



**D.T1.5.1. Studija prekograničnih procedura**  
**D.T1.5.1. Študija čezmejnih procedur**

**Izboljšanje dostopa do zdravstvenih storitev preko krepiteve čezmejnega sodelovanja institucij na področju zdravstva/  
*Poboljšanje pristupa do zdravstvenih uslug preko jačanje prekogranične suradnje institucij na področju zdravstva***

SLO – HR50

| <b>Povijest dokumenta</b>   |                 |  |              |
|---|-----------------|--|--------------|
| Projekt: +Health – Interreg V-A Slo-Hr<br>Workpackage: T1<br>Document ID: MEDRI |                 | Javno / <u>Povjerljivo</u> :<br>Projektne partneri, Upravljačko tijelo |              |
| <b>Verzija</b>  | <b>Status</b>   | <b>Datum</b>   | <b>Autor</b> |
| 0.1   | Nacrt           | 01.03.2018.  | MEDRI        |
| 0.2   | Nacrt           | 26.03.2018.  | MEDRI        |
| 0.3   | KONAČNA VERZIJA | 28.09.2018.  | MEDRI        |
|   |                 |  |              |
| Opaske:   |                 |  |              |

## NAPOMENA:

\*Svaki partner koji sudjeluje u projektu "+Health – Pобоljšanje pristupa do zdravstvenih usluga kroz jačanje prekogranične suradnje institucija na području zdravstva" financiran iz poziva INTERREG V – A Slovenija – Hrvatska; br. projekta: SLO – HR50, odgovoran je za točnost, analizu, obradu, potpunost i kvalitetu vlastitih podataka navedenih u *Studiji prekograničnih procedura*.

## OPOMBA:

*\*Vsak partner, ki sodeluje v projektu "+Health - izboljšanje dostopa do zdravstvenih storitev s krepitevijo čezmejnega sodelovanja institucij na področju zdravstva", ki se financira iz javnega poziva INTERREG V - A Slovenija - Hrvaška; št. projekta: SLO - HR50, je odgovoren za točnost, analizo, obdelavo, popolnost in kakovost lastnih podatkov, navedenih v Študiji obstoječe infrastrukture in storitev.*

## Sažetak

Studija prekograničnih procedura sadrži popis postojećih procedura i načina korištenja prekogranične zdravstvene zaštite i usluga. Studija se temelji na Direktivi 2011/24/EU koja je donešena od strane Europske unije 2013. godine te definira prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi. Također, temelj Studije čine i dva pravna akta Republike Hrvatske koji su doneseni sukladno spomenutoj Direktivi, a to su Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj (NN 80/13, NN 15/18) te Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite (NN 160/2013).

Iz trenutno definiranih prekograničnih procedura u području zdravstvene zaštite i pomoću Studije prekograničnih procedura proizaći će protokoli i intervencijski postupci između Republike Hrvatske i Republike Slovenije u svrhu poboljšanja kvalitete u pružanju zdravstvene zaštite te bržeg i učinkovitijeg djelovanja nadležnih institucija na području zdravstva i povezanim područjima na prekograničnom prostoru. Istovremeno, biti će otkrivene i administrativne, pravne, prostorne i druge potencijalne prepreke u prekograničnoj suradnji te razmotriti će se prekogranične izmjene infrastrukture i osoblja kao i drugih zajedničkih aktivnosti prekograničnoga partnerstva.

Studija postupaka i prepreka te logističkih rješenja u zdravstvu i povezanim područjima sadrži popis postojećih postupaka na području zdravstva i povezanim područjima koji će služiti kao osnova za usklađivanje protokola i intervencijskih postupaka između prekograničnih partnera.

U studiji su istaknute administrativne, pravne, prostorne i druge potencijalne prepreke u prekograničnom sudjelovanju u smislu usklađivanja protokola i intervencijskih postupka te prekogranične izmjene infrastrukture i osoblja kao i drugih zajedničkih aktivnosti prekograničnoga partnerstva.

U okviru studije predložene su nove prekogranične procedure i postupci koji će omogućiti brže i učinkovitije djelovanje nadležnih institucija na području zdravstva i povezanim područjima na prekograničnom prostoru.

/

## Povzetek

Študija čezmejnih procedur vsebuje seznam obstoječih procedur in načinov uporabe čezmejnega zdravstvenega varstva in storitev. Študija temelji na Direktivi 2011/24 / EU, ki jo je Evropska unija sprejela leta 2013, in opredeljuje pravice bolnikov v čezmejnem zdravstvenem varstvu. Temelj študije sta tudi pravna akta Republike Hrvaške, sprejeta v skladu z navedeno Direktivo, in sicer Zakon o obveznem zdravstvenem zavarovanju in zdravstvenem varstvu tujcev v Republici Hrvaški (UL 80/13, UL 15/18) in Pravilnik o pravicah, pogojih in načinu uporabe čezmejnega zdravstvenega varstva (UL 160/2013).

Iz trenutno opredeljenih čezmejnih procedur na področju zdravstvenega varstva in Študije čezmejnih procedur bodo nastali protokoli in intervencijski postopki med Republiko Hrvaško in Republiko Slovenijo, da bi izboljšali kakovost zagotavljanja zdravstvene oskrbe in zagotovili hitrejše in učinkovitejše ukrepanje

pristojnih institucij na področju zdravstva in s tem povezanih področij na čezmejnem območju. Hkrati se bodo odkrile upravne, pravne, prostorske in druge morebitne ovire za čezmejno sodelovanje ter se bodo obravnavale čezmejne spremembe infrastrukture in osebja kot tudi drugih skupnih dejavnosti čezmejnega partnerstva.

Študija postopkov in ovir ter logističnih rešitev v zdravstvu in povezanih področjih vključuje seznam obstoječih postopkov na področju zdravstva in povezanih področij, ki bodo služili kot osnova za usklajevanje protokolov in intervencijskih postopkov med čezmejnimi partnerji.

Študija je poudarila upravne, pravne, prostorske in druge morebitne ovire za čezmejno sodelovanje v smislu usklajevanja protokolov in intervencijskih postopkov ter čezmejne spremembe infrastrukture in osebja kot tudi drugih skupnih dejavnosti čezmejnega partnerstva.

V okviru študije so predlagane nove čezmejne procedure in postopki, ki bodo omogočili hitrejše in učinkovitejše ukrepanje pristojnih institucij na področju zdravstva in povezanih področij na čezmejnem območju.

## Sadržaj

|  |    |
|--|----|
| 1. Uvod .....  | 7  |
| 2. Direktiva 2011/24/EU .....  | 10 |
| 2.1. Liječnički recepti .....  | 10 |
| 2.2. Medicinska dokumentacija.....   | 11 |
| 2.3. Nacionalni kontaktno – informativni centar .....  | 11 |
| 2.4. Odgovornost za učinjenu štetu .....   | 13 |
| 2.5. Zabrana diskriminacije.....   | 13 |
| 2.6. Povrat troškova .....   | 14 |
| 2.7. Prethodno odobrenje .....   | 14 |
| 2.8. Europska referentna mreža i rijetke bolesti .....   | 15 |
| 2.9. Ostala područja važenja .....   | 16 |
| 3. Pravne i administrativne procedure temeljene na zakonodavstvu .....   | 17 |
| 3.1. Hitna medicinska pomoć.....   | 19 |
| 3.2. Postupak naplate troškova zdravstvene zaštite u slučaju kada stranac osobno snosi troškove ....   | 21 |
| 4. Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite (NN 160/2013) i Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (44. člen) ..... | 22 |
| 4.1. Pravo osigurane osobe na korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu .....  | 32 |
| 4.2. Osnovica, stopa, te način obračuna posebnog doprinosa za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu.....   | 34 |
| 4.3. Opseg zdravstvene zaštite u inozemstvu .....  | 35 |
| 4.4. Upućivanje osigurane osobe na liječenje u inozemstvo .....  | 36 |
| 4.5. Naknada troškova zdravstvene zaštite korištene u inozemstvu.....  | 37 |
| 5. Europska kartica zdravstvenog osiguranja (EKZO) .....   | 38 |
| 6. Novi prekogranični modeli/procedure .....   | 40 |
| 6.1. 1. prekogranični model/procedura: Pravo na planirano liječenje u Republici Sloveniji .....  | 40 |
| 6.2. 2. prekogranični model/procedura: Uporaba aed in sistema prvih posredovalcev na čezmejnem območju .....   | 41 |
| 6.3. 3. prekogranični model/procedura: Oskrba poškodovanega v prometni nesreči na čezmejnem območju .....  | 42 |
| 6.4. 4. prekogranični model/procedura: Zdravstvena oskrba tujega državljana na urgentnem centru Splošne bolnice Novo mesto .....   | 43 |
| 7. Zaključci .....   | 45 |

/

## Vsebina

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| 1. Uvod.....                   | 8  |
| 2. Direktiva 2011/24 / EU..... | 10 |

|  |    |
|--|----|
| 2.1. Zdravniški recepti.....   | 10 |
| 2.2. Medicinska dokumentacija.....   | 11 |
| 2.3. Nacionalni kontaktno – informativni center.....   | 11 |
| 2.4. Odgovornost za storjeno škodo.....  | 13 |
| 2.5. Prepoved diskriminacije.....  | 13 |
| 2.6. Povračilo stroškov.....   | 14 |
| 2.7. Predhodna odobritev.....  | 14 |
| 2.8. Evropsko referenčno omrežje in redke bolezni.....   | 15 |
| 2.9. Druga območja veljavnosti.....  | 16 |
| 3. Pravne in upravne procedure, ki temeljijo na zakonodaji.....  | 17 |
| 3.1. Nujna medicinska pomoč.....   | 19 |
| 3.2. Postopek zaračunavanja stroškov zdravstvenega varstva v primeru, da tujec osebno nosi stroške.....        | 21 |
| 4. Pravilnik o pravicah, pogojih in načinu uporabe čezmejnega zdravstvenega varstva (UL 160/2013).....         | 22 |
| 4.1. Pravica zavarovanca do uporabe zdravstvenega varstva v tujini.....  | 32 |
| 4.2. Osnova, stopnja ter način izračuna posebnega prispevka za uporabo zdravstvenega varstva v tujini.....     | 34 |
| 4.3. Obseg zdravstvenega varstva v tujini.....   | 35 |
| 4.4. Napotitev zavarovanca na zdravljenje v tujino.....  | 36 |
| 4.5. Nadomestilo stroškov zdravstvenega varstva v tujini.....  | 37 |
| 5. Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja (EKZO).....  | 38 |
| 6. Novi čezmejni modeli/procedure.....   | 40 |
| 6.1. 1. čezmejni model/procedura: Pravica do načrtovanega zdravljenja v Republiki Sloveniji.....               | 40 |
| 6.2. 2. čezmejni model/procedura: Uporaba aed in sistema prvih posredovalcev na čezmejnem območju.....         | 41 |
| 6.3. 3. čezmejni model/procedura: Oskrba poškodovanega v prometni nesreči na čezmejnem območju.....            | 42 |
| 6.4. 4. čezmejni model/procedura: Oskrba tujega državljana na urgentnem centru Splošne bolnice Novo mesto..... | 43 |
| 7. Zaključki.....  | 46 |

## 1. Uvod

Pravo na zdravstvenu zaštitu jedno je od temeljnih prava propisano Mاستrihtskim Ugovorom, temeljnim dokumentom Europske unije. Zdravstvena zaštita građana EU kompleksan je i sveobuhvatan sustav u koji se RH uključila 01. svibnja 2013. pristupanjem Europskoj uniji. Članstvo u Europskoj uniji Sloveniji i Hrvatskoj je donijelo širok spektar odgovornosti, zadaka i obaveza, ali isto tako i pregršt prednosti, beneficija i prilika. Jedna od tih obaveza bila je prilagodba hrvatske legislative Europskoj što se između ostaloga odnosilo i na zdravstveni sustav na čelu koje je Ministarstvo zdravstva, te ostale mjerodavne institucije.<sup>1</sup>

Pravni okvir Europske Unije sastoji se od serije ugovora i propisa donesenih od strane Europskog parlamenta i Europske komisije. Jedan od njih je i Ugovor o osnivanju Europske zajednice. Članci 18., 49. 50. navedenog ugovora jasno definiraju pravo slobodnog kretanja i življenja na području država Unije, kao i slobodu kretanja roba i usluga unutar Europske zajednice, odnosno ne smiju postajati ograničenja u slobodi pružanja usluga za državljane država članica Europske unije. Prethodno spomenuti ugovor i pripadajući članci bili su temelj donošenja Direktive 2011/24/EU koja se odnosi na prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi.

Na temelju spomenute Direktive, Republika Slovenija je donijela spremembe in dopolnitve **Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju**: v katerem se prenaša Direktiva Sveta z dne 21. decembra 1988 v zvezi s preglednostjo ukrepov, ki urejajo določanje cen zdravil za človeško uporabo in njihovo vključitev v področje nacionalnih sistemov zdravstvenega zavarovanja (UL L št. 40 z dne 11. 2. 1989, str. 8) v delu, ki se nanaša na vključevanje zdravil v sistem financiranja iz javnih sredstev, in Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (UL L št. 88 z dne 4. 4. 2011, str. 45; v nadaljnjem besedilu: Direktiva 2011/24/EU).

