

Interreg



ITALIA-SLOVENIJA



SALUTE-ZDRAVSTVO

Progetto ITI co-finanziato dal Fondo europeo di sviluppo regionale
Projekt CTN sofinancira Evropski sklad za regionalni razvoj



**ANALISI RELATIVA AGLI ASPETTI AMMINISTRATIVI E GIURIDICI
DEL SISTEMA SANITARIO DELLA REGIONE FVG E DELLA SLOVENIA
AL FINE DI REDIGERE UNA ANALISI RELATIVAMENTE ALLA FATTIBILITÀ DI SPERIMENTAZIONE DI UN
SISTEMA DI PRENOTAZIONE E DI EROGAZIONE
DI SERVIZI SANITARI TRANSFRONTALIERI**

SINTESI

CUP B87H17000300007 – CIG ZBF1FEF4D5

PROGETTO SALUTE – ZDRAVSTVO

PROGRAMMA INTERREG V-A ITALIA-SLOVENIA

Gruppo Europeo di Cooperazione Territoriale

**“TERRITORIO DEI COMUNI: COMUNE DI GORIZIA (I), MESTNA OBČINA NOVA GORICA (SLO)
E OBČINA ŠEMPETER-VRTOJBA (SLO)” / »OBMOČJE OBČIN: COMUNE DI
GORIZIA (I), MESTNA OBČINA NOVA GORICA (SLO) IN OBČINA ŠEMPETER-VRTOJBA (SLO)«**

Indice

1. Situazione attuale

La base giuridica	pag.2
I sistemi sanitari: universalistico e mutualistico	pag.2
L'accREDITAMENTO nelle convenzioni transfrontaliere	pag.3

2. Il modello sperimentale

L'assistenza diretta: aspetti giuridici	pag.4
La programmazione sanitaria: aspetti finanziari	pag.5
L'ambito tecnico-informatico	pag.6
Il Tavolo transfrontaliero	pag.7

1. Situazione attuale

La base giuridica

La base giuridica del progetto conta numerosi atti, facenti capo ad autorità diverse.

In sintesi, in merito alle prestazioni di assistenza sanitaria, si devono ricordare a livello europeo:

- a) il regolamento (CE) n. 883/2004 e il regolamento (CE) n. 987/2009 sui sistemi di protezione sociale;
- b) la direttiva 2011/24/UE sull'assistenza sanitaria transfrontaliera.

Nell'ambito delle legislazioni nazionali (e tra queste anche quelle che hanno dato esecuzione alla normativa dell'UE) si ritrovano, sul versante italiano:

- a) il decreto legislativo 38/20014, attuativo della direttiva 2011/24/UE;
- b) la legge regionale del Friuli Venezia Giulia 17/2014, che riforma il Sistema sanitario regionale e il DGR 20/3/2015, n. 485 "Direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio europeo del 9.3.2011, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera e D.Lgs. n. 38/2014 di recepimento: Prime Linee Applicative";

mentre su versante sloveno i riferimenti sono:

- a) la legge sulla protezione e l'assistenza sanitaria (Legge ZZVZZ-M), approvata nell'ottobre del 2013;
- b) le regole sull'assicurazione sanitaria obbligatoria (Regole OZZ).

Per quanto riguarda la disciplina della privacy, pur avendo esaminato i testi legislativi italiano e sloveno attualmente vigenti, allo stato attuale si è ritenuto preferibile rivolgere l'attenzione al regolamento (UE) 2016/680, noto anche come "Regolamento generale sulla protezione dei dati", la cui entrata in vigore è prevista il prossimo 26 aprile 2018.

Sulla responsabilità del personale sanitario per i casi di malpractice, non si riscontrano significative differenze tra i due ordinamenti. In ogni caso le fattispecie di responsabilità penale devono essere previamente previste dalla legge, in base ad una rigorosa applicazione del principio di legalità, e la responsabilità penale è personale. Le ipotesi di responsabilità civile coinvolgono sia l'autore materiale del comportamento doloso o colposo, sia la struttura presso cui questo opera, fatta salvo il diritto del datore di lavoro (l'ospedale o l'azienda sanitaria) di rivalersi sul dipendente per quanto corrisposto a titolo di risarcimento del danno. In generale tutti gli operatori sanitari sono coperti da una assicurazione professionale. Si deve tuttavia tener conto della circostanza per cui le entità dei risarcimenti corrisposti possono variare in modo sensibile nei due ordinamenti, poiché la tutela giurisdizionale va richiesta là dove il danno è stato prodotto.

I sistemi sanitari: universalistico e mutualistico

La finalità di garantire un'assistenza sanitaria estesa a tutti è perseguito attraverso modalità diverse nei due ordinamenti.

