih zagat v evropskem parlamentu bi bilo pričakovati, da bo na podoben način rešeno vprašanje jezika v medicinski dokumentaciji. To je kajpak zgolj želja, saj ni niti predloga veljavnega evropskega dokumenta, ki bi se s tem vprašanjem ukvarjal. Vendar je problem v medicini pomemben, saj je od uporabljene medicinske terminologije, ki se v jezikih držav članic EU lahko pomembno razlikuje, odvisna varnost bolnika. Na čezmejni ravni prav tako ni rešeno vprašanje o minimalni obvezni vsebini medicinske dokumentacije in o njeni obliki. Ko gre za vsebino in obliko, je videti, da je oblikovalec direktive o čezmejnem zdravljenju domneval, da bo bodo države članice zelo hitro prešle na elektronsko vodenje medicinske dokumentacije (1). Hkrati je predvideval, da se bo v Evropi vzpostavilo osrednje, nadnacionalno elektronsko skladišče medicinskih podatkov (1). Pri tem pa niti v teh predvidevanjih niti v sedanji realnosti, ko večina držav članic niti na nacionalni ravni nima v celoti urejenega elektronskega vodenja medicinskih podatkov in temu prirejene zakonodaje (2), v Evropi ni splošno sprejetih ustreznih pravnih in drugih varoval, ki bi bolnike ščitila pred napakami v podatkih in pred zlorabo podatkov. Ob tem obstajajo velike razlike že znotraj držav članic. V Nemčiji na primer ni dovoljen prenos medicinskih podatkov med osebnimi zdravniki in bolnišnicami. Na Danskem je tak prenos celo zaželen (1). Ob tem nacionalne zakonodaje pravno zelo različno obravnavajo občutljive osebne podatke, zelo različen pa jetudi pogled na to, kako dolgo jih je potrebno varovati. Pri morebitni nadnacionalni uporabi medicinskih podatkov je tako pričakovati velike težave zaradi posebnih pravnih pogledov nacionalnih zakonodaj, problem pa bo tudi pravna in etična obravnava morebitne nadnacionalne zlorabe podatkov (3,4): kdo bo v primeru medicinskih napak, izvirajočih iz napačne dokumentacije (vzroki za napake so na primer lahko slabo programje, slabo vodenje zbirke, ipd), odškodninsko odgovoren in kje bodo tekli morebiti sodni procesi; kako zagotoviti varnost podatkov in preprečiti sistemsko uhajanje ter celo prodajanje podatkov (1,3), kako zagotoviti zasebnost podatkov in bolnikov nadzor nad njimi, ipd. V Evropi zaenkrat ni soglasja niti o temeljnem krovnem dokumentu (predlog uredbe Evropskega parlamenta in Sveta o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku takih podatkov (Splošna uredba o varstvu podatkov) (COM(2012)0011 – C7-0025/2012 – 2012/0011(COD)) je šel 12.3.2014 šele v redni zakonodajni postopek), kaj šele, da bi bilo doseženo čezmejno soglasje o ravnanju z medicinskimi podatki, ki so običajno opredeljeni kot posebej občutljivi podatki. Avtor v svojem prispevku razpravlja o nakazanih problemih čezmejne uporabe medicinskih podatkov.

#### Literatura:

1. Kirkegard P. Electronic health record: wiring Europe,s healthcare. Computer law&security review 2011;27:503-515.
2. Buddrus U. Managing Director HIMSS Analytics. EMR adoption in Europe. Presented at Leaders in Health IT Symposium on 10 May 2011, Budapest.
3. EU commission. Legally eHealth. Putting ehealth in its European legal context. Information Society and Media Directorate-General Directorate H - ICT adressing Societal Challenge 2008.
4. Abaluck B, Cohen A, Kimmel SE et al. Role of Computerized Physician Order Entry Systems in Facilitating Medication Errors. Journal of the American Medical Association, March 9, 2005.