Republika Hrvatska je 2013. godine donijela Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj (NN 80/13, NN 15/18) koji uređuje obvezno zdravstveno osiguranje i zdravstvena zaštita stranaca u Republici Hrvatskoj, opseg prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, prava i obveze nositelja obveznoga zdravstvenog osiguranja, opseg prava na zdravstvenu zaštitu te druga prava i obveze stranaca prema ovom Zakonu, uvjeti i način ostvarivanja i financiranja zdravstvene zaštite stranaca u Republici Hrvatskoj te prava i obveze provoditelja zdravstvene zaštite.

Sukladno Direktivi 2011/24/EU i na temelju Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 137/13) i ostalih pravnih akata i statuta, Republika Hrvatska je donijela i Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite (NN 160/2013) kojim se uređuje pravo osiguranih osoba Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Također, Pravilnik propisuje osnovicu, stopu te način

---

<sup>1</sup>Dodig V. Integracija Direktive 2011/24/EU u hrvatsko zdravstveno zakonodavstvo te njezina primjena. Zagreb. 2014.

obračuna i uplate posebnog doprinosa za korištenje zdravstvene zaštite u državama s kojima Republika Hrvatska nema sklopljen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju ili tim ugovorom nije uređeno pitanje korištenja zdravstvene zaštite, osim ako plaćanje posebnog doprinosa nije utvrđeno posebnim zakonom.

/

## 1. Uvod

Pravica do zdravstvenega varstva je ena od temeljnih pravic, predpisanih v Maastrichtski Pogodbi, ki je temeljni dokument Evropske unije. Zdravstveno varstvo državljanov EU je kompleksen in celovit sistem, v katerega se je Republika Hrvaška vključila 1. maja 2013 s pristopanjem k Evropski uniji. Članstvo v Evropski uniji je Sloveniji in Hrvaški prineslo širok spekter odgovornosti, nalog in obveznosti, pa tudi obilico prednosti, ugodnosti in priložnosti. Ena od teh obveznosti je bila prilagoditev hrvaške zakonodaje evropski, kar se je med drugim nanašalo na zdravstveni sistem, ki ga vodita Ministrstvo za zdravje in druge merodajne institucije.<sup>1</sup>

Pravni okvir Evropske unije je sestavljen iz vrste pogodb in predpisov, ki sta jih sprejela Evropski parlament in Evropska komisija. Ena od njih je Pogodba o ustanovitvi Evropske skupnosti. 18., 49. in 50-člen navedene pogodbe jasno opredeljujejo pravico do prostega gibanja in bivanja na območju držav Unije ter svobodo gibanja blaga in storitev v Evropski skupnosti, oz. ne smejo obstajati omejitve v svobodi opravljanja storitev za državljane držav članic Evropske unije. Zgoraj omenjena pogodba in s tem povezani členi so bili podlaga za sprejetje Direktive 2011/24/EU, ki se nanaša na pravice pacientov pri čezmejni zdravstveni oskrbi.

V skladu z omenjeno Direktivo je Republika Slovenija sprejela spremembe in dopolnitve **Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju**: v katerem se prenaša Direktiva Sveta z dne 21. decembra 1988 v zvezi s preglednostjo ukrepov, ki urejajo določanje cen zdravil za človeško uporabo in njihovo vključitev v področje nacionalnih sistemov zdravstvenega zavarovanja (UL L št. 40 z dne 11. 2. 1989, str. 8) v delu, ki se nanaša na vključevanje zdravil v sistem financiranja iz javnih sredstev, in Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (UL L št. 88 z dne 4. 4. 2011, str. 45; v nadaljnjem besedilu: Direktiva 2011/24/EU).

Republika Hrvaška je v letu 2013 sprejela Zakon o obveznem zdravstvenem zavarovanju in zdravstvenem varstvu tujcev v Republiki Hrvaški (UL 80/13, UL 15/18), ki ureja obvezno zdravstveno zavarovanje in zdravstveno varstvo tujcev v Republiki Hrvaški, obseg pravice do obveznega zdravstvenega zavarovanja, pravice in obveznosti nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja, obseg pravice do zdravstvenega varstva in druge pravice in obveznosti tujcev po tem Zakonu, pogoje in način pridobivanja in financiranja zdravstvenega varstva tujcev v Republiki Hrvaški ter pravice in obveznosti izvajalca zdravstvenega varstva.



V skladu z Direktivo 2011/24 / EU ter na podlagi Zakona o obveznem zdravstvenem zavarovanju (UL 137/13) ter drugih pravnih aktov in statotov je Republika Hrvaška sprejela tudi Pravilnik o pravicah, pogojih in načinu uporabe čezmejnega zdravstvenega varstva (Uradni list 160/2013) s katerim ureja pravico zavarovancev Hrvaškega zavoda za zdravstveno zavarovanje. Pravilnik določa tudi osnovo, stopnjo in način izračuna in plačila posebnega prispevka za uporabo zdravstvenega varstva v državah, s katerimi Republika Hrvaška ni sklenila mednarodne pogodbe o socialnem zavarovanju ali ta pogodba ne ureja vprašanja uporabe zdravstvenega varstva, razen če plačilo posebnega prispevka ni določeno s posebnim zakonom.

## 2. Direktiva 2011/24/EU

Direktiva 2011/24/EU donešena je 2013. godine te za cilj ima regulaciju jasnih i jednostavnih pravila prekogranične zdravstvene zaštite na koju građani Europske unije imaju pravo od samih početaka postojanja iste. Također, Direktiva ima za zadaću postići opću i efektivnu primjenu načela razvijenih od strane sudske prakse Europskog suda pravde, utvrditi pravila koja će olakšati pristup sigurnoj i visoko kvalitetnoj prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti unutar Europske Unije, osigurati mobilnost pacijenata u skladu s načelima utvrđenim od strane Europskog suda, te promicati suradnju između država članica u području zdravstva. Direktiva u potpunosti poštuje odgovornost država članica za organizaciju i pružanje zdravstvenih zaštite, te za određivanje sustava socijalnih naknada. Ova se Direktiva primjenjuje na pojedinačne pacijente koji odluče potražiti zdravstvenu zaštitu u nekoj od država članica, a izvan države njegove pripadnosti.

Europski sud je potvrdio da bilo kakve okolnosti, način organizacije zdravstvene skrbi u državama članicama Unije, te modeli financiranja ne mogu i ne smiju isključiti zdravstvenu skrb iz opsega jedne od temeljnih slobode Europske Unije, a to je sloboda pružanja usluga. Međutim, država članica može, u slučaju PZZ, donijeti odluku o ograničenju povrata troškova zbog kvalitete i sigurnosti pružanja usluga, što može biti opravdano raznim razlozima od općeg interesa vezanim za javno zdravstvo. Europski sud je u svome radu utvrdio da je zaštita javnog zdravstva među najvažnijim stavkama općeg interesa svih građana Europske unije.

### 2.1. Liječnički recepti

U svrhu nadoknađivanja troškova prekogranične zdravstvene zaštite, prema Direktivi 2011/24/EU, pokrivaju se, ne samo situacije kada je pacijentu pružena zdravstvena skrb u drugoj državi članici, već i recepti za lijekove i medicinske proizvode. Što se tiče recepata koji su izdani u nekoj drugoj državi članici Unije, isti se priznaju u državi u kojoj pacijent živi i obratno. To osigurava da se zdravstvena zaštita pružena u drugoj državi članici nastavi i po povratku pacijenta kući. Dakle, pacijent ima pravo dobiti lijek, ali pod uvjetom da je riječ o lijeku koji ima odobrenje za stavljanje u promet i dostupan je u državi gdje pacijent želi da mu se izda. Direktiva je farmaceutima omogućila sve potrebne alate za razumijevanje prekograničnih procedura izdavanja lijekova.

## 2.2. Medicinska dokumentacija

Pravo na zaštitu osobnih podataka jedno je od temeljnih prava zajamčeno člankom 8. Povelje o temeljnim pravima Europske unije te Opće uredbe (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i vijeća o zaštiti podataka (GDPR). Međutim, osiguravanje kontinuiteta zdravstvene zaštite pacijenta ovisi o prijenosu podataka o pacijentovu zdravstvenom stanju. Dakle, potrebno je omogućiti da podaci o pacijentovu zdravstvenom stanju za potrebe njegovog liječenja budu, ukoliko je to potrebno, dostupni u nekoj drugoj državi članici pritom poštivajući pravo na zaštitu osobnih podataka pacijenta. te Opće uredbe (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i vijeća o zaštiti pojedinca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (GDPR), određuje među ostalim i pravo pojedinca na pristup svojim osobnim podacima koji su povezani s njegovim zdravstvenim stanjem. Te odredbe se, između ostalog, odnose i na kontekst prekogranične zdravstvene zaštite. Zemlja od kuda pacijent dolazi dužna je pružatelju zdravstvene zaštite u državi liječenja osigurati pristup medicinskoj dokumentaciji bilo u pisanom ili elektroničkom obliku, u skladu s Direktivom o zaštiti osobnih podataka (GDPR). Kako bi se osigurao kontinuitet zdravstvene skrbi, pacijent koji je primio zdravstvenu uslugu ima pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji o obavljenoj usluzi, bilo u pisanom ili elektroničkom obliku, te barem kopiju medicinske dokumentacije, u skladu s nacionalnim zakonodavstvom u koje su implementirane odredbe Opće uredbe (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i vijeća o zaštiti podataka (GDPR).

## 2.3. Nacionalni kontaktno – informativni centar

Pacijentu je potrebno omogućiti pristup svim informacijama koje se tiču prekogranične zdravstvene zaštite, kako bi on svoje pravo na prekograničnu zdravstvenu zaštitu uistinu mogao i ostvariti. Stoga, Direktiva nalaže osnivanje nacionalnih kontaktno – informativnih centara unutar svake države članice kao mehanizam za pružanje informacija. Iste trebaju biti dostupne na službenom jeziku države članice u kojoj se nalazi kontaktni centar, kao i na bilo kojem drugom jeziku članice Europske Unije kojeg definira država u kojoj se centar nalazi. Država članica sama odlučuje o obliku i broju nacionalnih kontaktnih centara, bilo na regionalnoj ili lokalnoj razini, na što ima utjecaja specifičnost zdravstvenog sustava pojedine države članice. Takvi centri mogu biti uključeni u već postojeći sustav informativnih centara zdravstvenog sustava, ali pod uvjetom da se jasno naznači da su ti informativni centri zaduženi za prekograničnu zdravstvenu zaštitu. Nacionalni kontaktni centri trebaju biti uspostavljeni na učinkovit i transparentan način, te bi država članica trebala osigurati da se ti kontaktni centri konzultiraju s udrugama pacijenata, pružateljima zdravstvenih usluga i zdravstvenim osiguranjima u svrhu pružanja opsežnih informacija u svezi s korištenjem prava na prekograničnu zdravstvenu zaštitu (informacije o pružateljima zdravstvenih usluga i mogućim ograničenjima, informacije o standardima kvalitete zdrav. usluga, iznosima povrata troškova,

informacije o pravima pacijenata, itd.). Isto tako, Nacionalni kontaktni centar države u kojoj se zdravstvena usluga obavlja dužan je pružiti pacijentu sve relevantne informaciju o postupku za prigovore i mehanizme pravne zaštite prema pravu države članice gdje je zdravstvena usluga pružena, te je isto tako dužan pružiti informaciju o zakonskim i pravnim mogućnostima za rješavanje eventualnih sporova, što uključuje i tužbu za naknadu štete.

Nacionalni kontaktni centar dužan je osigurati dostupnost informacija i u elektroničkom obliku, kao i bilo kojem drugom formatu koji će biti dostupan i osobama s invaliditetom. Također, dužan je, na zahtjev pacijenata, osigurati postojanost vlastitih podataka u drugim državama članicama.

Dakle, sama namjera osnivanja Nacionalnih kontaktnih centara očituje se u tome da pacijentu budu dostupni svi potrebni podaci o sustavu zdravstvene zaštite u inozemstvu, kako bi na što lakši donio odluku o liječenju u drugoj državi članici.<sup>2</sup>

V Sloveniji so Nacionalne kontaktne točke (nadalje NKT) umešćene 77.b člen Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Naloge izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije – ZZZS.

Zavod opravlja naloge Nacionalne kontaktne točke za čezmejno zdravstveno varstvo (v nadaljnjem besedilu: NKT) iz 6. člena Direktive 2011/24/EU, ki zagotavlja pacientom naslednje informacije in jih objavi na svojih spletnih straneh:

- o izvajalcih zdravstvene dejavnosti,
- o dovoljenju za opravljanje zdravstvene dejavnosti,
- o standardih in smernicah glede kakovosti in varnosti, ki jih morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji izpolnjevati in kateri izvajalci zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji jih izpolnjujejo,
- o nadzoru in oceni izvajalcev zdravstvene dejavnosti,
- o dostopnosti bolnišnic za invalidne osebe,
- o pravicah pacientov v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice,
- o pritožbenih postopkih v primeru kršitev pravic pacientov v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice,
- o razpoložljivih pravnih sredstvih za ugotavljanje kazenske in odškodninske odgovornosti,
- o kontaktnih podatkih NKT drugih držav članic Evropske unije.