In Italia opera il Sistema sanitario nazionale (SSN) attraverso un'organizzazione strutturata sul livello di governo regionale: enti strumentali delle regioni sono le Aziende per i servizi sanitari (denominate in modo simile, ma con alcune varianti regionali). L'assistenza sanitaria è pagata con la fiscalità generale ed il servizio è universale, ossia rivolto a tutti. La compartecipazione alla spesa sanitaria si fonda sul sistema dei c.d. ticket, ossia sul versamento di una percentuale variabile per ogni prestazione richiesta. Da notare che la sanità del Friuli Venezia Giulia grava integralmente sul bilancio regionale e non attinge al Fondo nazionale.

In Slovenia l'assistenza sanitaria è basata su una assicurazione obbligatoria di carattere contributivo, che copre gran parte delle spese per le prestazioni richieste, a cui si aggiunge un'assicurazione volontaria, pagata dalla persona, destinata a fare fronte alla parte di costo eccedente l'assicurazione obbligatoria.

In entrambi i Paesi ci sono enti e operatori sanitari sia pubblici che privati.

L'assistenza sanitaria transfrontaliera opera secondo due modalità, che fanno capo rispettivamente al regolamento (CE) n. 883/2004 e alla direttiva 2011/24/UE.

Nel caso in cui una persona si trovi già all'estero per motivi vari (lavoro, turismo, studio, ecc.) ed abbia bisogno di prestazioni sanitarie, le otterrà alle stesse condizioni dell'affiliato al servizio sanitario dello Stato di temporanea presenza. Sarà quindi lo Stato di affiliazione a rimborsare lo Stato di cura, con il meccanismo della compensazione delle partite di debito e di credito per il tramite del proprio organismo di collegamento, il costo delle prestazioni ottenute dal proprio affiliato (il costo rimborsato sarà pari al costo che lo Stato di erogazione sosterebbe per le stesse prestazioni erogate ad un proprio cittadino-affiliato al netto di eventuali compartecipazioni al costo da parte del paziente). Per comodità espositiva, ed esclusivamente nell'ambito dello studio, questa fattispecie è stata definita assistenza "diretta", proprio perché non comporta alcun onere di esborso da parte del paziente. Questo sistema è disciplinato dal regolamento (CE) n. 883/2004.

La direttiva 2011/24/UE riguarda invece i casi in cui un paziente affiliato al SSN del proprio Paese, che scelga di andare a curarsi in un altro Stato Membro dell'UE, deve anticipare il costo della prestazione ed una volta rientrato nel proprio Paese può chiedere il rimborso alla Istituzione preposta (Distretto sanitario di appartenenza per il paziente italiano). Quindi, se un paziente italiano usufruisce di cure in un altro Stato Membro UE a termini di direttiva UE e tale prestazione risulta essere inserita tra quelle rimborsabili (casi previsti dalla normativa italiana adottata per il recepimento della direttiva), l'importo a lui rimborsato potrà essere:

- completo, se l'importo pagato, detratte le eventuali compartecipazioni al costo, risultasse inferiore all'importo della tariffa italiana detratta l'eventuale compartecipazione al costo;

ovvero

- pari alla tariffa italiana (detratta l'eventuale compartecipazione al costo) nell'ipotesi in cui la medesima prestazione in Italia (FVG) avesse un importo inferiore al valore pagato per la prestazione ottenuta in un altro Stato Membro.

Ogni Stato Membro UE nell'ambito del recepimento della Direttiva nel proprio ordinamento giuridico ha potuto usufruire o meno di alcuni "margini discrezionali" previsti dalla norma europea. In questi casi la persona è tenuta a richiedere preventivamente l'autorizzazione a recarsi nello Stato membro di cura al fine di ottenere il rimborso della prestazione necessaria. Ottenuta l'autorizzazione, la persona si reca dove riceve l'assistenza e paga per il costo delle prestazioni erogate. Queste spese saranno successivamente rimborsate da parte del "proprio" sistema sanitario – assicurativo, ossia da quello dello Stato di appartenenza. Il paziente ha diritto di ricevere le prestazioni che lo Stato membro di cura eroga, secondo le modalità proprie di questo e di ricevere il rimborso per le spese sostenute in base al proprio sistema di assistenza – assicurazione. Poiché si prevede che sia il paziente ad anticipare il costo delle prestazioni ottenute, questo sistema è stato definito, sempre ai fini esclusivi di questo studio, come sistema di assistenza "indiretta".

L'accreditamento nelle convenzioni transfrontaliere

Il termine "accreditamento" assume significati diversi a seconda se con questa espressione si intende l'acquisizione di una "certificazione di qualità" secondo determinati standard quali, ad esempio, ISO 9001, IWA1, CEN/TS 15224, EFQM ed altri, ovvero si acquisisca tale status attraverso un provvedimento amministrativo in seguito al quale le strutture autorizzate, pubbliche o private, a conclusione di un procedimento valutativo e subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, acquisiscono la qualità di soggetto idoneo ad erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Nel report relativo alla parte slovena il termine "accreditamento" è stato impiegato nella sua prima accezione, mentre per quanto riguarda l'ordinamento italiano, è stato inteso nella seconda. Il Sistema sanitario nazionale (SSN) italiano è composto sia dai soggetti pubblici, in primo luogo le AAS (come vengono denominate in Friuli Venezia Giulia), sia dai soggetti privati che per erogare prestazioni sanitarie nell'ambito della SSN siano stati appunto accreditati e si siano quindi convenzionati con l'amministrazione pubblica.