# CIVILNA DRUŽBA – DOSTOPNOST INVALIDOV DO ČEZMEJNEGA ZDRAVLJENJA

*Mag. France PROSNIK, univ. dipl. psiholog*

## **ŽIVLJENJEPIS**

Rojen leta 1945 v Slov. Konjicah. Kot predzadnja generacija osemletne klasične gimnazije v Mariboru srednje šolanje končal na Prvi gimnaziji. Od leta 1964 do 1969 študiral na Filozofski fakulteti v Ljubljani na oddelku za psihologijo, 1971 opravil diplomski izpit iz psihologije – klinična smer, 1984 pridobil naslov magistra klinične psihologije, 1995 pa naziv svetnik. Postdiplomsko se izobraževal na področju Gestalt-terapije.

Od leta 1969 do 1980 zaposlen na Vzgojni posvetovalnici v Mariboru, v letih 1976 do 1980 kot direktor, od 1980 do 1985 zaposlen na Pedagoški akademiji v Mariboru kot višji predavatelj; med letoma 1985 in 2010 se ponovno zaposlil na novo poimenovanem Svetovalnem centru Maribor, od leta 2002 do 2006 kot direktor; od 2006 do 2008 dodatno delno zaposlen še na Šoli za ravnatelje, Brdo pri Kranju; od 2000 do 2004 predsednik Sončka - Zveze društev za cerebralno paralizo Slovenije. Od upokojitve leta 2010 varuh bolnikovih pravic.

## **POVZETEK**

Prispevek v prvem delu osvetljuje prilagojene možnosti, kot jih je po Evropski direktivi izoblikovala slovenska vlada in bodo najbrž z rastočimi izkušnjami doživele še nekatere dopolnitve.

V drugem delu pa je v ospredju vprašanje, kateri so dominantni motivi, da so različne diagostične skupine invalidov iskale rešitev za svoje probleme v tujini. Vemo, da to niso bile čakalne dobe, še manj morebitne nižje cene storitev v tujini. Gre za izkušnje prodornejših posameznikov in invalidskih asociacij, ki so pozneje pomembno vplivale tudi na vsebine in načine korektivnih in terapevtskih praks v Sloveniji.

Tretji del predavanja povzema subjektivne izkušnje, o katerih poročajo ljudje z različnimi oblikami invalidnosti in njihovi svojci in se nanašajo na medosebni odnos med klientom in terapevtom v tujini.

# INTEGRATIVNA MEDICINA IN NJEN POMEN V EU - POGLED PRAVNIKA

*Doc. dr. Nataša SAMEC, univ. dipl. pravnica  
Pravna fakulteta Univerze v Mariboru*

## **ŽIVLJENJEPIS**

Diplomirala, magistrirala in doktorirala je na Pravni fakulteti UM. Prav tako ima opravljen tudi pravniški državni izpit. Je dobitnica nagrade Zveze društev pravnikov Slovenije za najvidnejši dosežek mladega pravnika v letu 2000. Zaposlena je kot docentka na PF UM in sodeluje pri predmetih Obligacijsko pravo in Pravo trga kapitala in vrednostnih papirjev na prvi stopnji univerzitetnega študija pravo in pri predmetu Civilno materialno pravo – izbrane teme na magistrskem študijskem programu pravo. Že 15 let je aktivna raziskovalka, pretežno s področja obligacijskega in korporacijskega prava, prava vrednostnih papirjev in gospodarskega prava. Objavila je že dve znanstveni monografiji Obramba družb pred prevzemom in Delniške opcije.

## **POVZETEK**

Avtorica uvodoma analizira razumevanje termina integrativne medicine, ki vključuje povezavo med konvencionalno in (znanstveno dokazano) komplementarno ter alternativno medicino (CAM). V nadaljevanju predstavi probleme različnih priznavanj in zakonske ureditve CAM znotraj držav članic EU, kar sicer predvsem velja za izvajanje storitev, manj pa za medicinske proizvode. To je posledica izhodiščne politike EU, da je v pristojnosti vsake države članice, da organizira in pravno regulira svoj zdravstveni sistem. Kljub temu pa se ugotavlja, da direktiva 2011/24 EU o čezmejnem zdravstvenem varstvu in druge direktive posredno spodbujajo določeno harmonizacijo. Izvajalci CAM storitev se lahko registrirajo v bazo registriranih poklicev Evropske komisije in pacienti bodo verjetno imeli določene pravice v skladu z direktivo o čezmejnem zdravstvenem varstvu. Poleg tega se izpostavlja, da bi lahko posamezne države, ki so znotraj kulturno sorodnih regij, uskladile svojo CAM zakonodajo, kar bi pomenilo zaščito pacientov pred različnimi ureditvami na nacionalni ravni.