NKT zagotovi tudi informacije o pravici do zdravljenja v tujini na podlagi 44.a, 44.b in 44.c člena tega zakona, zlasti informacije o:

- obsegu povračila stroškov zdravljenja in
- pravicah in postopku uveljavljanja pravic do zdravljenja.

---

<sup>2</sup> Direktiva 2011/24/EU o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi

- Informacije iz prejšnjega odstavka morajo jasno razmejiti pravico do zdravljenja v tujini na podlagi 44.a, 44.b ali 44.c člena zakona.

NKT se:

- posvetuje z organizacijami pacientov, izvajalci zdravstvene dejavnosti in nosilci zdravstvenega zavarovanja,
- sodeluje z NKT drugih držav članic Evropske unije in Evropsko komisijo,
- izmenjuje informacije iz prvega odstavka tega člena z NKT drugih držav članic Evropske unije.

Informacije iz prvega odstavka tega člena, s katerimi Zavod ne razpolaga, posredujejo Zavodu zavezanci, ki te informacije obdelujejo na podlagi zakonov ali drugih predpisov.

## 2.4. Odgovornost za učinjeno škodu

Država članica EU, u kojoj je liječenje obavljeno, dužna je osigurati pacijentima postojanje transparentnog postupka za podnošenje tužbe, kao pravnog sredstva u slučaju kada pacijent pretrpi škodu koja je u uzročnoj – posljedičnoj vezi s pruženom zdravstvenom skrbi, a sukladno zakonodavstvu države članice gdje je zdravstvena skrb pružena. Isto tako, država članica dužna je osigurati sustav profesionalne odgovornosti ili bilo kakav drugi oblik jamstva koje je jednako ili bitno usporedivo po svojoj namjeni, te koje odgovara prirodi i opsegu rizika.

## 2.5. Zabrana diskriminacije

Načelo zabrane diskriminacije odnosi se na pacijente iz druge države članice u odnosu na pacijente iz države članice gdje se zdravstvena zaštita pruža. Međutim, to ne dovodi u pitanje mogućnost države gdje se liječenje provodi, kada je to opravdano razlozima općeg interesa (npr. planiranje uvjeta koji imaju za svrhu osigurati dovoljan i stalan pristup uravnoteženoj i visoko kvalitetnoj zdravstvenoj skrbi u državi članici ili smanjenje gubitka financijskih, tehničkih i ljudskih resursa), usvojiti mjere koje se odnose na pristup liječenju. Te se mjere mogu usvojiti s ciljem ispunjavanja državnih temeljnih odgovornosti, a to su, prije svega, osiguranje dostatnog i trajnog pristupa zdravstvenoj skrbi u granicama svog teritorija. Države članice dužne su osigurati da pružatelji zdravstvenih usluga primjenjuju isto mjerilo cijena, kako za domicilno stanovništvo, tako i za pacijente iz drugih država članica ukoliko oni zahtijevaju jednake medicinske usluge.

## 2.6. Povrat troškova

Troškove medicinskog tretmana u drugoj državi, pacijent je dužan platiti neposredno nakon tretmana, a nakon povratka u državu prebivališta podnijeti zahtjev za povrat troškova. Troškove prekogranične zdravstvene zaštite, država članica plaća direktno pružatelju usluga prekogranične zaštite ili nadoknađuje ih samom korisniku, i to u iznosu koji je jednak cijeni medicinskog tretmana u državi članici u kojoj pacijent ima prebivalište. U slučaju da iznos troškova prekogranične zdravstvene zaštite prelazi visinu troškova za taj medicinski tretman u državi članici u kojoj pacijent ima prebivalište, tada država gdje pacijent živi može odlučiti da pokrije tu razliku troškova. Isto tako, država članica u kojoj pacijent ima prebivalište, može odlučiti da u slučaju prekogranične zdravstvene zaštite nadoknadi i s tim povezane troškove poput troškova puta, smještaja, te dodatnih troškova za osobe s invaliditetom, i to u slučajevima kada je to u skladu s nacionalnim zakonodavstvom, te ukoliko postoji dostatna dokumentacija za utvrđivanje tih troškova.

Stoga, države članice Europske unije obvezne su osigurati transparentan, objektivan i nediskriminirajući mehanizam za izračunavanje troškova prekogranične zdravstvene zaštite te su iste obvezne pravilno i detaljno obrazložiti. Pacijenti imaju pravo zatražiti procjenu eventualnih troškova za slučaj korištenja prekogranične zdravstvene zaštite u drugoj državi članici, te će na njegov zahtjev država njegove pripadnosti procijeniti prema pacijentovu zdravstvenom stanju, te drugim okolnostima, iznos troškova na koje bi pacijent imao pravo. Država članica pripadnosti može ograničiti primjenu pravila o povratu troškova prekogranične zdravstvene zaštite na temelju razloga koji su od općeg interesa, poput planiranja potreba povezanih s ciljem osiguranja dostatnog i stalnog pristupa visoko kvalitetnim zdravstvenim uslugama u toj državi članici, zbog kontrole troškova zdravstvenog sustava, te izbjegavanje, koliko je to moguće, gubitak financijskih, tehničkih i ljudskih resursa.

## 2.7. Prethodno odobrenje

Države članice moraju u razumnom roku odgovoriti na zahtjev za prethodnim odobrenjem, te odluku objaviti u javnosti. Prilikom odlučivanja o zahtjevu, nadležno tijelo mora u obzir uzeti specifično zdravstveno stanje konkretnog pacijenta, hitnoću te druge okolnosti vezane uz pacijenta

Sustav prethodnog odobrenja postoji samo u slučajevima:

- Kada zdravstvena skrb uključuje ostanak preko noći u bolnici, i to minimalno jednu noć.
- Kada postoji potreba za zdravstvenom skrbi za koju je potrebna specijalizirana i skupa medicinska oprema i tehnologija.
- Kada zdravstvena skrb uključuje tretman koji predstavlja određeni rizik za pacijenta ili cijelu populaciju.

- Kada se zdravstvena skrb pruža od davatelja zdravstvenih usluga, koji u dosadašnjoj svojoj praksi stvara ozbiljnu zabrinutost u vezi kvalitete i sigurnosti zdravstvene skrbi, s izuzetkom zdravstvene skrbi koja je predmet zakonodavstva EU, a koja se odnosi na minimalnu razinu kvalitete i sigurnosti zdravstvene zaštite na razini Unije.

Za zdravstvenu zaštitu koja ne uključuje noćenje u zdravstvenoj ustanovi, nije potrebno prethodno odobrenje, već samo poštivanje uvjeta da se radi o zdravstvenom tretmanu na kojeg pacijent ima pravo i u državi njegove pripadnosti. Riječ je, dakle, o nebolničkoj zdravstvenoj skrbi koja se može ostvariti, bilo u javnim, bilo u privatnim zdravstvenim ustanovama u državama članicama.

Država članica može odbiti zahtjev pacijenta za prethodnim odobrenjem:

- U slučaju kad će pacijent prema kliničkim procjenama, biti izložen zdravstvenom riziku, uzimajući u obzir potencijalnu korist koju pacijent očekuje od prekogranične zdravstvene skrbi.
- Ukoliko prekograničnu zdravstvenu skrb pruža ustanova, kod koje postoje određene nepravilnosti u pogledu poštivanja zdravstvenih standarda i smjernica vezanih za kvalitetu skrbi i sigurnost pacijenata.
- Ako se zdravstvena skrb može pružiti na teritoriju te države u medicinski prihvatljivom vremenskom roku, uzimajući u obzir trenutno zdravstveno stanje pacijenta, te vjerojatan tijek bolesti.

## 2.8. Europska referentna mreža i rijetke bolesti

Direktivom 2011/24/EU daje se potpora daljnjem razvoju Europske referentne mreže između pružatelja zdravstvenih usluga i centara izvrsnosti u državama članicama, pogotovo za područje rijetkih bolesti. Glavni joj je cilj poboljšati pristup dijagnostici i omogućiti pružanje visoko kvalitetne zdravstvene zaštite svim pacijentima čije zdravstveno stanje zahtijeva postojanje najmodernije medicinske tehnologije, te stručnih medicinskih djelatnika..

Rijetke bolesti su one koje zadovoljavaju kriterij učestalosti manje od pet pogođenih osoba na 10 000 stanovnika, a radi se o ozbiljnim, kroničnim i po život opasnim bolestima. Pacijenti pogođeni rijetkim bolestima suočavaju se pak s poteškoćama u potrazi za dijagnozom i liječenjem tih rijetkih bolesti. Stoga, Europska referentna mreža bi za rijetke bolesti trebala služiti kao istraživački centar, koji će doprinijeti znanstvenom razvoju na području medicine, posebice u otkrivanju rijetkih bolesti, te pronalasku lijekova i metoda za njihovo liječenje. Spomenuta Direktiva, u pogledu prethodnog odobrenja, pruža i određene iznimke u slučaju rijetkih bolesti. Naime, ako je specijalizirani tretman za neku od rijetkih bolesti, dostupan samo u određenim državama članica, u tom slučaju, prekogranična zdravstvena zaštita se može odobriti. Međutim, to nije pravilo koje je ustaljeno, već odluka o prethodnom odobrenju ovisi o svakom pojedinačnom slučaju.

## 2.9. Ostala područja važenja

Direktivom se predviđa daljnje jačanje sustava e – Zdravstva kako bi se omogućila bolja suradnja između država članica na području zdravstvene zaštite, a s ciljem postizanja visoke razine povjerenja i sigurnosti, jačanje kontinuiteta zdravstvene skrbi, te osiguravanje pristupa sigurnoj i kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti.

Potrebno je naglasiti da Direktiva predviđa i određene zaštitne klauzule kako se ne bi dogodilo da u zdravstvene centre ne dolazi veliki broj stranaca. To bi značilo da strani državljanin koji ode na liječenje u neku drugu državu članicu nema prednost pred državljanima te države članice prilikom korištenja zdravstvenih usluga.

Direktivom 2011/24/EU nisu obuhvaćene:

- Zdravstvene usluge dugotrajne skrbi u svrhu pomoći ljudima u obavljanju rutinskih svakodnevnih potreba.
- Pristup donorskoj mreži u svrhu transplantacije organa.
- Uz neke iznimke, javni programi cijepljenja protiv zaraznih bolesti koji su isključivo usmjereni na zaštitu zdravlja stanovništva na teritoriju određene države članice, te su predmet posebnog planiranja i provođenja mjera.



### 3. Pravne i administrativne procedure temeljene na zakonodavstvu

Zakon, koji se temelji na nizu direktiva Europske unije, uređuje obvezno zdravstveno osiguranje i zdravstvena zaštita stranaca, opseg prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, prava i obveze nositelja obveznoga zdravstvenog osiguranja, opseg prava na zdravstvenu zaštitu, uvjeti i način ostvarivanja i financiranja zdravstvene zaštite stranaca te prava i obveze provoditelja zdravstvene zaštite.<sup>3</sup>

Na obvezno zdravstveno osiguranje obvezni su se osigurati stranci s odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj, državljani države članice Europskoga gospodarskog prostora i Švicarske konfederacije, koji imaju odobren privremeni boravak u Republici Hrvatskoj, pod uvjetom da nisu obvezno zdravstveno osigurani u jednoj od država članica i državljani države koja nije država članica Europskoga gospodarskog prostora i Švicarske konfederacije na privremenom boravku u Republici Hrvatskoj.

Stranac na stalnom boravku u Republici Hrvatskoj obvezno se zdravstveno osigurava prema jednoj od osnova osiguranja utvrđenih Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju i stječe status osiguranika, te je obvezan je podnijeti prijavu na obvezno zdravstveno osiguranje područnoj službi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

V skladu s 15. Členom Zakona o zdravstvenem varstvu in zavarovanju so zavarovane osebe v Republici Sloveniji tudi

- osebe s stalnim prebivališčem v Republici Sloveniji, ki prejemajo pokojnino od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja, če z mednarodno pogodbo ni drugače določeno;
- osebe s stalnim prebivališčem v Republici Sloveniji, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki med bivanjem v Republici Sloveniji ne morejo uporabljati pravic iz tega naslova;
- družinski člani osebe, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki imajo stalno prebivališče v Republici Sloveniji in niso zavarovani kot družinski člani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;
- tujci, ki se izobražujejo ali izpopolnjujejo v Republici Sloveniji, ki niso zavarovani iz drugega naslova;
- osebe s stalnim prebivališčem v Republici Sloveniji, ki prejemajo trajno denarno socialno pomoč in osebe, ki jim je Republika Slovenija priznala status begunca ali subsidiarno zaščito v skladu s predpisi o mednarodni zaščiti, če niso zavarovane iz drugega naslova;
- osebe s stalnim prebivališčem v Republici Sloveniji, če ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po eni izmed točk iz tega odstavka in si same plačujejo prispevek;

---

<sup>3</sup> Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj (NN 80/13, NN 15/18)

- državljani Republike Slovenije in tujci, ki imajo dovoljenje za stalno prebivanje, ki jim je po zakonu, ki ureja uveljavljanje pravic iz javnih sredstev, priznana pravica do plačila prispevka za obvezno zavarovanje;

Iz teh določil izhaja, da lahko tujec v Sloveniji samostojno plačuje prispevke za zdravstveno zavarovanje in s tem pridobi status zavarovane osebe. Prav tako je tudi dovoljenje za stalno prebivanje osnova za tujca, da pridobi status zavarovane osebe, kakor tudi tujci, ki se v Sloveniji šolajo ali izpopolnjujejo. Tujci, ki imajo zavarovanje pri tujem nosilcu zavarovanja, skupaj z njihovimi družinskimi člani lahko postanejo zavarovane osebe.