In Friuli Venezia Giulia gli standard di qualità e il procedimento di accreditamento sono disciplinati dalla Delibera della Giunta regionale 1436/2011.

In ogni caso sono gli Stati membri a decidere in merito agli standard necessari ad ottenere l'accreditamento e, poiché si riscontrano notevoli differenze in termini di qualità e sicurezza delle strutture e delle prestazioni, questo aspetto rappresenta un ostacolo nell'attuazione di una sanità transfrontaliera omogenea. Dal punto di vista strettamente giuridico, tuttavia, non si presentano

eccessive difficoltà ad inserire le strutture dei rispettivi Paesi in un sistema del genere. Se infatti si considera quanto prevede la direttiva 2011/24/UE, si deve concludere che, qualora una struttura sia accreditata da parte dello Stato (o della Regione, come nel caso italiano), questa è abilitata ad erogare prestazioni anche a favore di persone provenienti da altri Stati.

2. Il modello sperimentale

L'assistenza diretta: aspetti giuridici

Il progetto di sanità transfrontaliera mira a realizzare un sistema coordinato e integrato di prestazioni basato sull'assistenza "diretta", come sopra convenzionalmente definita: ossia un sistema che non modifica il modo con cui la persona accede alle prestazioni sanitarie, indipendentemente dalla circostanza che queste siano erogate da un lato o dall'altro del confine.

Per il paziente italiano, dunque, non cambia il modo in cui questi prenota la prestazione di cui ha bisogno e paga il ticket previsto anche qualora la visita o l'intervento ambulatoriale venga svolto presso una struttura slovena. Allo stesso modo, il paziente sloveno viene indirizzato verso la struttura più adatta ad erogare la prestazione richiesta, senza tenere conto della sua collocazione rispetto al confine e può contare sul medesimo tipo di assicurazione di cui goderebbe qualora la prestazione fosse erogata in Slovenia anziché in Italia.

Le difficoltà da superare per conseguire questo obiettivo sono notevoli: per questa ragione è necessario effettuare alcune scelte preliminari, al fine di svolgere un periodo adeguato di sperimentazione.

Il primo punto da considerare al riguardo è delimitare l'area geografica entro la quale testare il sistema di sanità transfrontaliera. Per ovvie ragioni si è stabilito di far coincidere l'area interessata con la circoscrizione del GEOT, ossia con quella dei tre comuni coinvolti.

In secondo luogo si è deciso di selezionare un numero limitato di prestazioni sanitarie da condividere, oltre che per le ragioni che saranno esposte al punto successivo, anche per svolgere la sperimentazione iniziando dalle pratiche medico – sanitarie più semplici da gestire, sia per gli aspetti tecnico – burocratici, sia per quelli di carattere psicologico nei confronti dei pazienti. La selezione delle prestazioni con cui sperimentare la sanità transfrontaliera permetterà anche di ottenere informazioni necessarie a verificare la sua sostenibilità finanziaria nel corso del tempo, considerando sia il tipo di prestazioni richieste, sia il loro numero.

Al momento, per quanto sia già stato individuato un certo numero di prestazioni, sarà comunque opportuno considerare se inserirle nel sistema transfrontaliero sin d'all'inizio, ovvero procedere in modo graduale o, ancora, escludere quelle che comportano l'impiego di tecnologie complesse o molto costose e che per legge necessitano dell'autorizzazione preventiva.

Va infine considerato con molta attenzione tutto ciò che riguarda l'informazione e la comunicazione nei confronti dei pazienti, a partire dalla predisposizione di un modello comune attraverso il quale il paziente possa esprimere il consenso informato. Questo aspetto comporterà un'azione capillare volta a predisporre un sistema informativo e comunicativo bilingue. Appare viceversa poco utile allo scopo e una eccessiva complicazione di carattere amministrativo predisporre un'apposita tessera sanitaria solo per le persone residenti nelle aree interessate: il sistema informatico dovrà infatti limitare la possibilità di prenotazione ai soli residenti nell'area interessata, come già indicato in precedenza.

La programmazione sanitaria: aspetti finanziari

Il sistema di assistenza "diretta" prevede, come si è detto che il paziente non debba anticipare alcuna somma di denaro per la prestazione ottenuta. Saranno i sistemi sanitari dei rispettivi Stati a regolare le partite, operando le compensazioni necessarie, operando in maniera analoga a quanto già avviene attualmente in applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004. Per rendere efficiente il sistema è tuttavia necessario uscire da questo ambito e predisporre un meccanismo apposito, che operi esclusivamente per il servizi integrati transfrontalieri dell'area GECT.