# INTEGRATIVNA MEDICINA IN NJEN POMEN V EU – POGLED ZDRAVNIKA

*Ivica FLIS SMAKA, dr. med.  
Spec. fizikalne in rehabilitacijske medicine  
Licenca iz anti-aging medicine in regeneracije  
Mednarodno licencirana wellness svetovalka  
Specialistka akupunkture in TKM*

## **ŽIVLJENJEPIS**

Ivica Flis Smaka, diplomirala na Univerzi Edvarda Kardelja – Medicinska fakulteta v Ljubljani, kjer je zaključila tudi specializacijo iz fizikalne in rehabilitacijske medicine (1995). Leta 1993 je vpisala podiplomski študij na Medicinski fakulteti Univerze v Zagrebu. Leta 2003 je ponovno opravila izpit iz akupunkture v Sloveniji, kar je praktično in teoretično nadgradila z več kot osemletnim nadaljnjim šolanjem na Kitajskem (kitajske licence iz akupunkture in TKM). Leta 2009 pridobila naziv mednarodno verificirane wellness svetovalke in leta 2013 z ameriško licenco zaključila študij iz "Regenerative and anti-aging medicine".

Delovno prakso je nabirala v Splošni bolnišnici Maribor in v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu v Ljubljani, nato več kot 15 let v zdraviliščih, tako na vodilnih mestih kot v praksi (zdravljenje kožnih težav, gibalnega sistema, stanja po operacijah dojke in prostate, rehabilitacija otrok...), kjer je morala medicinsko znanje dopolniti z znanjem iz managementa, dodatnimi znanji iz gostinstva in turizma in še kaj.

Sedaj dela v ambulanti Zdravstvenega zavoda Flis v Mariboru, s koncesijo zavarovalnice -ZZZS.

## **POVZETEK**

### **MEDICINA – KATERA JE PRAVA?**

**Konvencionalna, alopatska, ortodoksna, znanstvena medicina** je po definiciji veda, ki temelji na znanstvenih in strokovno preverjenih metodah ali pa metode izhajajo iz znanstveno preverljivih načel in bioloških dejstev. Izvajajo jo zdravniki in zobozdravniki, na podlagi zakona, ki ureja zdravniško službo. Obstajajo skrajneži, ki trdijo: »da je medicina tisto, kar učijo na medicinskih fakultetah v ZDA in Veliki Britaniji, vse ostalo je zdravilstvo«.

Integrativna medicina je v člankih opisana kot smer, pri kateri zdravilec in zdravnik neposredno sodelujeta, ali sta celo zastopana v eni osebi (primer je antropozofska medicina). Mnogokrat je opisana kot sodelovanje med ortodoksno in komplementarno medicino. Naj bi vključevala in združevala terapije, znanja, izkušnje ali spoznanja, ki se pogosto razlikujejo ali celo nasprotujejo stališčem ortodoksne medicine.

Eden od zdravnikov je integrativno medicino opisal kot most med obema praksama; most, ki povezuje prepad med šolsko in komplementarno medicino, pri čemer so razlogi za prepad številni. Opiše jo kot pot, ki pomeni premik v korist bolnikov.