Stranac na privremenom boravku u Republici Hrvatskoj, neovisno o svrsi odobrenja privremenog boravka, a kojem pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ili zdravstvena zaštita nije osigurana po drugoj osnovi, obvezan je podnijeti prijavu na obvezno zdravstveno osiguranje područnoj službi Zavoda, nadležnoj prema mjestu njegovog boravka u roku od osam dana od dana odobrenog privremenog boravka, te je obveznik plaćanja doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje. Iznimno, prijavu na obvezno zdravstveno osiguranje nije u obvezi podnijeti stranac na privremenom boravku u Republici Hrvatskoj koji boravi u Republici Hrvatskoj u svrhu srednjoškolskog obrazovanja i studiranja, te je obvezan sam snositi troškove korištenja zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi. Za stranca – dijete na privremenom boravku i za stranca koji je navršio 18 godina života, a redoviti je učenik srednjoškolskog obrazovanja u Republici Hrvatskoj, obveznik plaćanja doprinosa je roditelj, osoba koja skrbi o djetetu ili osoba na čiji poziv dijete boravi u Republici Hrvatskoj.

Stranac stječe prava i obveze iz obveznoga zdravstvenog osiguranja pod uvjetom da je prethodno jednokratno uplatio doprinos za obvezno zdravstveno osiguranje na najnižu osnovicu za obračun doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje. Osoba koja nije uplatila doprinos za obvezno zdravstveno osiguranje za najmanje 30 dana ograničava se opseg prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja na pravo na hitnu medicinsku pomoć što podrazumijeva dijagnostičke i terapijske postupke koji su nužni u otklanjanju neposredne opasnosti po život i zdravlje.

V Pravilih obveznoga zdravstvenega zavarovanja v Republici Sloveniji so zapisani pogoji za pridobitev statusa zavarovane osebe skladno z zakonom. Status zavarovane osebe se pridobi z vlogo na Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Skladno z 12. členom Pravilih:

1) Prijavo v zavarovanje lahko zahteva tudi oseba sama, če meni, da izpolnjuje predpisane pogoje in je ne prijavi zavezanec, ki bi to moral storiti. Prijavo za zavarovanje lahko zahteva od zavezanca tudi zavod, če ugotovi, da ni prijavil oseb, ki bi jih moral obvezno zavarovati.

2) Zavod ugotovi ali je zahteva za prijavo osebe za zavarovanje utemeljena v upravnem postopku z odločbo, v kateri naloži zavezancu tudi obveznost plačila prispevka za ves čas, za katerega bi bil moral

osebo prijaviti v zavarovanje. Po dokončnosti odločbe zavod prijavi osebo za zavarovanje po uradni dolžnosti, če tega ne stori zavezanec.

### 3.1. Hitna medicinska pomoč

Strancu koji nije obvezno zdravstveno osiguran ili mu se zdravstvena zaštita ne osigurava u skladu s propisima Europske unije ili međunarodnim ugovorom, osigurava se hitna medicinska pomoć, uključujući i hitni prijevoz u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu te zdravstveno zbrinjavanje za vrijeme prijevoza, prema sukladno pravu na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

Troškove zdravstvene zaštite, uključujući i troškove prijevoza, obvezan je snositi stranac, te mu je zdravstvena ustanova, zdravstveni radnik privatne prakse ili drugi provoditelj zdravstvene zaštite obvezan ispostaviti račun prema cijenama utvrđenim općim aktom Zavoda za ugovorne provoditelje zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, najkasnije prije otpusta s liječenja.

Ako stranac, odnosno njegov zakonski zastupnik ne može odmah platiti troškove zdravstvene zaštite, zdravstvena ustanova, odnosno zdravstveni radnik privatne prakse ili drugi provoditelj zdravstvene zaštite obvezni su od stranca uzeti pisanu izjavu koja sadrži osnovne podatke o istome. Ukoliko stranac ne podmiri trošak pružene zdravstvene usluge prema ispostavljenom računu u roku, zdravstvena ustanova, odnosno zdravstveni radnik privatne prakse ili drugi provoditelj zdravstvene zaštite obvezni su dostaviti ministarstvu nadležnom za unutarnje poslove obavijest o nepodmirenim troškovima stranca. Ako se u konačnici troškovi zdravstvene usluge ne uspiju naplatiti, troškovi snosi Ministarstvo zdravstva, odnosno državni proračun Republike Hrvatske.

Tudi Slovenija ima zelo podoben način zagotavljanja nujne medicinske pomoči. Ministrstvo za zdravje je 26.7.2010. izdalo dokumnet pod številko: 183-98/2010/3 *Navodilo za sprejem pacientov v zdravstveno obravnavo v ambulantah nujne medicinske pomoči oziroma v sprejemnih ambulantah v bolnišnicah ter za obračun opravljenega dela*, v katerem so definirane procedure za sprejem, obravnavo in obračun oseb, ki potrebujejo nujno medicinsko oskrbo. Navodila je posredovano javnim zavodom (zdravstvenim domovom, bolnišnicam in lekarnam) in zasebnim izvajalcem, ter ambulantam za nezavarovane osebe v Ljubljani in Mariboru.

**Dostop** do prostorov nujne medicinske pomoči (NMP) mora biti čim bolj neposreden in jasno označen - s puščicami in napisi - "NUJNA MEDICINSKA POMOČ".

**Prihod** pacienta v prostore NMP mora biti opažen. Za zagotovitev optimalne zdravstvene obravnave pacientov v okviru NMP, je potrebno pacienta takoj po prihodu vključiti v postopek triaže. Sprejem in obravnavo pacienta v ambulanti NMP je potrebno dokumentirati.

Ustrezno strokovno usposobljen zdravstveni delavec, ki je pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti zadolžen za triažo, pridobi od pacienta osebne podatke in podatke o zdravstvenem problemu oziroma vzroku prihoda v NMP. Na osnovi strokovne presoje o stopnji ogroženosti pacienta ga zdravstveni delavec uvrsti v ustrezno triažno skupino in pacienta obvesti o nadaljnjih postopkih obravnave in mu razloži, koliko časa bo potrebno čakati.

V primeru velike zdravstvene ogroženosti pacienta takoj pospremi v ambulanto, kjer mu nudijo zdravstvena oskrbo.

Izvajalec zdravstvene dejavnosti mora zagotoviti nadzor nad čakajočimi pacienti ter v rednih časovnih presledkih preverjati stanje čakajočih pacientov. Zdravstveni delavec, usposobljen za izvajanje triaže, jih, glede na njihovo stanje, po potrebi uvrsti v drug nujnostni razred.

Šele ko pacient ni več zdravstveno ogrožen, začnejo zbirati pri njem, svojih ali drugem spremstvu vse potrebne administrativne podatke.

### **Osebe brez urejenega zdravstvenega zavarovanja**

Na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju zagotavlja Republika Slovenija (RS) iz proračuna sredstva za **nujno zdravljenje** oseb neznanega prebivališča, tujcev iz držav, s katerimi niso sklenjene mednarodne pogodbe, ter tujcev in državljanov RS s stalnim prebivališčem v tujini, ki začasno prebivajo v RS ali so na poti skozi državo in zanje ni bilo mogoče zagotoviti plačila zdravstvenih storitev, kakor tudi za druge osebe, ki po določbah tega zakona niso vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje in niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja. Izvajalec, ki zagotovi njuno zdravljenje, **Ministrstvu za zdravje** posreduje izpolnjen zahtevek za povračilo sredstev iz proračuna RS in priloži priloge, ki dokazujejo upravičenost zahtevka.

Na podlagi 84. člena Zakona o mednarodni zaščiti in 27. člena Zakona o zaščiti razseljenih oseb je potrebno zagotoviti nujno zdravljenje tudi prosilcem za mednarodno zaščito (prosilci za azil) in osebam z začasno zaščito (to so razseljene osebe iz tretjih držav, ki se ne morejo vrniti v matično državo). Prosilke za mednarodno zaščito (prosilke za azil) in osebe z začasno zaščito imajo poleg naštetih zdravstvenih storitev še pravico do kontracepcijskih sredstev, umetne prekinitve nosečnosti in zdravstvene oskrbe v nosečnosti in ob porodu. V primeru zdravljenja teh oseb izvajalci posredujejo zahtevek za krije stroškov zdravljenja na **Ministrstvo za notranje zadeve**.

Kadar gre za **državljana EU, ki nima** dokazil o veljavnem zdravstvenem zavarovanju, mora izvajalec zdravstvene dejavnosti na **primarni ravni** poskusiti izterjati plačilo računa. Šele v primeru, da je izterjava neuspešna, **zahtevek, skupaj z ustreznimi dokazili**, pošlje na **Ministrstvo za zdravje**. Samo v primeru, ko gre za bolnišnično zdravljenje, **mora izvajalec zdravstvene dejavnosti** posredovati ZZZS vlogo, da preverijo zavarovalni status osebe preko pristojnega nosilca v drugi državi članici EU. V kolikor je iz

odgovora ZZZS razvidno, da oseba nima urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja v svoji državi, posreduje izvajalec račun za nujno zdravljenje, skupaj z vsemi dokazili, na Ministrstvo za zdravje.

### 3.2. Postupak naplate troškova zdravstvene zaščite u slučaju kada stranac osobno snosi troškove

Zdravstvena ustanova, odnosno zdravstveni radnik privatne prakse ili drugi provoditelj zdravstvene zaštite koji su strancu na njegov zahtjev pružili zdravstvenu uslugu koja nema obilježje hitne medicinske pomoći, odnosno koja nije obuhvaćena pravom iz obveznoga zdravstvenog osiguranja ili pravom na zdravstvenu zaštitu koja se osigurava strancu, obvezan je naplatiti troškove od stranca, odnosno zakonskog zastupnika za maloljetnog stranca. Sukladno tome, zdravstvena ustanova, odnosno zdravstveni radnik privatne prakse ili drugi provoditelj zdravstvene zaštite može od stranca zahtijevati prethodnu uplatu novčanog iznosa u visini očekivanih troškova tražene zdravstvene usluge.

Zdravstvene ustanove čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave obvezni su od stranca zahtijevati prethodnu uplatu novčanog iznosa u visini očekivanih troškova tražene zdravstvene usluge te je dužan izdati račun prema cijenama nadležne Komore. Cijene zdravstvene usluge za zdravstvenu zaštitu stranca iz druge države članice ne mogu se utvrditi u iznosu većem od iznosa utvrđenog za zdravstvenu zaštitu hrvatskih državljana koji sami snose troškove zdravstvene zaštite. Ukoliko stranac odbije platiti uslugu, zdravstvena ustanova, odnosno zdravstveni radnik privatne prakse ili drugi provoditelj zdravstvene zaštite može odbiti pružanje zdravstvene usluge.

Zdravstvena ustanova, odnosno zdravstveni radnik privatne prakse ili drugi provoditelj zdravstvene zaštite koji ima sa Zavodom sklopljen ugovor o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja obvezan je termin pružanja zdravstvene zaštite uskladiti s listom čekanja osiguranih osoba iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, na način da termin pružanja zdravstvene zaštite ni na koji način ne utječe na redoslijed provođenja ugovorene zdravstvene zaštite sa Zavodom.

Kadar oseba sama plaća stroške zdravljenja v Republiki Sloveniji – samoplačnik, je plačnik te storitve na način in po postopku, kot jo ureja izvajalec.

Ceno storitve samostojno oblikuje izvajalec zdravstvene storitve in mora biti javno objavljena na vidnem mestu. Izvajalec lahko zahteva plačilo storitve v naprej v celoti ali delno. Cena storitve mora biti enaka za vse samoplačnike. Popusti ali druge ugodnosti morajo biti dostopni na enak način vsem samoplačnikom; npr. akcije, večje število oseb ali storitev s popustom, dogovori z zavarovanji, in podobno. Ni dovoljeno kartelno (ista storitev pri različnih izvajalcih) dogovarjanje o ceni storitev.

Pri izvajalcih, ki imajo sklenjeno pogodbo z ZZZS, morajo le – ti storitve za samoplačnike izvajati izven delovnega časa namenjenem oskrbi bolnikov katerih zdravljenje plačuje ZZZS.