Le soluzioni organizzative mediante le quali compensare periodicamente i costi sostenuti dai due sistemi sanitari (ossia gli ospedali sloveni e l'AAS n. 2) per le prestazioni erogate nel quadro di questo progetto possono essere diversi e vanno valutati anche alla luce di simulazioni preventive che diano la misura degli importi necessari a sostenere i costi.

Nelle fasi iniziali della sperimentazione è comunque consigliabile selezionare prestazioni che abbiano costi abbastanza simili, in modo da contenere il differenziale della spesa entro certi limiti. Va ricordato infatti, ancora una volta, che le persone coinvolte nel progetto rimangono assicurate secondo la disciplina prevista nel rispettivo Paese di origine (ticket in Italia e assicurazione obbligatoria più eventualmente volontaria in Slovenia) e quindi si prevede che non anticipino alcuna somma per la prestazione ottenuta.

La soluzione operativa più semplice potrebbe essere quella di costituire un apposito fondo nel bilancio di ciascuna struttura coinvolta, recante un importo destinato appositamente a sostenere la spesa del sistema e in cui registrare (sempre mediante l'impiego della prenotazione informatica) i costi sostenuti per ciascun intervento "transfrontaliero". I costi sostenuti da ciascuna struttura per le prestazioni erogate a favore delle persone che usufruiscono della sanità transfrontaliera verrebbero così registrati e quindi si potrebbe procedere alle conseguenti compensazioni ad intervalli di tempo predefiniti, ad esempio ogni sei mesi o a cadenza annuale, in modo tale da permettere alle amministrazioni di redigere i rispettivi bilanci. Ovviamente andranno valutate anche altre ipotesi, qualora presentassero vantaggi in termini di semplificazione per gli utenti e le amministrazioni, rispetto a quella avanzata in questa sede.

In questo modo la persona italiana versa il ticket alla propria AAS e l'importo viene registrato nel fondo per la sanità transfrontaliera come voce da corrispondere alla struttura slovena al momento in cui si procede alla compensazione. Allo stesso modo, l'assicurazione del paziente sloveno versa nel fondo analogo della struttura slovena il costo della prestazione che questi ha ottenuto presso la struttura italiana. Periodicamente l'AAS n. 2 e le due strutture sanitarie slovene procedono alla compensazione dei costi sostenuti. Il sistema informatico predisposto per la gestione delle prenotazioni, come si vedrà al punto successivo, dovrà consentire perciò anche la registrazione dei relativi costi, in modo da disporre di un monitoraggio costante dell'andamento della spesa, con la eventuale predisposizione di alert nel caso di superamento di una determinata soglia.

L'ambito tecnico-informatico

La sanità transfrontaliera deve funzionare in modo del tutto trasparente per gli utenti. Questo significa che il sistema di prenotazione e di pagamento del ticket (ove previsto) non devono cambiare rispetto a quello attuale.

Per raggiungere questo risultato è necessario predisporre una piattaforma per la prenotazione transfrontaliera che rappresenti un punto di collegamento tra i due sistemi di prenotazione: il CUP e il sistema e-narocanje. La piattaforma dovrebbe consentire di introdurre in modo semplice delle interfacce operative (API – Application Programming Interface), garantendo lo sviluppo a lungo termine della piattaforma stessa, la possibilità di allargamento e la sua affidabilità. Si propone di ricorrere alla tecnologia open source, come il linguaggio Java e la tecnologia Java EE, il server WildFly o altri simili, il sistema operativo Linux e la raccolta di dati PostgreSQL assieme a tutte le loro variazioni. Il sistema informatico dovrà garantire non solo la possibilità di procedere alla prenotazione in modo analogo a quanto avviene attualmente dalle due parti del confine, ma anche registrare il costo relativo ad ogni prestazione richiesta ed erogata, consentendo in questo modo un monitoraggio costante dell'andamento della spesa.

E' altresì necessario istituire un punto di contatto transfrontaliero che funga da front office.

In ogni caso, per poter procedere è di fondamentale importanza poter contare sulla collaborazione di Insiel nella condivisione delle informazioni necessarie.

Il Tavolo transfrontaliero

Per volgere questo complesso di attività in modo coordinato ed efficiente è indispensabile costituire un tavolo operativo, che si faccia carico di elaborare tutte le soluzioni tecniche, amministrative, giuridiche, economiche e informatiche necessarie a realizzare e a gestire la fase di primo avviamento del sistema, a partire dalla predisposizione degli schemi di convenzione da stipulare tra le strutture interessate, eventualmente elaborate a partire dalla convenzione già operante per la condivisione del punto nascita. Per la parte italiana questo progetto, pur senza

implicare una partecipazione diretta della Regione, potrebbe essere inserito nel “progetto obiettivo di sanità transfrontaliera”, di cui all’art. 16, comma 2, della LR 17/2014, mentre per la parte Slovena deve essere inserito nel “progetto di sanità transfrontaliera”, al fine di ottenere l’autorizzazione da parte del Ministero della salute.