**Antropozofska medicina** je oblika zdravljenja, ki sta jo v začetku 20. stoletja utemeljila zdravnica Ita Wegman in filozof Rudolf Steiner. Človeka obravnava v vseh segmentih, celostno: telo, dušo, duha in način življenja hkrati. Ima tudi zdravilne pripravke za vsako od težav, ki se pojavijo v enem ali več segmentih posameznika. Antropozofska medicina trdi, da klasična medicina ne zajema človeka v vsej njegovi polnosti, ker se življenja, čustev, misli ne da meriti ali tehtati. Išče podobnosti in povezave med naravo in človekom, na osnovi podobnosti določa zdravilne učinkovine za določeno zdravstveno težavo. Po pravilih antropozofske medicine morajo njihovi terapevti imeti tudi klasično medicinsko fakultetno izobrazbo .

**Komplementarna medicina** se praviloma nanaša na uporabo nekonvencionalnih pristopov zdravljenja, ki pa so z ortodoksno medicino združljivi in se z njenimi postopki dopolnjujejo.

Ameriški državni zdravstveni inštitut (NIH) definira **alternativno medicino** kot: "Nepovezana skupina neortodoksnih postopkov«. Te postopke pogosto utemeljujejo na način, ki ne ustreza običajnim biomedicinskim razlagam. Ameriška National Library of Medicine alternativno medicino opiše: "neortodoksni sistemi zdravljenja, ki nimajo zadovoljive znanstvene razlage za njihovo učinkovitost". Obe definiciji sta manj jasni, ker ne povesta, kateri pa so ortodoksni postopki.

Izraz "alternativna medicina" zajema široko področje in številne pojme ter različne razlage. Po definiciji je alternativna oblika zdravljenja (komplementarna, nekonvencionalna, neortodoksna) pravzaprav neka druga možnost, neka vzporednica zahodni medicini (ki je uradna in z dokazi podprta, dobra medicina). Alternativni načini zdravljenja lahko vključujejo akupunkturo z akupunkturnimi iglicami, biološke snovi (kot so npr. vitamini) ali pa ročne spretnosti zdravilca (npr. manipulacije). Alternativna medicina vključuje tudi meditacije in energije, ki se uporabljajo za zdravljenje in delujejo tudi na daljavo – pri teh oblikah alternativnega zdravljenja fizična prisotnost bolnika ni nujno potrebna.

Ameriški Nacionalni center za dopolnilno in alternativno medicino (NCCAM) navaja kot primere tudi naturopatijo, kiroprakso, zeliščarstvo, tradicionalno kitajsko medicino (TCM), v celoti, Ayurvedo, meditacijo, jogo, bio-feedback, hipnozo, homeopatijo, akupunkturo in prehranske terapije, ki so že dalj časa prisotne, navaja pa tudi številne druge novejšje veje (terapija z bio-poljem, bio-elektromagnetna terapija ipd.). Vse te oblike so združene v skupino "komplementarna medicina" (CAM ali poslovenjeno KAM), kar se na splošno nanaša na podobne oblike dela: uporaba naravnih energij za zdravljenje – vse znotraj izraza dopolnilna ali alternativna medicina.

Po zadnjih nacionalnih ocenah porabijo Američani več kot desetino svojega denarja (zunaj rednega zdravstvenega zavarovanja) za alternativne oblike zdravljenja. Na lestvici izvajalcev so kiropraktiki, ki poberejo večino tega denarja, sledijo maserji in zeliščarji, visoko na lestvici je tudi akupunktura. Poročilo iz leta 2007 navaja oceno 34 bilijonov dolarjev, ki da jih ameriški potrošniki namenijo za alternativne oblike zdravljenja, vključno z alternativnimi zdravili.

Kdo so ljudje, ki iščejo alternativne oblike zdravljenja?

Nekatere oblike alternativnega zdravljenja zahtevajo bolnike, ki preprosto verjamejo, da je ozdravitev možna na ta način. V drugo skupino sodijo načini alternativnega zdravljenja (kot je kiropraksa), ki s svojo učinkovitostjo preprosto prepičajo tudi najbolj skeptične.