#### **4. Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite (NN 160/2013) i Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (44. člen)**

Ovim Pravilnikom, u skladu s odredbama međunarodnih ugovora, Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, posebnog zakona i drugih općih akata Zavoda, uređuje se pravo osiguranih osoba Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na korištenje zdravstvene zaštite za vrijeme boravka u inozemstvu te upućivanje na liječenje u inozemstvo, te uvjeti i način ostvarivanja tih prava. Također, ovim se Pravilnikom propisuje osnovica i stopa, te način obračuna i uplate posebnog doprinosa za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu osiguranika Zavoda te osoba upućenih na rad ili stručno usavršavanje, odnosno obrazovanje u inozemstvo.

U državama s kojima je Republike Hrvatska sklopila ili preuzela ugovore o socijalnom osiguranju, osigurana osoba koristi zdravstvenu zaštitu pod uvjetima utvrđenim odredbama Zakona, navedenog Pravilnika i drugih općih akata Zavoda, a na način i u opsegu utvrđenom odredbama tih ugovora. U državama s kojima Republika Hrvatska nije sklopila ili nije preuzela ugovore o socijalnom osiguranju, odnosno ugovorima nije riješeno pitanje korištenja zdravstvene zaštite, osigurana osoba zdravstvenu zaštitu koristi pod uvjetima, na način i u opsegu propisanom odredbama Zakona, ovog Pravilnika i drugih općih akata Zavoda.

Troškovi zdravstvene zaštite korištene u inozemstvu terete sredstva obveznog zdravstvenog osiguranja samo ako je ta zdravstvena zaštita korištena u skladu sa Zakonom i ovim Pravilnikom na osnovi potvrde o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu.

V Sloveniji je pravica do zdravljenja v tujini urejena v 44. členu Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

#### **PRAVICA DO ZDRAVLJENJA V TUJINI**

##### **44.a člen**

Zavarovana oseba ima 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.

Stroški zdravstvenih storitev iz prejšnjega odstavka se zavarovani osebi povrnejo v višini dejanskih stroškov teh storitev v državi, v kateri so bile uveljavljene.

##### **44.b člen**

Zavarovana oseba ima v skladu z določbami Uredbe (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (UL L št. 166 z dne 30. 4. 2004, str. 1), zadnjič spremenjene z Uredbo Sveta (EU) št. 517/2013 z dne 13. maja 2013 o prilagoditvi nekaterih

uredb ter odločb in sklepov na področjih prostega pretoka blaga, prostega gibanja oseb, prava družb, politike konkurence, kmetijstva, varnosti hrane, veterinarske in fitosanitarne politike, prometne politike, energetike, obdavčitve, statistike, vseevropskih omrežij, pravosodja in temeljnih pravic, pravice, svobode in varnosti, okolja, carinske unije, zunanjih odnosov, zunanje, varnostne in obrambne politike ter institucij zaradi pristopa Republike Hrvaške (UL L št. 158 z dne 10. 6. 2013, str. 1), in Uredbe (ES) št. 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 16. septembra 2009 o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (UL L št. 284 z dne 30. 10. 2009, str. 1), zadnjič spremenjene z Uredbo Komisije (EU) št. 1224/2012 z dne 18. decembra 2012 o spremembi Uredbe (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta o koordinaciji sistemov socialne varnosti in Uredbe (ES) št. 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 (UL L št. 349 z dne 19. 12. 2012, str. 45), pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v drugi državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora in Švicarske konfederacije, 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 dobe, oziroma če ta ni presežena, če ji je bila določena čakalna doba, ki presega razumen čas.

Stroški zdravstvenih storitev iz prejšnjega odstavka se zavarovani osebi povrnejo v višini dejanskih stroškov, vendar ne več, kot znašajo stroški teh storitev v javni zdravstveni mreži v državi, v kateri so bile uveljavljene.

#### **44.c člen**

Zavarovana oseba ima v skladu z določbami Direktive 2011/24/EU pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev, ki so pravica iz obveznega zavarovanja v Republiki Sloveniji in ki jih uveljavi v drugi državi članici Evropske unije:

- na podlagi predhodno izdane napotnice izbranega osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika v Republiki Sloveniji do bolnišničnih in specialistično ambulantnih zdravstvenih storitev, vključno v okviru teh storitev predpisanih zdravil in medicinskih pripomočkov, razen za specialistično ambulantne zdravstvene storitve, ki jih zavarovana oseba lahko uveljavi brez napotnice v javni zdravstveni mreži v Republiki Sloveniji,
- na podlagi predhodno predpisanega recepta ali naročilnice izbranega osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika ali drugega zdravnika v Republiki Sloveniji, ki ga je za to pooblastil Zavod,
- na podlagi predhodno izdane odločbe Zavoda glede napotitve na zdraviliško zdravljenje, upravičenosti do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe in pravice do zahtevnejšega medicinskega pripomočka,
- na podlagi predhodno izdane odločbe Zavoda o predhodni odobritvi.

Predhodna odobritev Zavoda iz četrte alineje prejšnjega odstavka je pogoj za uveljavljanje pravice do povračila stroškov naslednjih zdravstvenih storitev:

- bolnišničnih zdravstvenih storitev, ki vključujejo prenočitev zavarovane osebe,
- zdravstvenih storitev, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme.

Ne glede na določbe prvega odstavka tega člena zavarovana oseba ni upravičena do povračila stroškov za:

- zdravstvene storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti,
- zdravstvene storitve na področju dolgotrajne oskrbe, vključno z neakutno bolnišnično obravnavo ter zdravljenjem in nego v socialnovarstvenih zavodih,
- zdravstvene storitve na področju pridobivanja in presaditve delov človeškega telesa,
- zdravstvene storitve na področju presejalnih programov,
- sobivanje enega od staršev v zdravstvenem zavodu z bolnim otrokom do starosti otroka vključno pet let,
- medicinske pripomočke, ki so predmet izposoje zaradi potreb pri zdravljenju, negi in rehabilitaciji na domu,
- šolanega psa vodiča, do katerega je upravičena slepa oseba,
- potne stroške in spremstvo.

Predhodna odobritev se zavrne, če:

- je zdravstveno storitev mogoče uveljaviti v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob pri vsaj enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji, glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in na verjetni razvoj bolezni pa za zdravljenje ne bo presežen razumen čas;
- bo zavarovana oseba z zadostno gotovostjo izpostavljena tveganju za varnost, ki se ne more razumeti kot sprejemljivo, pri čemer se upoštevajo tudi morebitne prednosti, ki bi jih zdravstvena storitev, ki je predmet predhodne odobritve, za zavarovano osebo imela;
- bo širša javnost zaradi zdravstvene storitve, ki je predmet predhodne odobritve, z zadostno gotovostjo izpostavljena varnostnemu tveganju ali bo storitev zagotovil izvajalec zdravstvene dejavnosti, glede katerega obstajajo resni in konkretni pomisleki v zvezi s spoštovanjem standardov in smernic glede kakovosti, varnosti in nadzora nad izvajanjem zdravstvenih storitev.

Ministrstvo, pristojno za zdravje, seznanja javnost o nastopu okoliščin za zavrnitev predhodne odobritve iz tretje alineje prejšnjega odstavka na svojih spletnih straneh.

Stroški zdravstvene storitve iz prvega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo v višini povprečne cene teh storitev v Republiki Sloveniji, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški. Zavod povrne stroške posamezne zdravstvene storitve v celoti oziroma v deležu glede na odstotke iz 2. do 6. točke prvega



odstavka 23. člena tega zakona, razliko do njene polne vrednosti iz 23. člena tega zakona pa zavarovana oseba uveljavlja pri zavarovalnici, s katero ima sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje po tem zakonu. Ne glede na prejšnji stavek se po tem členu ne povrnejo stroški posamezne zdravstvene storitve iz druge alineje 2. točke prvega odstavka 23. člena tega zakona.

Seznam zdravstvenih storitev iz druge alineje drugega odstavka tega člena določi minister, pristojen za zdravje.

#### **44.d člen**

Zavarovana oseba ima po zdravljenju v skladu s prejšnjim členom v Republiki Sloveniji zagotovljen enak dostop do pravic iz 23. člena tega zakona, kot če bi zdravljenje uveljavljala v Republiki Sloveniji.

#### **44.e člen**

Minister, pristojen za zdravje, lahko določi:

- omejitev dostopa do zdravstvenih storitev pacientom iz drugih držav članic Evropske unije v javni zdravstveni mreži v Republiki Sloveniji,
- mejitev povračila stroškov pri uveljavljanju pravice iz 44.c člena tega zakona,

če bi izvajanje zdravljenja v tujini na podlagi 44.c člena tega zakona ali uveljavljanje zdravstvenih storitev pacientov iz drugih držav članic Evropske unije pomenilo poseg v prevladujoče razloge v splošnem interesu, kot so nezmožnost zagotavljanja zadostnega in stalnega dostopa do uravnoveženega obsega visokokakovostnega zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji ali preveliko porabo finančnih, tehničnih in človeških virov z vidika obvladovanja stroškov.

Omejitev iz druge alineje prejšnjega odstavka ne velja, če je zavarovani osebi že bila izdana odločba Zavoda o predhodni odobritvi iz četrte alineje prvega odstavka 44.c člena tega zakona.

Nadalje način uveljavljanja zdravljenja in povrnitev stroškov v zvezi z zdravljenjem v tujini je urejeno v Pravilih ZZS v členih 135. in 136.

### **PRAVICA DO ZDRAVLJENJA V TUJINI**

#### **135. člen**

(1) Zavarovana oseba ima pravico do zdravljenja v tujini v skladu z zakonom in s splošnimi akti zavoda.

(2) Račun za zdravstveno storitev iz 135.a do 136. člena pravil, izstavljen v tuji valuti, se preračuna v eure po referenčnem tečaju Evropske centralne banke oziroma mesečni tečajnici Banke Slovenije, za tečaje, za katere Evropska centralna banka ne objavlja referenčnih tečajev, veljavnem na dan izstavitve računa.

### 135.a člen

(1) Zavarovana oseba ima 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 nadaljnega slabšanja zdravstvenega stanja.

(2) V primeru iz prejšnjega odstavka ima pravico do spremstva med pregledom, preiskavo ali zdravljenjem v tujini:

- zavarovana oseba, do dopolnjenega 18. leta starosti;
- zavarovana oseba, katere zdravstveno stanje zahteva spremstvo.

(3) Stroški zdravstvenih storitev iz prvega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo v višini dejanskih stroškov teh storitev v državi, v kateri so bile uveljavljene.

### 135.b člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora in Švicarski konfederaciji, oziroma do povračila stroškov teh storitev:

- če ji je bila pri vpisu v čakalni seznam izvajalca določena čakalna doba, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo in zdravstvene storitve ni mogoče uveljaviti v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob pri vsaj enem izvajalcu;
- če ji je bila pri vpisu v čakalni seznam izvajalca določena čakalna doba, ki ne presega najdaljše dopustne čakalne dobe, presega pa razumen čas in zdravstvene storitve ni mogoče uveljaviti v razumnem času pri vsaj enem izvajalcu.

(2) V primeru iz prejšnjega odstavka ima pravico do spremstva med pregledom, preiskavo ali zdravljenjem v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora in Švicarski konfederaciji:

- zavarovana oseba, do dopolnjenega 18. leta starosti;
- zavarovana oseba, katere zdravstveno stanje zahteva spremstvo.

(3) Če je predmet odobritve zdravljenja iz prvega odstavka tega člena izdelava zobno-protetičnih pripomočkov, zavod v postopku odobritve zdravljenja odloči o pravici do zobno-protetičnih pripomočkov tudi ob upoštevanju 188. člena pravil.

(4) Če je predmet povračila stroškov zdravstvenih storitev iz prvega odstavka tega člena izdelava zobno – protetičnih pripomočkov, pred njihovo izdelavo ni treba zahtevati potrditve zavoda iz 188. člena

pravil. Če predhodna potrditev zavoda iz prejšnjega stavka ni bila zahtevana, zavod v postopku odločanja o povračilu stroškov zdravstvenih storitev odloči o pravici do zobno-protetičnih pripomočkov tudi ob upoštevanju 188. člena pravil.

(5) Stroški zdravstvenih storitev iz prvega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot znašajo stroški teh storitev v javni zdravstveni mreži v državi, v kateri so bile uveljavljene.

### 135.c člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdravstvenih storitev, ki so pravica in jih uveljavi v drugi državi članici Evropske unije:

- na podlagi napotnice osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika v Republiki Sloveniji do bolnišničnih in specialistično ambulantnih zdravstvenih storitev, pri čemer napotnica ni potrebna za specialistično ambulantne zdravstvene storitve, ki jih zavarovana oseba lahko uveljavi pri izvajalcih brez napotnice;
- na podlagi odločbe zavoda o predhodni odobritvi;
- na podlagi odločbe zavoda o odobritvi zdraviliškega zdravljenja;
- na podlagi odločbe zavoda o pravici do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe ali o pravici do zahtevnejšega medicinskega pripomočka;
- na podlagi naročilnice ali naročilnice EU;
- na podlagi recepta ali recepta EU.