I componenti del tavolo vanno individuati tra gli stakeholder istituzionali e gli esperti delle varie discipline. Tra gli stakeholder istituzionali di parte italiana non possono mancare i rappresentanti della Regione FVG (Direzione della sanità), del GECT (con i Comuni che lo compongono), della AAS n. 2 e di Insiel. I componenti di parte slovena verranno ovviamente designati da parte dei soggetti istituzionali cui spetta tale competenza.

Il primo punto all’ordine del giorno del tavolo operativo sarà determinare il cronoprogramma delle azioni da mettere in atto.

**ANALIZA ADMINISTRATIVNIH IN PRAVNIH VIDIKOV ZDRAVSTVENEGA SISTEMA
DEŽELE FJK IN SLOVENIJE ZA SESTAVO ANALIZE O IZVEDLJIVOSTI TESTIRANJA
SISTEMA ZA NAROČANJE IN NUDENJE ČEZMEJNIH ZDRAVSTVENIH STORITEV**

POVZETEK

CUP B87H17000300007 – CIG ZBF1FEF4D5

PROJEKT SALUTE – ZDRAVSTVO

PROGRAM INTERREG V-A ITALIJA-SLOVENIJA

**Evropsko združenje teritorialnega sodelovanja
“TERRITORIO DEI COMUNI: COMUNE DI GORIZIA (I), MESTNA OBČINA NOVA
GORICA (SLO) E OBČINA ŠEMPETER-VRTOJBA (SLO)” / »OBMOČJE OBČIN:
COMUNE DI GORIZIA (I), MESTNA OBČINA NOVA GORICA (SLO) IN OBČINA
ŠEMPETER-VRTOJBA (SLO)«**

Kazalo

1. Pregled sedanjega stanja

Pravna osnova	Str. 3
Zdravstvena sistema: univerzalno in vzajemno	Str. 4
Akreditiranje pri čezmejnih dogovorih	Str. 5

2. Eksperimentalni model

Neposredna oskrba: pravni vidiki	Str. 6
Načrtovanje zdravstvenih storitev: finančni vidiki	Str. 7
Tehnično-računalniško okolje	Str. 8
Čezmejno omizje	Str. 8

1. Pregled sedanjega stanja

Pravna osnova

Pravna osnova projekta vključuje številne listine, ki so jih izdali različni organi.

Če povzamemo, lahko za storitve zdravstvene oskrbe navedemo na evropski ravni naslednje:

- a) Uredbo (ES) št. 883/2004 in Uredbo (ES) št. 987/2009 o sistemih socialne zaščite;
- b) Direktivo 2011/24/EU o čezmejni zdravstveni oskrbi.

V okviru nacionalnih zakonodaj, tudi tistih, s katerimi se izvajajo predpisi EU, imamo na italijanski strani naslednje dokumente:

- a) Zakonodajni odlok št. 28/2014, s katerim se izvaja Direktivo 2011/24/EU;
- b) Deželni zakon Furlanije Julijske krajine št. 17/2014, s katerim se je preuredilo Deželni zdravstveni sistem, in Odlok deželnega odbora št. 485 z dne 20. 3. 2015 "Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Evropskega sveta z dne 9. 3. 2011 o uresničevanju pravic pacientov na področju čezmejne zdravstvene oskrbe" in zakonodajni odlok št. 38/2014 o sprejetju: "Prve izvedbene smernice";

na slovenski strani pa imamo:

- a) Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-M), ki je bil odobren oktobra 2013;
- b) Pravila o obveznem zdravstvenem zavarovanju (Pravila OZZ).

Glede predpisov o varstvu osebnih podatkov smo se, kljub analizi veljavne italijanske in slovenske zakonodaje, raje osredotočili na Uredbo (EU) št. 2016/680, ki je poznana tudi z imenom "Splošna uredba o varstvu podatkov" in je stopila v veljavo 26. aprila 2018.

O odgovornosti zdravstvenega osebja v primerih slabih praks in malomarnosti nismo ugotovili znatnih razlik med obema zakonodajama. Vsekakor je treba kazensko odgovornost predhodno predvidevati z zakonom na osnovi natančnega izvajanja načela zakonitosti in kazenska odgovornost je osebna. Primeri civilne odgovornosti zajemajo tako materialnega storilca škodljivega ali zlonamernega ravnanja in ustanovo, pri kateri je zaposlen, pri tem pa ima delodajalec (bolnišnica ali zdravstveno podjetje) pravico, da sproži postopek zoper zaposlenega za znesek, ki je bil izplačan kot povračilo škode. Na splošno imajo vsi zdravstveni delavci

sklenjeno poklicno zavarovanje. Vsekakor je treba upoštevati, da zneski povračil se razlikujejo v obeh zakonodajnih okvirih, ker je treba pravno varstvo zahtevati tam, kjer je bila škoda storjena.