Bolj kot je zdravljenje »alternativno«, težje je namreč prepričati ljudi, da ga preizkusijo. V osnovi je alternativno zdravljenje zelo drugačno od že ustaljenih oblik na zahodu, zato se mu zelo težko privadimo in njegove postopke zdravljenja zelo težko tudi sprejemamo. V grobem so bolniki in uporabniki alternativnih oblik zdravljenja razdeljeni v dve skupini:

1. skupina so ljudje, ki skrbijo za svoje zdravje in ga nenehno nadgrajujejo  
To so ljudje, ki pravzaprav ne potrebujejo ne zdravil in ne zdravnika, praviloma niso bolni, jih pa alternativne oblike privlačijo v filozofskem aspektu. Alternativa jim ponuja možnost in obliko vzdrževanja optimalnega zdravja. Ta skupina ljudi se odloča za postopke in načine alternativnega zdravljenja, ker se nekako intuitivno počutijo povezani z njimi. Lastne pozitivne izkušnje in odzivi fizičnega telesa takšno razmišljanje in pripadnost alternativni še podkrepijo. Predhodno že kdaj nezadovoljni z priznano zahodno medicino pa najdejo v alternativni nove razsežnosti in upe.
2. skupina vključuje ljudi, ki želijo okrevati po bolezni  
Posamezniki iščejo načine zdravljenja v alternativnih virih, kadar njihove fizične zdravstvene težave ali bolezni klasična zahodna medicina ni razrešila. V tem primeru jim alternativa ponuja nov sklop rešitev, novo upanje. Alternativne oblike predstavljajo proaktiven pristop k doseganju zdravja, kar ugaja mnogim in mnogi se odločajo zanje – prav zaradi dejstva, ker jim klasična zahodna medicina ne ponuja sprejemljive rešitve in jim ne ponuja realnega upanja.

Alternativne oblike zdravljenja in postopki so tako zelo raznoliki, da največkrat zadovoljijo obe skupini »iskalcev«! Ljudje iz prve skupine, ki želijo ohraniti celostno zdravje, bodo v alternativni našli veliko uporabnega (tibetanske vaje, meditacije, joga, dodatki k prehrani in različni prehranski nasveti). Bolniki iz druge skupine se pogosto zatečejo k alternativni, ker jim ta pomeni zadnje upanje – v tem primeru jim alternativa ponuja upanje in možnost ozdravitve, medtem ko klasična medicina ponuja »sprijazniti se s stanjem«, jemanje zdravil (kemije, ki ima nekaj ali veliko stranskih učinkov) ali celo »ne obeta ničesar«. Mnogi izvajalci v alternativni poudarjajo, da so bolezni in zdravstvene težave tesno povezane s psiho in načinom razmišljanja ter z energijskimi vzorci, ki jih je moč v vsakem trenutku spremeniti, zamenjati ali odpraviti. Torej: zdravstveni zaplet je v alternativni medicini praviloma vedno rešljiv!

Katere zvrsti pozna alternativna medicina?

Zelo na splošno in grobo je razdeljena v pet velikih skupin, ki se razlikujejo po načinu medsebojnega vpliva med klientom, stranko ali bolnikom na eni in zdravilcem (izvajalcem alternativnih oblik zdravljenja) na drugi strani.

1. Alternativne tradicionalne oblike zdravljenja  
Predstavljajo zelo stare sisteme zdravljenja, ki so zrasli na osnovi starodavnih tradicionalnih znanj in veščin – ljudje so jih uporabljali mnogo let, vsaj 5000 let pred uveljavitvijo alopatske in z dokazi podprte zahodne medicine. Med njimi sta najbolj poznani tradicionalna kitajska medicina (TKM) in Ayurveda, ki sta še vedno zakoreninjeni

v Aziji in Indiji. V zahodnem svetu sta zvečine opredeljeni kot alternativni obliki zdravljenja, saj vključujeta primitivne oblike zdravljenja, npr. tudi zeliščarstvo in tehnike, ki jih ortodoksna medicina ne priznava.

2. Alternativno zdravljenje z biološkim delovanjem

Vse snovi (brez recepta dostopne v lekarnah in prosti prodaji), ki jih lahko vnesemo v telo z namenom telo uravnovesiti ali izboljšati kemične procese v njem, sodijo med oblike zdravljenja z biološkim delovanjem. Najširše zastopani v tej skupini so vitamini in ob njih paleta prehranskih dopolnil. V ortodoksni medicini zdravniki npr. vitamine priporočajo le ob vitaminskem pomanjkanju. Alternativno zdravljenje z biološkimi sistemi pa vključuje tudi uporabo svetlinovega olja, jajčnih lupin, hrustanca morskega psa ali carske ruske ribe, česar v klasični zahodni medicini ne najdemo.