(2) Zavarovana oseba nima pravice do povračila stroškov iz tretjega odstavka 44.c člena zakona.

(3) Predhodna odobritev zavoda iz druge alineje prvega odstavka tega člena je pogoj za uveljavljanje pravice do povračila stroškov zdravstvenih storitev iz drugega odstavka 44.c člena zakona in se zavrne v primerih iz četrtega odstavka 44.c člena zakona.

(4) Če so v primeru zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev zavoda iz prejšnjega odstavka, hkrati izpolnjeni pogoji za uveljavljanje pravice na podlagi prejšnjega in tega člena, se uporabijo določbe prejšnjega člena, razen, če zavarovana oseba izrecno izjavi, da pravico uveljavlja na podlagi tega člena.

(5) Če je predmet povračila stroškov zdravstvenih storitev iz prve alineje prvega odstavka tega člena izdelava zobno – protetičnih pripomočkov pri specialistu za stomatološko protetiko, pred njihovo izdelavo ni treba zahtevati potrditve zavoda iz 188. člena pravil. Če predhodna potrditev zavoda iz prejšnjega stavka ni bila zahtevana, zavod v postopku odločanja o povračilu stroškov zdravstvenih storitev odloči o pravici do zobno-protetičnih pripomočkov tudi ob upoštevanju 188. člena pravil.

(6) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdraviliškega zdravljenja, ki je bilo izvedeno v drugi državi članici Evropske unije na podlagi odločbe zavoda o odobritvi zdraviliškega zdravljenja, ki jo izda na predlog pooblaščenega zdravnika, če je bilo zdraviliško zdravljenje izvedeno v skladu s to odločbo zavoda, razen v delu, ki določa naziv zdravilišča v Republiki Sloveniji.

(7) Stroški zdravstvene storitve iz prvega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo v višini povprečne cene teh storitev v Republiki Sloveniji oziroma do višine iz osmega odstavka 135.d člena ali osmega oziroma devetega odstavka 135.e člena pravil, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški.

### 135.d člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov cene medicinskega pripomočka, če je kupljen v drugi državi članici Evropske unije na podlagi naročilnice.

(2) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov cene medicinskega pripomočka, če je kupljen v Republiki Sloveniji ali v drugi državi članici Evropske unije na podlagi naročilnice EU.

(3) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov cene medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe in zahtevnejšega medicinskega pripomočka, če je kupljen v drugi državi članici Evropske unije na podlagi odločbe zavoda o pravici do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe ali o pravici do zahtevnejšega medicinskega pripomočka, ki se izda na predlog pooblaščenega zdravnika ali na zahtevo, ki se jo vloži na podlagi naročilnice EU.

(4) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov cene medicinskega pripomočka s seznama zdravstvenih storitev iz sedmega odstavka 44.c člena zakona, če je kupljen v drugi državi članici Evropske unije na podlagi naročilnice ali naročilnice EU in je bila pred nakupom izdana odločba zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov cene medicinskega pripomočka. Odločba zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov cene medicinskega pripomočka se izda:

- na zahtevo, ki jo je treba vložiti v 30 dneh od izdaje naročilnice ali naročilnice EU ali odločbe iz prejšnjega odstavka, na podlagi katere se zahteva predhodna odobritev zavoda;
- na zahtevo, ki se jo poda v predlogu pooblaščenega zdravnika ali v zahtevi iz prejšnjega odstavka, če se v tem predlogu oziroma zahtevi sočasno zahteva predhodna odobritev zavoda iz tega odstavka.

(5) **(črtan).**

(6) V primeru iz prvega, drugega, tretjega in četrtega odstavka tega člena pred nakupom medicinskega pripomočka ni treba zahtevati predhodne odobritve zavoda iz osmega odstavka 113. člena pravil. Če predhodna odobritev zavoda iz prejšnjega stavka ni bila zahtevana, zavod odloči o pravici do medicinskega

pripomočka iz osmega odstavka 113. člena pravil v postopku odločanja o povračilu stroškov cene medicinskega pripomočka.

(7) V primeru iz prvega, drugega, tretjega, četrtega in petega odstavka tega člena mora biti medicinski pripomoček kupljen v 30 dneh oziroma v 120 dneh, če gre za medicinski pripomoček, ki je individualno izdelan za zavarovano osebo ali za medicinski pripomoček iz četrtega odstavka 212. člena pravil. Rok iz prejšnjega stavka začne teči:

- od izdaje naročilnice ali naročilnice EU;
- od dokončnosti odločitve zavoda iz tretjega oziroma četrtega odstavka tega člena.

(8) Stroški cene medicinskega pripomočka iz prvega, drugega, tretjega in četrtega odstavka tega člena se zavarovani osebi povrnejo do višine iz četrtega, petega, šestega oziroma osmega odstavka 113. člena pravil, vendar ne več, kot so dejanski stroški.

### **135.e člen**

(1) Če želi zavarovana oseba v skladu s 135.c členom pravil uveljaviti pravico do zdravila na recept na prednatisnjeni listini (v nadaljnjem besedilu: recept na papirnati listini), lahko zahteva, da se ta predpiše:

- 1) ob predpisu zdravila namesto elektronskega recepta;
- 2) po predpisu elektronskega recepta, če na ta recept še ni izdana predpisana količina zdravila in predpis recepta na papirnati listini zahteva v roku iz drugega ali tretjega odstavka 204. člena pravil ali v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta, ki teče od predpisa elektronskega recepta.

(2) Recept na papirnati listini iz 2. točke prejšnjega odstavka predpiše zdravnik, ki je predpisal elektronski recept, ali namesto njega splošni osebni zdravnik oziroma osebni otroški zdravnik. Pooblaščen zdravnik ob predpisu recepta na papirnati listini nanj pripiše številko elektronskega recepta, namesto katerega izdaja recept na papirnati listini in sočasno razveljavi elektronski recept. V tem primeru začne teči rok za nakup zdravila v primeru iz 1. točke tretjega odstavka tega člena in rok za vložitev zahteve za predhodno odobritev zavoda iz petega odstavka tega člena od predpisa elektronskega recepta.

(3) Če zdravilo ni uvrščeno na seznam zdravstvenih storitev iz sedmega odstavka 44.c člena zakona, ima zavarovana oseba pravico do povračila stroškov vrednosti zdravila, če ga je kupila:

- 1) v drugi državi članici EU na podlagi recepta;
- 2) v Republiki Sloveniji ali drugi državi članici EU na podlagi recepta EU.

(4) Če je zdravilo uvrščeno na seznam zdravstvenih storitev iz sedmega odstavka 44.c člena zakona, ima zavarovana oseba pravico do povračila stroškov vrednosti zdravila, če ga je kupila:

- 1) v Republiki Sloveniji na podlagi recepta EU;

2) v drugi državi članici EU na podlagi predhodne odobritve zavoda. Predhodna odobritev zavoda ni potrebna, če so izpolnjeni pogoji iz 135.f člena pravil.

(5) Postopek predhodne odobritve zavoda se začne na podlagi zahteve, ki jo zavarovana oseba na podlagi recepta ali recepta EU vloži v roku iz drugega ali tretjega odstavka 204. člena pravil ali v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta. Rok za nakup zdravila začne teči od dokončnosti odločitve v postopku predhodne odobritve zavoda.

(6) Kljub vloženi zahtevi za predhodno odobritev zavoda ali na njeni podlagi izdani odločitvi iz prejšnjega odstavka lahko zavarovana oseba v roku za nakup zdravila iz prejšnjega odstavka uveljavi pravico do zdravila na recept ali recept EU v lekarni v Republiki Sloveniji tako, da prevzame zdravilo na podlagi recepta, oziroma kupi zdravilo na podlagi recepta EU in zahteva povračilo stroškov njegove vrednosti. Zavarovana oseba lahko uveljavi pravico iz prejšnjega stavka po izteku roka iz drugega ali tretjega odstavka 204. člena pravil ali obdobju veljavnosti obnovljivega recepta, če lekarni predloži dokončno odločitev v postopku predhodne odobritve zavoda, katere številko in datum izdaje farmacevt kot opombo vpiše v elektronski recept ali na recept na papirnati listini.

(7) V primeru iz tega člena mora biti zdravilo predpisano na recept oziroma recept EU in izdano v skladu s splošnimi akti zavoda.

(8) Stroški vrednosti zdravila iz tega člena se zavarovani osebi povrnejo do višine iz 60. člena pravil, vendar ne več, kot so dejanski stroški.

(9) Določbe tega člena se smiselno uporabljajo za uveljavljanje pravice do živil na recept.

(10) Če zavarovana oseba uveljavi pravico iz tega člena na podlagi elektronskega recepta, uradna oseba zavoda razveljavi ta elektronski recept ob izdaji odločbe, s katero se ugotovi zahtevi za povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila.

### **135.f člen**

(1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdravila na recept, ki ga je kupila v tujini, če:

- 1) lekarna v Republiki Sloveniji izda potrdilo o deficitarnosti zdravila, s katerim potrdi, da zavarovani osebi v roku iz drugega ali tretjega odstavka 204. člena pravil ali v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta ni bilo mogoče izdati zdravila v lekarni v Republiki Sloveniji zaradi motnje v preskrbi in zdravila ni bilo mogoče zamenjati z drugim zdravilom in
- 2) je zavarovana oseba kupila zdravilo v tujini najpozneje v 14 dneh po roku iz prejšnje točke.

(2) Če želi zavarovana oseba v skladu s prejšnjim odstavkom uveljaviti pravico do zdravila na recept na papirnati listini, lahko zahteva njegov predpis:

- 1) ob predpisu zdravila namesto elektronskega recepta;
- 2) po predpisu elektronskega recepta, če na ta recept še ni izdana predpisana količina zdravila in predpis recepta na papirnati listini zahteva v roku iz drugega ali tretjega odstavka 204. člena pravil ali v obdobju veljavnosti obnovljivega recepta, ki teče od predpisa elektronskega recepta.

(3) Recept na papirnati listini iz 2. točke prejšnjega odstavka predpiše zdravnik, ki je predpisal elektronski recept, ali namesto njega splošni osebni zdravnik oziroma osebni otroški zdravnik. Pooblaščen zdravnik ob predpisu recepta na papirnati listini nanj pripiše številko elektronskega recepta, namesto katerega izdaja recept na papirnati listini in sočasno razveljavi elektronski recept. V tem primeru teče rok iz 2. točke prvega odstavka tega člena od predpisa elektronskega recepta.

(4) Na podlagi recepta in potrdila o deficitarnosti zdravila ima zavarovana oseba tudi pravico prevzeti zdravilo v lekarni v Republiki Sloveniji v roku iz 2. točke prvega odstavka tega člena. Potrdilo o deficitarnosti zdravila v papirnati obliki lekarna shrani skupaj z receptom.

(5) V primeru iz tega člena mora biti zdravilo predpisano na recept in izdano v skladu s splošnimi akti zavoda.

(6) Določbe tega člena se smiselno uporabljajo, če je zdravilo predpisano na recept EU.

(7) Stroški vrednosti zdravila iz tega člena se zavarovani osebi povrnejo do višine dejanskih stroškov v državi, v kateri je kupljeno.

(8) Določbe tega člena se smiselno uporabljajo za uveljavljanje pravice do živil na recept.

(9) Če zavarovana oseba uveljavi pravico iz tega člena na podlagi elektronskega recepta, uradna oseba zavoda razveljavi ta elektronski recept ob izdaji odločbe, s katero se ugotovi zahteva za povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila.

### **136. člen**

(1) Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov zdravstvene storitve oploditve z biomedicinsko pomočjo z darovanimi celicami, ki jo uveljavi v tujini.

(2) Stroški zdravstvene storitve iz prejšnjega odstavka se zavarovani osebi povrnejo v višini povprečne cene te storitve v Republiki Sloveniji, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški.

#### 4.1. Pravo osigurane osebe na koriščenje zdravstvene zaščite u inozemstvu

Pravo na koriščenje zdravstvene zaščite u inozemstvu ostvaruje osiguranik Zavoda koji je upućen na rad ili stručno usavršavanje, odnosno obrazovanje u inozemstvo i to:

- osoba u radnom odnosu kod domaćeg ili stranog poslodavca sa sjedištem u Republici Hrvatskoj
- osoba koja je izabrana ili imenovana na stalne dužnosti u određenim tijelima državne vlasti, odnosno jedinicama lokalne i područne (regionalne) samouprave
- član uprave trgovačkog društva
- osoba koja na području Republike Hrvatske obavljaju gospodarsku djelatnost obrta i s obrtom izjednačene djelatnosti, osoba koja samostalno u obliku zanimanja obavljaju profesionalnu djelatnost, te osoba koja obavlja djelatnost poljoprivrede i šumarstva
- osoba koja je prekinula rad jer ju je pravna ili fizička osoba uputila na obrazovanje ili stručno usavršavanje ili poslijediplomski studij u inozemstvo
- osoba upućena u inozemstvo u sklopu međunarodne tehničko – prosvjetne i kulturne suradnje

Također, pravo na zdravstvenu zaštitu u inozemstvu, osim navedenih osiguranika, ostvaruju i osigurane osebe:

- koje u inozemstvu borave radi privatnog posla, uključujući i članove obitelji osiguranika (supružnika i djecu) koji s njim borave u inozemstvu, te učenike, odnosno studente
- koji se u inozemstvu školuju prema vlastitom opredjeljenju kojima je Zavod pod uvjetima propisanim ovim Pravilnikom rješenjem odobrio upućivanje na liječenje u inozemnu zdravstvenu ustanovu

Pravila ZZS imajo definirane pravice zavarovanih oseb, ki so v tujini zaradi dela, med službenim ali zasebnim potovanjem, na strokovnem izpopolnjevanju ali študiju oz. ee stalno naselijo v tujini v členih od 127. – 134.