Zdravstvena sistema: univerzalen in vzajemen

Namen zagotavljanja razširjene zdravstvene oskrbe za vse se uresničuje z dvema različnima modeloma.

V Italiji so vzpostavili Nacionalni zdravstveni sistem (NZZS), ki je organiziran na deželni ravni: izvajalni organi dežel so Podjetja za zdravstvene storitve (ime je nekoliko različno v določenih deželah). Zdravstveno oskrbo se plačuje z državnimi davki in sistem je univerzalen, to se pravi, da je namenjen vsem. Doplačilo zdravstvenih storitev temelji na t.i. ticket, to je doplačilu določenega odstotka za vsako zahtevano storitev. Pri tem velja izpostaviti, da je zdravstvo v Furlaniji Julijski krajini v celoti odvisno od deželnega proračuna in ne črpa sredstev iz Nacionalnega sklada.

V Sloveniji zdravstvena oskrba temelji na obveznem zavarovanju, ki pokriva večino zahtevanih storitev, k temu pa je treba dodati še prostovoljno zavarovanje, ki ga plača pacient, da pokrije delež stroškov, ki presegajo obvezno zavarovanje.

V obeh državah delujejo zasebne in javne zdravstvene ustanove in delavci.

Čezmejna zdravstvena oskrba deluje na osnovi dveh modelov, ki se sklicujeta na Uredbo (ES) št. 883/2004 in Direktivo 2011/24/EU.

V primeru, da je nekdo v tujini iz določenega razloga (služba, potovanje, študij itd.) in potrebuje zdravstveno oskrbo, jo bo prejel pod enakimi pogoji kot pacient, ki je vključen v zdravstveni sistem države začasnega bivanja. V tem primeru bo ta država povrnila stroške državi, ki je pacientu ponudila zdravstveno oskrbo, na osnovi načela kompenzacije dolga in terjatve preko posredniškega telesa (povrnjen znesek je enak znesku, ki bi ga država, ki je ponudila storitev, imela pri nudenju iste storitve svojemu državljanu brez morebitnih doplačil pacienta). Za lažje razumevanje in samo za namene študije smo to vrsto zdravstvene oskrbe poimenovali »neposredna oskrba«, ravno zato, ker ne predvideva nobenega doplačila pacienta. Ta sistem ureja Uredba (ES) št. 883/2004.

Direktiva 2011/24/EU pa se nanaša na primere, kjer se pacient, ki je vključen v NZS svoje države, odloči, da se bo zdravil v drugi državi članici EU, in mora zato predhodno pokriti stroške

zdravljenja in potem, ko se vrne v svojo državo, vloži zahtevek za povračilo stroškov na ustrezno ustanovo (zdravstveno okrožje, kateremu pripada italijanski pacient). Če se torej italijanski pacient zdravi v drugi državi članici UE v skladu s to direktivo in zdravljenje sodi med stroške, ki se jih da povrniti (primeri, ki jih določa italijanska zakonodaja, ki je bila sprejeta za izvajanje direktive), se mu lahko povrne:

- stroške v celoti, če plačan znesek, brez doplačil, je nižji od zneska italijanske tarife brez doplačil; ali

- v enaki višini kot italijanska tarifa (brez morebitnega doplačila) v primeru, da je znesek te storitve v Italiji (FJK) nižji od zneska, ki ga je plačal za zdravljenje v drugi državi članici.

Pri uvedbi direktive v svoj pravni red je lahko vsaka država članica izkoristila določena »odstopanja«, ki jih predvideva evropska direktiva. V teh primerih mora pacient pridobiti predhodno dovoljenje, da se lahko zdravi v drugi državi članici, in potem prejme povračilo stroškov. Z dovoljenjem se pacient zdravi v tujini in plača znesek zdravljenja. Ta strošek mu bo nato povrnil zdravstveni sistem »njegove« države, tj. države pripadnosti. Pacient ima pravico, da prejme zdravstveno storitev v državi, ki jo ponuja, v skladu z načini te države in da prejme povračilo nastalih stroškov na osnovi svojega zdravstvenega sistema – zavarovanja. Ker se predvideva, da bo pacient predhodno plačal zahtevano in prejeta zdravljenje, se ta sistem imenuje, samo za namene te študije, sistem »posredne« oskrbe.

Akreditiranje pri čezmejnih dogovorih

Izraz »akreditiranje« ima različne pomene glede na to, ali ga uporabljamo za pridobivanje »certifikata kakovosti« na osnovi določenih standardov, kot so na primer ISO 9001, IWA1, CEN/TS 15224, EFQM in drugi, ali pa se pridobi ta status preko administrativnega ukrepa po katerem lahko akreditirane ustanove, javne ali zasebne, po zaključku ocenjevalnega postopka pridobijo naziv subjekta, ki lahko ponuja zdravstveno oskrbo na račun Nacionalnega zdravstvenega sistema (NZS).