3. Alternativno poseganje v razmerje »duše in telesa«

Postopki, ki spodbujajo posameznika k pozitivnemu razmišljanju in tvorbi lastnih pozitivnih afirmacij, k iskanju zdravih energij s pomočjo lastnih motivacij, je opredeljeno kot alternativno poseganje v razmerje »duše in telesa«. Alternativa zagovarja obliko nevrološko programiranih sistemov, ortodoksna zahodna medicina ne. Zahodna medicina vključuje psihološko podporo bolniku v obliki različnih organiziranih skupin (npr. alkoholiki), kar nekoliko spominja na alternativni pristop in podporo bolnikovi psihi, vendar je princip dela precej drugačen kot v alternativni.

4. Alternativno zdravljenje z manipulacijo

vključuje manualne tehnike (npr. različne vrste masažnih tehnik, kiropraksa), pri katerih zdravilec izvrši manipulacijo sklepa ali dela telesa. Ta oblika alternative je v resnici še najbolj sprejeta med zdravniki zahodne medicine. Vredno je omeniti, da je manipulacija z redresijo tudi eden izmed uradno priznanih postopkov v ortopediji in deloma fizioterapiji, da mobilizacija sklepov in hrbtenice sodi med »normalne« postopke fizikalne medicine in rehabilitacije in posebej še: osteopati so na zahodu in po zahodno medicinskih kriterijih šolani zdravniki, ki pri svojem delu uporabljajo obliko manipulacije hrbtenice.

5. Alternativno zdravljenje z energijami

temelji na predpostavki povzročene neravnovesja v določenih energijskih poljih znotraj človeškega telesa. Ta energijska polja so izredno senzibilna in občutljiva, njihovo neravnovesje povzroča bolezni. Ponovno jih lahko balansiramo in uravnovesimo z določenimi manualnimi tehnikami in še boljše z meditacijo, upanjem in namero ozdravitve. Med najbolj poznane alternativne energijske tehnike zagotovo sodi Reiki, poznano je tudi polaganje kristalov, magnetov, piramidnih kamnov in drugih materialov, z namenom očistiti energije v bolnikovem telesu. Za te oblike se ponekod uporablja izraz svetlobne energije zdravljenja.

Zagotovo se različnim vplivom novitet in vdorom novih/starodavnih tehnik ne da v celoti izogniti. In zakaj bi se, saj gre vendar za naravne postopke!??

Američani poudarjajo, da je popularnost alternativnih oblik narasla z recesijo in krizo nasploh, da ljudje niso uradno zdravstveno zavarovani zaradi pomanjkanja denarja, da so alternativci poceni in dostopni, celoten zdravstveni sistem drag in kompliciran... Veliko vzporednic bi lahko potegnili s stanjem doma.

Vsekakor je v Sloveniji nujno opozarjati na previdnost pred vstopom v svet alternative, ker v praksi Zakon o zdravilstvu pri nas še ne živi! Večina alternativnih tehnik namreč po našem Zakonu o zdravilstvu, sodi v zdravilstvo. Posameznik lahko med tovrstnim zdravljenjem utрпи škodo, za katero ne bo nihče odgovarjal. Ob izurjenih in usposobljenih zdravilcih se pojavlja veliko nešolanih, samooklicanih zdravilcev, ki lahko posameznika z neprimernim načinom še bolj onesposobijo, poškoduje ali kako drugače vržejo iz ravnovesja. Vsaj nekaj premisleka in preverjanja pred postopki, ko zaupamo lastno telo neznanemu (morda neukemu) tujcu, je vendarle nujno, kajne?!