#### **PRAVICE DO ZDRAVSTVENIH STORITEV MED POTOVANJEM IN BIVANJEM V TUJINI**

##### **127. člen**

Zavarovana oseba lahko uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev v tujini v skladu z zakonom in pravili oziroma pravnim redom EU ali meddržavno pogodbo, in sicer:

- 1) v času, ko dela v tujini;
- 2) med službenim ali zasebnim potovanjem v tujino;
- 3) če je na strokovnem izpopolnjevanju v tujini ali tam študira;
- 4) če se za stalno naseli v tujini.



### **128. člen**

(1) Delavci, ki so bili poslani na delo v tujino, delavci, ki jih je delodajalec napotil na strokovno izpopolnjevanje, delavci, zaposleni v tujini pri tujem delodajalcu, slovenskem organu ali organizaciji, pri delavcih slovenskih organov in mednarodnih organizacij in so zavarovanci v obveznem zavarovanju v Republiki Sloveniji, imajo pravice do zdravstvenih storitev v obsegu in standardu, ki je zagotovljen zavarovanim osebam v Sloveniji po zakonu in splošnih aktih zavoda, ter po povprečni ceni teh storitev v Sloveniji, razen če pravni red EU ali mednarodna pogodba ne določata drugače.

(2) Enake pravice kot zavarovanci iz prejšnjega odstavka imajo tudi po njih zavarovani družinski člani, ki bivajo z njimi v tujini.

### **129. člen**

(1) Zavarovana oseba na zasebnem ali službenem potovanju v tujini ima pravico do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči, razen če pravni red EU ali meddržavna pogodba ne določata drugače.

### **130. člen**

Zavarovani osebi je v času rednega šolanja in podiplomskega študija v tujini zagotovljeno nujno zdravljenje in nujna medicinska pomoč, razen če pravni red EU ali meddržavna pogodba ne določata drugače.

### **131. člen**

Zavarovana oseba, ki se za stalno preseli v tujino in ni opredeljena v 128. in 130. členu pravil, ima pravico do zdravstvenih storitev v skladu s pravnim redom EU ali z meddržavno pogodbo.

### **132. člen**

(1) Zavarovana oseba, ki v tujini na lastno zahtevo uveljavlja zdravstvene storitve, ki ne štejejo za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč, ni upravičena do povračila stroškov.

(2) Zavarovana oseba ni upravičena do zdravstvenih storitev v tujini kadar le – te uveljavlja mimo določb členov od 127 do 133.

(3) Zavarovana oseba, ki potrebuje zdravstvene storitve v določenih časovnih obdobjih, lahko uveljavlja te storitve tudi v tujini, če pred odhodom pridobi soglasje zavoda. To soglasje ni potrebno, če zavarovana oseba uveljavlja storitve dialize in kisikove terapije v državah v katerih velja pravni red EU. Zavod ji ob vnitvi prizna stroške največ do višine povprečne cene takih zdravstvenih storitev v Sloveniji, razen če pravni red EU ali meddržavna pogodba ne določata drugače.

### **133. člen**

(1) Zavarovana oseba, ki uveljavlja zdravstvene storitve v državi za katero velja pravni red EU ali meddržavna pogodba ima pravice v obsegu in po postopku, ki je določen s pravnim redom EU ali meddržavno pogodbo.

(2) Zavarovana oseba, ki uveljavlja nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč v državi v kateri ne velja pravni red EU ali nujne zdravstvene storitve v državi, s katero Republika Slovenija nima sklenjene meddržavne pogodbe, ima pravico do povračila v višini ustreznega deleža povprečne cene teh storitev v Sloveniji v skladu z zakonom in pravili.

### **134. člen**

Račun za zdravstvene storitve opravljene v tujini in drugi zahtevki za povračilo, izstavljeni v tuji valuti, se preračunajo v eure po referenčnem tečaju Evropske centralne banke na dan, ko je bil vložen zahtevek.

## **4.2. Osnovica, stopa, te način obračuna posebnog doprinosa za koriščenje zdravstvene zaščite u inozemstvu**

Posebni doprinos za koriščenje zdravstvene zaščite u inozemstvu za osiguranika upućenog na rad ili stručno usavršavanje, odnosno obrazovanje u inozemstvo plaća se po stopi od 10% na osnovicu osiguranja utvrđenu posebnim zakonom, ako tim zakonom nije drukčije propisano.

Poseban doprinos za koriščenje zdravstvene zaščite u inozemstvu osigurane osobe koja u inozemstvu namjerava boraviti radi privatnog posla utvrđuje se posebnom odlukom koju donosi područni ured Zavoda na osnovi prijave boravka u inozemstvu i broju planiranih dana boravka u inozemstvu navedenih u prijavi, te ujedno osiguranoj osobi izdaje nalog za uplatu. Osigurana osoba sama je obveznik plaćanja posebnog doprinosa za koriščenje zdravstvene zaščite u inozemstvu, a obvezu plaćanja tog doprinosa za razdoblje u kojem boravi u inozemstvu može preuzeti druga pravna ili fizička osoba koja je podnijela prijavu boravka osigurane osobe u inozemstvu. Navedeni doprinos obračunava se i dospijeva na naplatu prije odlaska osigurane osobe u inozemstvo i preduvjet je za izdavanje potvrde o pravu na koriščenje zdravstvene zaščite

u inozemstvu. Cjelokupni proces naplate u skladu je s Naredbom o načinu uplaćivanja prihoda proračuna, obveznih doprinosa te prihoda za financiranje drugih javnih potreba i sukladan je s odredbama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.

V Sloveniji je zdravstveno zavarovanje sestavljeno iz obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Za dopolnilno zavarovanje se pogovorno uporablja tudi izraz dodatno zdravstveno zavarovanje. Z urejenim obveznim in dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem pri obisku zdravnika zavarovana oseba nima dodatnih stroškov, oziroma ničesar ne plačuje ali doplačuje. **Dodatno zdravstveno zavarovanje** namreč krije razliko med celotno vrednostjo zdravstvene storitve, in vrednostjo, ki jo krije obvezno zdravstveno zavarovanje. To pomeni, da tistim zavarovancem, ki imajo sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ni potrebno doplačevati razlik za zdravstvene storitve, zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke (npr. za očesne pripomočke in zobno protetiko, ne nujne reševalne prevoze, zdravila na recept ipd.), dokler njihova vrednost ne preseže najvišje priznane vrednosti.

Kadar zavarovana oseba uveljavlja refundiranje stroškov zdravljenja v tujini, jih uveljavlja pri ZZS in pri pravni osebi – zavarovalnici, pri kateri ima sklenjeno dopolnilno zavarovanje, enako kot to uveljavlja kot pravico v Republiki Sloveniji.

### 23. člen

(1) Zavarovane osebe uveljavljajo pravice v njihovi celotni vrednosti ali v odstotnem deležu teh vrednosti oziroma v višini, kot to določa zakon oziroma za posamezna obdobja opredeli zavod v soglasju z Vlado Republike Slovenije.

(2) Razliko do polne vrednosti storitev v primerih, ko te niso v celoti zajete v obvezno zavarovanje, plača zavarovana oseba sama ali pravna oseba, pri kateri je prostovoljno zavarovana.

#### 4.3. Opseg zdravstvene zaščite u inozemstvu

Prethodno navedenim osiguranicima osigurava se pravo na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu koju se ne može odgoditi do povratka u Republiku Hrvatsku. Također, osiguranoj osobi osigurava se pravo na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu samo za slučaj hitne medicinske pomoći kako bi se otklonila neposredna opasnost po život i zdravlje osigurane osobe. Hitnom medicinskom pomoći u smislu ovog Pravilnika ne smatra se zdravstvena zaštita koja je bila planirana, odnosno predvidiva kao što su primjerice planirani dijagnostički, odnosno terapijski postupci, operativni zahvati, porođaj i sl., što utvrđuje ovlašteni doktor Zavoda te kao takva ne može teretiti sredstva obveznog zdravstvenog osiguranja. Osigurana osoba koja koristi zdravstvenu zaštitu u inozemstvu mora se odmah javiti područnom uredu

Zavoda nadležnom prema mjestu svog prebivališta zbog daljnjeg praćenja zdravstvenog stanja i ocjenjivanja potrebe povratka (prijehoza) u Republiku Hrvatsku. Na osnovi obavijesti o potrebi korištenja zdravstvene zaštite, ovlaštteni doktor Zavoda utvrđuje potrebu premještaja osigurane osobe u Republiku Hrvatsku, te određuje vrstu prijevoznog sredstva s obzirom na njezino zdravstveno stanje i udaljenost odredišta. Kada ovlaštteni doktor Zavoda utvrdi potrebu sanitetskog prijevoza, zahtjev za sanitetski prijevoz daje područni ured Zavoda ugovornom subjektu koji sa Zavodom ima ugovorenu djelatnost sanitetskog prijevoza prema mjestu prebivališta.

Pored navednog, Zavod ne snosi troškove za stomatološko – protetske pomoći i stomatološko – protetske nadomjestke, kao ni troškove za ortopedska i druga pomagala realizirana u inozemstvu, osim u slučaju kada je ugovorom o socijalnom osiguranju drukčije uređeno, odnosno ako su ti troškovi nastali u sklopu zdravstvene zaštite pružene osiguranoj osobi kojoj je rješenjem Direkcije Zavoda odobreno upućivanje na liječenje u inozemstvo.

#### 4.4. Upućivanje osigurane osobe na liječenje u inozemstvo

Osiguranoj osobi može se odobriti pravo na upućivanje na liječenje (dijagnostički i terapijski postupci, te operacijski zahvati) u inozemnu zdravstvenu ustanovu zbog liječenja urođenih anomalija, provođenja transplantacijskih programa, te liječenja zloćudnih bolesti, uključujući pretraživanje međunarodnih registara dobrovoljnih davalaca koštane srži ako se potrebno liječenje ne može provesti u ugovornim zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj, a može se uspješno provesti u inozemstvu.

Iznimno, osiguranim se osobama može odobriti upućivanje u inozemnu zdravstvenu ustanovu zbog liječenja bolesti koje nisu prethodno navedene te ako se potrebno liječenje ne može provesti u ugovornim zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj, a može se uspješno provesti u inozemstvu.

Pravo na liječenje u inozemstvu može ostvariti i osigurana osoba za koju je tijekom liječenja u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi u Republici Hrvatskoj, zbog nemogućnosti nastavka uspješnog liječenja u toj ili u drugoj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi u Republici Hrvatskoj, zdravstvena ustanova dala prijedlog za premještaj i daljnje liječenje u inozemnoj zdravstvenoj ustanovi.

Osigurana osoba kojoj je rješenjem Direkcije Zavoda odobreno pravo na upućivanje na liječenje u inozemnu zdravstvenu ustanovu, ima pravo na naknadu troškova prijevoza javnim prijevoznim sredstvom, odnosno na sanitetski prijevoz u skladu s odredbama Zakona i općih akata Zavoda. Vrsta prijevoza utvrđuje se rješenjem Direkcije Zavoda na osnovi nalaza, mišljenja i ocjene liječničkog povjerenstva Direkcije Zavoda.

Osigurana osoba kojoj je priznato pravo na liječenje u inozemstvu obvezna je u roku od 15 dana nakon završenog liječenja u inozemstvu dostaviti Direkciji Zavoda otpusno pismo i drugu medicinsku dokumentaciju o obavljenom liječenju prevedenu na hrvatski jezik.

Osigurana osoba koja je sama dogovorila termin u inozemnoj zdravstvenoj ustanovi i na liječenje u inozemstvo otišla bez rješenja o upućivanju na liječenje u inozemstvu nema pravo ostvariti to liječenje na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja.

#### 4.5. Naknada troškova zdravstvene zaštite korištene u inozemstvu

Osiguranoj osobi, koja je koristila zdravstvenu zaštitu u inozemstvu jer je nije mogla odgoditi do povratka u Republiku Hrvatsku, a kojoj je unatoč pribavljenoj potvrdi naplaćena zdravstvena zaštita u inozemstvu, Zavod će na osnovi nalaza, mišljenja i ocjene ovlaštenog doktora Zavoda priznati troškove zdravstvene zaštite prema odredbama ugovora o socijalnom osiguranju, umanjenim za iznos Zakonom propisanog sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite. Isto vrijedi i za hitnu medicinsku pomoć.