V poročilu o slovenskem delu smo izraz »akreditiranje« uporabili v prvem pomenu, pri italijanskem delu pa v drugem.

Italijanski nacionalni zdravstveni sistem sestavljajo tako javni subjekti, z AAS na čelu (tako se imenujejo v Furlaniji Julijski krajini), kot tudi zasebni subjekti, ki so za nudenje storitev v okviru

NZS prejeli akreditacijo in so torej sklenili dogovor z javno upravo.

Standarde kakovosti in postopek akreditiranja v Furlaniji Julijski krajini ureja sklep Deželnega odbora št. 1436/2011.

V vsakem primeru so države članice tiste, ki določijo standarde, ki so potrebni za pridobitev akreditacije, in ker smo ugotovili velike razlike pri kakovosti in varnosti ustanov in storitev, je ta vidik ovira pri izvajanju homogenega čezmejnega zdravstva. S pravnega vidika pa ni večjih težav ali ovir pri vključevanju ustanov posameznih držav v tak sistem, saj če upoštevamo določila Direktive 2011/24/EU lahko sklepamo, da če je ustanova akreditirana od države (ali dežele, kot se to dogaja v Italiji), lahko ponuja storitve tudi osebam, ki prihajajo iz drugih držav.

2. Eksperimentalni model

Neposredna oskrba: pravni vidiki

Projekt čezmejnega zdravstva namerava vzpostaviti usklajen in celovit sistem, ki temelji na »neposredni« oskrbi, ki ga lahko opredelimo kot sistem, ki ne spreminja načina dostopa do zdravstvenih storitev, ne glede ali so te ponujene na eni ali drugi strani meje.

Za italijanskega pacienta se torej ne spremeni način, kako on naroča storitve, ki jih potrebuje, in plača predviden »ticket«, tudi če opravi pregled ali ambulantni poseg pri slovenski ustanovi. Prav tako pa slovenskega pacienta usmerijo do najustreznejše ustanove, ki mu ponudi potrebno storitev, pri tem pa se ne upošteva njene lokacije glede na mejo in lahko računa na enako zavarovanje, ki bi ga imel, če bi storitev prejel v Sloveniji in ne v Italiji.

Težave, ki jih moramo odpraviti, da dosežemo ta cilj, so velike: zato moramo opraviti določene predhodne izbire, da se lahko posvetimo ustreznemu obdobju testiranja.

Prva točka, ki jo moramo obravnavati, je opredelitev geografskega območja, na katerem bomo testirali čezmejno zdravstvo. Zaradi preproste logike smo to območje omejili na območje EZTS (oz. treh občin).

Drugič smo se odločili, da bomo izbrali omejeno število zdravstvenih storitev, tudi zato, da začnemo testiranje z medicinsko-zdravstvenimi praksami, ki jih lahko lažje upravljamo, ter da olajšamo tehnično-birokratske in psihološke vidike do pacientov. Nabor storitev, s katerimi bomo testirali čezmejno zdravstvo, nam bo omogočil, da pridobimo potrebne informacije za

preverjanje njegove finančne trajnosti skozi čas, če pri tem upoštevamo tako vrsto zahtevanih storitev kot tudi njihovo število.

V danih razmerah, čeprav smo že določili določeno število storitev, je primerno, da ocenimo, ali jih je smiselno vnesti v čezmejni sistem od vsega začetka, ali postopno, ali pa izločimo tiste, ki potrebujejo kompleksno ali drago tehnologijo oz. predhodno dovoljenje v skladu z zakonom.

Nenazadnje moramo upoštevati tudi vse, kar se nanaša na informiranje in obveščanje pacientov, začenši s skupnim obrazcem, s katerim lahko pacient poda svoje soglasje. Za to bomo morali vzpostaviti dvojezičen računalniški in komunikacijski sistem. Zanimane te študije pa je manj primerna in tudi birokratsko bolj zahtevna priprava zdravstvene kartice za osebe, ki prebivajo na obravnavanem območju: računalniški sistem bo moral namreč omejiti možnost naročanja samo na prebivalce obravnavanega območja, kot je bilo že navedeno.

Načrtovanje zdravstvenih storitev: finančni vidiki

Sistem »neposredne« oskrbe predvideva, da pacient ne plača vnaprej zneska za prejeto storitev, saj bodo za poravnavo poskrbela zdravstvena sistema obeh držav na osnovi načela kompenzacije, kot se to že dogaja v izvajanju Uredbe (ES) št. 883/2004. Za učinkovitost sistema pa je treba opustiti ta mehanizem in pripraviti novega, ki naj deluje samo za celostne čezmejne storitve območja EZTS.

Organizacijske rešitve, s katerimi se lahko redno kompenzira stroške obeh zdravstvenih sistemov (slovenskih bolnišnic in AAS št. 2 v FJK) za storitve, ki bodo ponujene v okviru tega projekta, so lahko različne in jih je treba oceniti tudi v luči preventivnih simulacij, ki naj nakažejo zneske, ki so potrebni za kritje teh stroškov.