Izhodišča za razmišljanje:

1. Ali zdravniki res ne želimo celostnega pristopa k bolniku?
2. Ali so časovni normativi zavarovalnice realni? Ali res vsi soglašamo z njimi?
3. Zakaj v šifrantu naše zavarovalnice ne obstaja šifra posvet, pogovor z bolnikom?
4. Zakaj se je medicina odrekla vsem naravnim pristopom zdravljenja, ko pa vemo, da so bili pravzaprav ti tisti, ki so sooblikovali zametke sedanje medicine?
5. Zakaj v t.i. uradni medicini pozabljamo, da so bila prva zdravila pravzaprav zelišča in zakaj tega fakultetni programi ne vključujejo?
6. Zakaj ne poznamo vseh vzporednih tehnik t.i. naravnega zdravljenja, zakaj tega ne vključujejo šolski/študijski programi, zakaj se izmikamo odgovorom, ko nas bolniki sprašujejo o alternativni?
7. Zakaj poudarjamo, da je vsak od nas individuum, ob tem pa bolnike razvrščamo znotraj Gaussove krivulje in jih na podoben način tudi zdravimo (po doktrini, šabloni)?
8. Kateri zakon, varuh, organizacija ščiti zdravnika?
9. Zakaj se zdravniki otepamo znanja in poznavanju alternativnih tehnik?

# ZDRUŽENJE ZA INTEGRATIVNO MEDICINO SLOVENIJE

*Prim. prof. dr. ZMAGO TURK, dr. med.,  
višji svetnik – predsednik ZIMS-a*

*Prim. prof. dr. ELKO BORKO, dr. med.  
višji svetnik – predsednik SS ZIMS-a*

V mesecu novembru 2012 smo v Moravskih Toplicah ustanovili Slovensko združenje za integrativno medicino.

O potrebi holističnega-celostnega razmišljanja o zdravju se je v slovenskem prostoru razmišljajo že več kakor desetletje. Prve članke v slovenskih strokovnih revijah najdemo v Jami leta 1999 in pozneje kot uvodnik v Zdravniškem vestniku leta 2008.

Po svetu so združenja za integrativno medicino formirali že v prejšnjem stoletju. Osnovna misel združevanja različnih oblik zdravljenja pacientov nas je vodila, da smo se povezali z Evropskim združenjem za integrativno medicino in Srbskim združenjem za integrativno medicino, ki so na svetovali, kako osnovati asociacijo, ki bi združevala različne oblike zdravljenja v enotnem prostoru. Združenje je že na ustanovnem kongresu formiralo močan strokovni svet, ki ga vodi prof. dr. Elko Borko.

V njem je deset univerzitetnih profesorjev, največ medicincev, kemikov, pravnikov, veterinarjev in farmacevtov. Združenje ima svoj statut in se je registriralo kot civilna družba v Sloveniji. Formiralo je tudi vse potrebne organe, kot so: nadzorni svet, etična komisija in strokovne sekcije. Cilji integrativne medicine so bili zastavljeni že ob sami ustanovitvi združenja.

Bazirali so na razmišljanju, da je potrebno raziskati nekatere oblike zdravljenja ljudi, ki so se razvile v Sloveniji. Z anketnim vprašalnikom smo ugotovili, da se v Sloveniji z metodami komplementarne medicine zdravi okoli 80 procentov ljudi. Zanimiv podatek pa je bil, da si tega ne upajo povedati svojemu osebnemu zdravniku.

Največkrat so bile uporabljene sledeče komplementarne oblike: homeopatija, hiropraktika, refleksoterapija, akupresura, ajurveda, joga in energoterapevtske metode.

V Sloveniji je registriranih 558 zdravilcev, ki so svojo dejavnost registrirali preko Gospodarske zbornice in nimajo nobenih obveznosti do Ministrstva za zdravje za registracijo svoje dejavnosti. Ministrstvo za zdravje je pred leti formiralo posebno komisijo za zdravilstvo in je opravilo tudi nekatera šolanja zdravilcev vendar brez večje povezave z dejstvi na tem področju. Doslej Ministrstvo za zdravje ni izdalo nobenega licenčnega potrdila, s katerim bi zdravilci registrirali svojo dejavnost tudi pri državnih ustanovah odgovornih za zdravstvo.

