



KLASA: 504-03/22-01/31
URBROJ: 338-01-06-05-22-02
Zagreb, 08. srpnja 2022. godine

Roditelji u akciji - RODA
Žerjavićeva 10
10 000 Zagreb

PREDMET: NAKNADA TROŠKOVA KORIŠTENE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE RADI PREKIDA TRUDNOĆE U INOZEMSTVU.

- daje se odgovor

Poštovani,

Zahvaljujemo na Vašem upitu te Vas ovim putem želimo informirati, u svjetlu aktualnih događaja, glede pozitivnih pravnih propisa kojima je uređeno pitanje korištenja prekogranične zdravstvene zaštite.

Pravni okvir koji uređuje predmetno pitanje postavljen je Direktivom 2011/24/EU Europskog parlamenta i vijeća (dalje u tekstu: Direktiva 2011/24/EU), Uredbom (EZ) br.883/2004. Europskog parlamenta i vijeća od 29. travnja 2004. o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti (dalje u tekstu: Uredba 883/04), Uredbom (EZ) br. 987/2009 Europskog parlamenta i vijeća od 16. rujna 2009. (dalje u tekstu: Uredba br.987/09), Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju ("Narodne novine" br. 80/13., 137/13. i 98/19.- dalje u tekstu: Zakon), i Pravilnikom o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite („Narodne novine“ broj 160/13., 11/15., 16/15., 113/16. i 34/18. - dalje u tekstu: Pravilnik).

Obzirom na postojanje nekoliko pravnih izvora kojima je uređeno pitanje prekogranične zdravstvene zaštite, u svrhu jasnijeg razumijevanja materije, važno je spomenuti odredbu članka 26. Zakona koji jamči osiguranim osobama pravo na korištenje zdravstvene zaštite u drugim državama članicama europske unije i trećim državama te jasno razgraničuje vrstu zdravstvene zaštite obzirom na narav predmetnih usluga.

Pod zdravstvenom zaštitom podrazumijeva se:

- pravo na upućivanje na liječenje,
- pravo na korištenje zdravstvene zaštite za vrijeme privremenog boravka u državama iz stavka 1. ovog članka te
- pravo na drugu zdravstvenu zaštitu u skladu s odredbama propisa Europske unije, Direktive 2011/24/EU, ovoga Zakona međunarodnih ugovora te općih akata Zavoda.

Definicija prava na **upućivanje na liječenje** regulirana je člankom 25. Pravilnika kojim je propisano da odobrenje prava na upućivanje na liječenje u inozemstvo osigurana osobi može ostvariti samo ako se radi o potrebi liječenja koje se ne provodi u ugovornim zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj, a može se uspješno provesti u inozemstvu. Navedenom prethodi postupak koji je detaljno opisan u odredbama samog Pravilnika „dio IV. UPUĆIVANJE OSIGURANE OSOBE NA LIJEČENJE U INOZEMSTVO“. Tiskanicom zahtjeva i prijedloga za upućivanje na liječenje u inozemstvo, uz prilog cjelokupne medicinske

dokumentacije, koju daje nadležni referentni centar Ministarstva zdravstva, nadležan prema dijagnozi bolesti osigurane osobe za koju se predlaže upućivanje na liječenje, odnosno doktor specijalist ili liječnički konzilij druge ugovorne zdravstvene ustanove na sekundarnoj i tercijarnoj razini u kojoj se osigurana osoba liječi s prijedlogom jedne ili više inozemnih zdravstvenih ustanova započinje upravni postupak. Ovisno o dijagnozi bolesti pribavlja se mišljenje nadležnog Referentnog centra ili doktora-specijalista konzultanata glede opravdanosti upućivanja na predloženo liječenje u inozemstvo. Sukladno traženom mišljenju i stavu stručnjaka, Liječničko povjerenstvo izrađuje, Nalaz mišljenje i ocjenu koja je temelj za donošenje rješenja glede opravdanosti liječenja u inozemstvu. Troškovi odobrenog liječenja terete izravno sredstva obveznog zdravstvenog osiguranja.

Ujedno, napominjemo da u skladu s odredbama članka 32. Pravilnika osigurana osoba koja je sama dogovorila termin u inozemnoj zdravstvenoj ustanovi i na liječenje u inozemstvo otišla bez rješenja o upućivanju na liječenje u inozemstvo nema pravo ostvariti to liječenje na teret obveznog zdravstvenog osiguranja.