V začetnih fazah testiranja je priporočljivo izbrati storitve, ki imajo podobne stroške, da se razliko v stroških omeji znotraj določenih meja.

Pri tem naj še enkrat spomnimo, da so osebe, ki bodo sodelovale pri tem projektu, zavarovane po pravilih, ki veljajo v izvorni državi (ticket v Italiji in obvezno ter prostovoljno zavarovanje v Sloveniji), zato je predvideno, da ne plačajo ničesar vnaprej za prejeto storitev.

Najpreprostejša operativna rešitev bi lahko bila oblikovanje ustreznega sklada pri vsaki ustanovi, ki sodeluje pri tem projektu, tako, da bi določili znesek, ki naj pokrije stroške sistema, in bi tudi evidentirali (vedno preko računalniškega naročanja) stroške posameznega »čezmejnega« posega.

Na tak način bi evidentirali stroške, ki jih posamezna ustanova ima za nudenje storitev osebam, ki koristijo čezmejno zdravstvo, in bi lahko nato opravili kompenzacijo ob določenih intervalih, na primer vsakih šest ali dvanajst mesecev, kar bi ustanovam omogočilo, da sestavijo svoje proračune. Jasno pa je, da bo treba oceniti tudi druge rešitve, v primeru, da bodo slednje koristnejše in preprostejše za paciente in ustanove.

Na ta način italijanska oseba plača ticket svoji AAS in se znesek evidentira v sklad za čezmejno zdravstvo kot postavka, ki bo izplačana slovenski ustanovi ob kompenzaciji. Prav tako pa zavarovanje slovenskega pacienta vplača v sklad slovenske ustanove strošek zdravstvene storitve, ki jo je pacient prejel od italijanske ustanove. Nato pa AAS št. 2 in slovenski ustanovi redno kompenzirajo nastale stroške. Računalniški sistem, ki bo vzpostavljen za vodenje naročanja, bo moral torej omogočati evidentiranje stroškov ter stalno spremljanje le-teh, obenem pa bo moral opozarjati na morebitno preseganje določenega praga.

Tehnično-računalniško okolje

Čezmejno zdravstvo mora delovati pregledno za vse uporabnike. To pomeni, da sistem naročanja in plačevanja ticket (kjer bo to predvideno) ne sme biti drugačen od sedanjega.

Zato, da dosežemo ta rezultat, moramo vzpostaviti platformo za čezmejno naročanje, ki naj povezuje italijanski CUP in slovenski sistem e-naročanje. Platforma mora omogočiti preprosto uvedbo operativnih vmesnikov (API – Application Programming Interface) in dolgoročni razvoj same platforme ter razširitev in zanesljivost slednje. Predlagamo uporabo open source tehnologije, kot sta Java in Java EE, strežnik WildFly ali podobni, operativni sistem Linux in zbiranje podatkov PostgreSQL ter njihove različice. Računalniški sistem bo moral zagotoviti ne samo možnost naročanja na podoben način, kot se to dogaja zdaj na obeh straneh meje, ampak tudi evidentiranje stroška posamezne zahtevane in ponujene storitve, kar bo omogočilo stalno spremljanje stroškov.

Nadalje je treba vzpostaviti čezmejno kontaktno točko, ki naj deluje kot front office.

V vsakem primeru je treba računati na sodelovanje družbe Insiel pri izmenjavi potrebnih informacij.

Čezmejno omizje

Za usklajeno in učinkovito izvajanje teh dejavnosti moramo nujno vzpostaviti operativno omizje, ki naj pripravi vse tehnične, administrativne, pravne, ekonomske in računalniške rešitve, ki so potrebne za pripravo in vodenje zagona sistema, začeni s sestavo osnutkov dogovorov, ki jih bodo sklenile soudeležene ustanove, po možnosti na osnovi veljavnega dogovora o skupnem koriščenju objekta za rojstvo otrok. Za italijansko stran bi lahko ta projekt, čeprav Dežela FJK ne bo pri njem neposredno sodelovala, vključili v »Projekt Cilj čezmejno zdravstvo« po 2. odstavku 16. člena deželnega zakona št. 17/2014, na slovenski strani pa bi ga lahko vključili v »Projekt čezmejno zdravstvo«, da bi prejeli dovoljenje Ministrstva za zdravje.

Člane delovnega omizja je treba izbrati med institucionalnimi nosilci interesa in strokovnjaki posameznih panog. Med italijanskimi nosilci interesa ne smejo manjkati predstavniki Dežele FJK (Direkcija za zdravstvo), EZTS (in občin, ki ga sestavljajo), AAS št. 2 in družbe Insiel. Slovenske člane bodo določile pristojne slovenske ustanove.

Prva točka na dnevnem redu prvega zasedanja delovnega omizja bo opredelitev terminskega plana ukrepov, ki jih je treba izvesti.