Osnovni namen združenja je bil, da s kompetenco visoko izobraženih zdravnikov preverimo dejavnosti teh zdravilcev, oblike te dejavnosti po svetu in poskušamo najti pravilno rešitev za

povezovanje tistih metod, ki so dokazljive, verificirane in uporabne po svetu. Ugotovili smo, da so vse velike strokovne klinike kot so Charite, Harvard, Cambridge in Karolinska, v svojih ustanovah ustanovile posebne inštitute za integrativno medicino, kjer se ukvarjajo predvsem z raziskovalnimi projekti raznih komplementarnih oblik zdravljenja. Združenje je bilo v mesecu oktobru 2013 sprejeto v Evropsko združenje za integrativno medicino in predsednik je postal član vodilnega borda tega združenja.

Združenje je konec leta 2013 organiziralo svoj prvi kongres integrativne medicine v Sloveniji v Celju. Udeležilo se ga je okoli 200 udeležencev. Na tem kongresu so regrutirali tudi bodoče člane združenja in zastavili pogoje za članstvo ter se dogovarjali o povezavi z Zdravniško zbornico in Zdravniškim društvom Slovenije.

Želeli smo pridobiti kompetence na Ministrstvu za zdravje v obliki zdravilske zbornice, ki bi prevzela odgovornost nadzora nad komplementarnimi oblikami v Sloveniji.

Ti pogovori so trenutno v intenzivni fazi in so se nekoliko upočasnili zaradi zamenjave ministra za zdravje.

Vzporedno z osnovnimi cilji združenja je v Celju nastala tudi Hiša integrativne medicine, ki je namenjena predvsem predavanjem iz raznih področij komplementarnih oblik zdravljenja, kot so: homeopatija, magnetoterapija, apiterapija, refleksoterapija in druge oblike, ki se želijo predstaviti s svojimi argumenti možnosti terapevtskega zdravljenja. Tako bi se naj tudi razvila povezava med strogo šolsko medicino in komplementarnim oblikami v smislu raziskav in povezovanja raznih metod. Potrebno je najti metodo šolanja na področju komplementarnih metod, ki bi prestale strokovne kritike. Fakulteta ALMA MATER EUROPEAE ECM Maribor je uspela akreditirati visoko šolski program INTEGRATIVNE ZDRAVSTVENE VEDE na Ministrstvu za visoko šolstvo, ki bo postal jedro izobraževanja v Sloveniji na področju integrativne medicine.

Združenje za integrativno medicino v svojih strokovnih pogledih podpira predvsem šolsko medicino, ki se izvaja v slovenskih zdravstvenih ustanovah in se uči na slovenskih medicinskih šolah. Ne moremo pa si zatiskati oči, da se paralelno s tem zdravstvenim sistemom več kot polovica Slovencev na skrivaj, nekontrolirano in neorganizirano zdravi v ustanovah, ki nimajo zdravstvene verifikacije. Pogovori z državnimi organi in zdravniškimi ustanovami niso lahki. Združenje želi najti povezavo, ki bi odgovarjala strokovnemu nadzoru in bi se približala zahtevam slovenske šolske medicine. Pomisleki so na eni in drugi strani zaradi skeptičnosti, nezaupanja in strahu pred nadzorom. Prenesti želimo samo ideje, ki so zastopane v svetovnih združenjih za integrativno medicino v slovenski prostor in pomagati urediti neurejeno stanje na področju komplementarne medicine v Sloveniji. Člani strokovnega sveta se zavedamo odgovornosti do svoje osnovne izobrazbe v zdravniških krogih in želimo s svojimi izkušnjami najti pravilno pot predvsem v korist pacienta.

Profesorji medicine, člani strokovnega sveta ne propagirajo komplementarnih oblik zdravljenja, niti se z njimi ne ukvarjajo, pač pa želijo to dejavnost postaviti na varen strokovni nivo. Za ureditev na tem področju je potrebno soglasje tako stroke kakor administracije in oblasti.