Dodatno, u vidu **planirane prekogranične zdravstvene zaštite**, Uredbom 883/2004., Direktivom 2001/24EU i člankom 7. Pravilnik dana je mogućnost da u slučaju kada osigurana osoba u medicinski opravdanom vremenskom roku, uzimajući u obzir trenutačno zdravstveno stanje i vjerojatan razvoj njezine bolesti, ne može ostvariti zdravstvenu zaštitu u ugovornim zdravstvenim ustanovama, a koja je utvrđena kao pravo na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja zatraži **prethodno odobrenje**. Upravni postupak se u tom slučaju provodi, temeljem priložene medicinske dokumentacije kojom se dokazuje medicinska indikacija za traženo liječenje, ponuđenog termina u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi i termina u inozemnoj zdravstvenoj ustanovi, a koji je postupak u nadležnosti Regionalnih ureda ili Područnih službi Zavoda.

Sama narav boravka prethodno navedenih liječenja, u svrhu korištenja zdravstvene zaštite je **planirana zdravstvena zaštita** bez da se ulazi u medicinsko pitanje hitnosti zahvata jer ono što je planirano može i ne mora biti hitno. Obzirom da se radi o danom odobrenju za liječenje, predviđena je naknada troškova za putovanje, dok je trošak boravka usmjeren isključivo na bolničko liječenje.

Nadalje, pozitivnim pravnim propisima regulirano je izuzev planirane zdravstvene zaštite i korištenje neplanirane zdravstvene zaštite.

U tom slučaju radi se o korištenju **neodgodive ili hitne zdravstvene zaštite u inozemstvu**, koja je vezana isključivo uz neplanirano liječenje te privatni boravak i to u situacijama kad se osoba zatekne na području države čijem zdravstvenom sustavu ne pripada i zatraži liječničku pomoć. Navedeno znači da će pružatelj usluge, procijeniti radi li se neodgodivoj/hitnoj zdravstvenoj zaštiti te će se u tom slučaju nastali troškovi preuzeti putem europske kartice zdravstvenog osiguranja ili putem ugovornih potvrda koje su predviđene za države ugovornice.

Ukoliko osigurana osoba za vrijeme privatnog boravka podmiri troškove pruženog liječenja, ima pravo podnijeti **zahtjev za povrat troškova**, nadležnom Regionalnom uredu, Područnoj službi Zavoda prema mjestu prebivališta zajedno sa medicinskom dokumentacijom, računima koji glase na ime osigurane osobe te dokazom da su isti plaćeni u roku od 3 (tri) godine od datuma pružanja usluge. Nakon predaje zahtjeva, pokreće se upravni postupak u kojem nadležno liječničko povjerenstvo utvrđuje neodgodivost ili hitnost pruženog liječenja (ovisno o obimu zdravstvene zaštite utvrđene Pravilnikom) te se, vrši provjera cijene za naplaćene zdravstvene usluge sa inozemnim nositeljem osiguranja, ali samo u slučaju ako takva zdravstvena zaštita bude utvrđena kao neodgodiva odnosno hitna. U tom se slučaju vraća onaj iznos za pruženu zdravstvenu uslugu koji je odredio inozemni nositelj zdravstvenog osiguranja bez dodatnih popratnih troškova.

Važno je na kraju spomenuti da je za pravilno razumijevanje korištenja prekogranične zdravstvene zaštite nužno razlikovati da planirana zdravstvena zaštita podrazumijeva činjenicu da je cilj putovanja u drugu državu, liječenje u inozemnoj zdravstvenoj ustanovi, dok cilj privremenog boravka nije liječenje, već je do liječenja u inozemstvu došlo neplanski zbog različitih okolnosti.

Ujedno napominjeno da u pogledu naknade troškova za korištene zdravstvene usluge člankom 34. Zakona propisano da osiguranim osobama Zavoda u okviru prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja **ne osigurava se plaćanje troškova zdravstvenih usluga koje su pružene na način i po postupku koji nije propisan propisima Europske unije, Direktivom 2011/24/EU, međunarodnim ugovorom, ovim Zakonom, odnosno podzakonskim propisima donesenim na temelju ovoga Zakona.**

U ovom trenutku nije moguće raspravljati niti dati odgovor što se smatra hitnom zdravstvenom zaštitom te potrebi liječenja u inozemstvu, budući isto ovisi o različitim faktorima te individualnoj medicinskoj dokumentaciji i indikaciji za liječenje.

S poštovanjem,

Ravnatelj
Lucian Vukelić, dr.med.spec