Osigurana osoba obvezna je uz zahtjev za naknadu troškova priložiti medicinsku dokumentaciju o pruženim zdravstvenim uslugama s prijevodom na hrvatski jezik i original računa koji glasi na ime osigurane osobe iz kojeg je vidljivo koje su zdravstvene usluge pružene osiguranoj osobi, te da je račun plaćen.

Osigurana osoba koja zdravstvenu zaštitu u inozemstvu koristi prema odredbama ovog Pravilnika obvezna je sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite u skladu s odredbama ugovora o socijalnom osiguranju, Zakona i općih akata Zavoda.

Skladno s 135.a članom Pravil ZZZS se zavarovani osebi povrnejo stroški zdravljenja v tujini v višini dejanskih stroškov teh storitev v državi, v kateri so bile uveljavljene. Ob tem je potrebno upoštevati tako obvezno, kot dopolnilno zavarovanje.

## 5. Europska kartica zdravstvenog osiguranja (EKZO)

Osigurane osobe HZZO – a ostvaruju pravo na Europsku karticu zdravstvenog osiguranja – EKZO. Temeljem EKZO, osigurana osoba HZZO – a, koja se za vrijeme svog privremenog boravka na području druge države članice EU iznenada razboli, ozlijedi ili doživi nesreću, ima pravo koristiti zdravstvenu zaštitu koja se ne može odgoditi do njezinog planiranog povratka u Hrvatsku, a na teret sredstava HZZO – a.

EKZO nije alternativa putnom osiguranju. Ona ne pokriva troškove privatne zdravstvene zaštite ili troškove poput spašavanja pacijenta prilikom nezgode na skijalištu, zračni prijevoz natrag u domovinu nakon nastanka osiguranog slučaja ili ukradeno, odnosno izgubljeno vlasništvo.

Europska kartica zdravstvenog osiguranja koristi se na području Europske unije. Sve osobe koje imaju uredno utvrđen status u obveznom zdravstvenom osiguranju mogu podnijeti zahtjev za EKZO putem web portala ili u najbližem regionalnom uredu/područnoj službi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO). Kartica se izdaje besplatno, a uvjet za njezino izdavanje je da je osoba prijavljena na obvezno zdravstveno osiguranje. Europska kartica zdravstvenog osiguranja važi do datuma koji je na njoj naveden, a u pravilu tri godine. Izdavanje nove Europske kartice zdravstvenog osiguranja može se zatražiti u roku od 30 kalendarskih dana prije isteka važeće, a ako se zdravstveno osiguranje izgubi, karticu je potrebno predati nadležnom uredu, odnosno područnoj službi HZZO – a.

EKZO pokriva troškove neodgodive zdravstvene zaštite, za koju liječnik zdravstvene ustanove kojoj se pacijent u inozemstvu javi, kaže da se ne može odgoditi do planiranog povratka u Hrvatsku. U neodgodivu zdravstvenu zaštitu spada i zdravstvena zaštita u vezi s kroničnim ili postojećim bolestima ako cilj putovanja nije liječenje (npr. kontrola visokog tlaka) te zdravstvena zaštita u vezi s trudnoćom i rođenjem djeteta, ako cilj privremenog boravka u inozemstvu nije porod. Također, neodgodive zdravstvene usluge su npr. i dijaliza, terapija kisikom i tretmani za astmu.

Usprkos posjedovanju EKZO, pacijent mora podmiriti troškove liječenja u inozemstvu. Ukoliko se je radilo o zdravstvenim uslugama neodgodive naravi koje su pružene od strane ugovornog pružatelja zdravstvene usluge, po povratku u Hrvatsku, pacijent HZZO – u podnosi zahtjev za povratom sredstava. EKZO se koristi izravno kod ugovornih pružatelja zdravstvenih usluga pod istim uvjetima i po istoj cijeni kao da je osiguranik u državi boravka.

U zemljama u kojima je na snazi europski pravni poredak ili međudržavni sporazumi o socijalnoj sigurnosti, osigurana osoba može ostvariti pravo na medicinske usluge (osim za stalni boravak i pogranične radnike) s europskom karticom ili potvrdom, odnosno hitnim ili potrebnim medicinskim uslugama, izravno liječnicima i zdravstvene ustanove koje su dio javne zdravstvene mreže. To su usluge koje su potrebne iz medicinskih razloga, uzimajući u obzir prirodu usluga i očekivano trajanje boravka u tim zemljama. Opseg i vrstu zdravstvenih usluga određuje liječnik koji prihvaća osobu za liječenje, pri čemu je ključna definicija očekivane duljine boravka u inozemstvu, budući da osigurana osoba dugo boravi u drugoj državi članici (npr. Studenti koji studiraju u inozemstvu, radnici u inozemstvu) koji rade u inozemstvu, osobe koje traže

posao) imaju pravo na veći raspon prava od osobe koja boravi u drugoj državi članici na kratko vrijeme (na primjer, osobe na poslovnim ili privatnim putovanjima). To znači da na temelju europske kartice liječnik mora pružiti zdravstvenoj skrbi osobi do te mjere da joj nije potrebno da se vrati u nadležnu državu isključivo u svrhu liječenja prije kraja namjeravanog boravka u drugoj državi članici EU-a, EGP-u i Švicarskoj. Ove se usluge provode u skladu s propisima zemlje u kojoj osiguranik traži medicinsku pomoć, što znači da u određenim zemljama određene usluge moraju biti nadoknađene, kao što je slučaj s osiguranicima tih zemalja.

Posebna skupina su pogranični radnici. Pogranični radnik ili radni migrant je radnik koji ima prebivalište u jednoj zemlji i zaposlen je ili je zaposlen u drugoj zemlji i vraća se u zemlju prebivališta svaki dan ili najmanje jednom tjedno. Osiguranik koji ima status pograničnog radnika, ostvaruje pravo na medicinsku pomoć u zemlji prebivališta i u zemlji zaposlenja, na način i u opsegu propisanom zakonodavstvom obiju država. Status pograničnog radnika utvrđuje nadležna ustanova zdravstvenog osiguranja u državi zaposlenja za osiguranu osobu koja izdaje odgovarajuću potvrdu pograničnom radniku i šalje je na potvrdu nadležnoj instituciji u zemlji prebivališta.

#### EUROPSKA KARTICA NE POKRIVA:

- troškovi prijevoza zbog oštećenja skijališta (helikoptera, spašavanja) u većini stranih zemalja
- troškovi prijevoza osiguranika iz inozemstva u matičnu zemlju
- troškovi zdravstvenih usluga koje nudi TURISTIČKA AMBULANTA u Hrvatskoj
- troškovi liječenja ili poroda u stranim zemljama, ako je svrha boravka osiguranika u inozemstvu liječenje ili porođaj

Ako iz nekog razloga osiguranik nije u posjedu EKZO – a za vrijeme dok se nalazi u inozemstvu, moguće je obratiti se izravno nadležnom područnom uredu HZZO – a radi izdavanja Certifikata. Izdavanje Certifikata može se zatražiti i preko ustanove u mjestu boravka ili osobno podmiriti troškove te po povratku u Hrvatsku zatražiti njihovu naknadu.

#### Certifikat se izdaje:

- u slučaju krađe, gubitka EKZO ili u slučaju kada osigurana osoba Zavoda ostane bez EKZO zbog nekog drugog razloga (Certifikat se izdaje do kraja razdoblja važenja izdane EKZO)
- u slučaju neočekivanog iznenadnog odlaska u inozemstvo (certifikat se izdaje za razdoblje boravka u određenoj državi)
- u slučajevima kada je iz evidencije HZZO – a očigledno da osigurana osoba ima pravo na zdravstveno osiguranje kraće od 30 dana (Certifikat vrijedi do isteka osiguranja)

## 6. Novi prekogranični modeli/procedure / Novi čezmejni modeli/procedure

### 6.1. 1. prekogranični model/procedura / 1. čezmejni model/procedura: Pravo na planirano liječenje u Republici Sloveniji

Stranci osigurani u drugim državama članicama mogu planirati liječenje u Republici Sloveniji u skladu s:

1. Slovenskim zakonskim okvirom
2. Regulativom (EC) 883/2004 Europskog parlamenta
3. Direktivom 2011/24/EU o pravima pacijenata na prekograničnu zdravstvenu zaštitu.

Ukoliko osiguranik plati liječenje u Sloveniji, ima pravo na naknadu troškova u državi u kojoj živi u skladu sa metodama i procedurama važećim u njihovim državama.

Izuzev hitnih slučajeva i državljana koji rade u Sloveniji i osigurani su po osnovi radnog odnosa, detektiran je problem izbora izabranog liječnika u drugoj državi članici Europske unije. Manjak liječnika, koji je u pograničnim područjima izraženiji nego u urbanim sredinama, dovodi do problema s dostupnošću liječnika primarne zdravstvene zaštite. Trenutne odredbe ne dopuštaju da državljanin RH ima izabranog liječnika u Sloveniji, iako je moguće da je liječnik u Sloveniji prostorno i vremenski mnogo dostupniji.

Stanovnik Prezida koji zbog nedostupnosti liječnika obiteljske medicine mora putovati u najbliže mjesto u kojem je liječnik opće obiteljske medicine dostupan. Što prostorno može biti i više desetaka kilometara. U slučaju bolesti ili godišnjeg odmora liječnika događa se ista situacija jer je zamjena zbog nedostupnosti jako udaljena.

Drugi primjer je korištenje specijalističkih pregleda ili dijagnostičkih postupaka. Iako je zapravo moguće zatražiti suglasnost za obavljanje dijagnostičkih postupaka u inozemstvu, procedure su dosta nepoznate te zahtjevaju određeno vrijeme kako bi se provele. Iz tog razloga pacijenti ne mogu obaviti dijagnostiku u pograničnom području susjedne države već moraju koristiti prijevoz do najbližeg mjesta gdje se preporučena dijagnostika može obaviti.

**Nedostaci trenutnog stanja:** Veći troškovi za nacionalna osiguranja i zdravstvene ustanove, produženo trajanje dijagnostike i liječenja, složeniji logistički procesi kod prijevoza pacijenata. Smanjena dostupnost zdravstvene zaštite rezultira i lošijim zdravstvenim stanjem stanovnika. Prema članku 5. zakona o zdravstvenoj zaštiti. Svaka osoba ima pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarenja najviše moguće razine zdravlja, u skladu s odredbama ovoga Zakona i zakona kojim se uređuje obvezno zdravstveno osiguranje u Republici Hrvatskoj, a to u ovom slučaju bez suradnje sa Slovenijom nije moguće.

**Prednosti suradnje:** Veća dostupnost zdravstvene zaštite i povećanje kvalitete, a time i općeg zdravstvenog stanja stanovništva. Manji troškovi za nacionalna osiguranja i zdravstvene ustanove u smislu



povečanja broja pacijenata po timu, brže i dostupnije zdravstvene usluge, večje zadovoljstvo lokalnog stanovništva, manji odljev stanovništva.

**Zaključak:** Izbor najbližeg liječnika u susjednoj državi rezultirao bi brojnim prednostima poput spajanja malih ordinacija i povećanja broja pacijenata po timovima koji u pograničnim područjima imaju jako mali broj pacijenata. Automatizacija procesa odobravanja primanja zdravstvenih usluga u susjednoj državi omogućila bi veću dostupnost zdravstvene zaštite i povećanje općeg zdravstvenog stanja, a smanjeni troškovi omogućili bi optimalnije poslovanje za nacionalno osiguranje i zdravstvene ustanove te manje troškove za pacijente.

## 6.2. 2. prekogranični model/procedura / 2. čezmejni model/procedura: Uporaba aed in sistema prvih posredovalcev na čezmejnem območju

**KRAJ:** vas Rupa, tik za mejnim prehodom, Republika Hrvaška

**ČAS:** pomlad 2019

**SODELUJUČI:** ekipa NMP ZDIB (zdravnik in dva reševalca), obmejni policisti slovenske in hrvaške policije, ekipa NMP Opatija, gasilci Rupa – Opatija, pri posredovalci skupina Jelšane, novinarji slovenskih in hrvaških medijev, predstavniki lokalnih oblasti iz obeh strani meje

**DOGODEK:** takoj po prehodu meje 50 – letni moški doživi srčni infarkt

**OPIS:** 50 – letni moški z anamnezo več kroničnih bolezni po prečkanju meje ustavi avtomobil zaradi hude bolečine v prsnem košu. Na pomoč mu priskočijo policisti mejne policije, nakar moški preneha dihati. Policisti pokličejo ReCO, ki aktivira NMP Opatija, NMP Ilirska Bistrica in prve posredovalce skupina Jelšane ter medtem izvajajo temeljne postopke oživljanja z uporabo AED.

Vsi hrvaški udeleženci bi se tudi sedaj odzvali klicu na pomoč. Slovenski kolegi pa so lokacijsko bližje ponesrečencu, torej imajo krajši dostopni čas. Najbližje pacientu so mejni policisti (slovenski bi do takrat imeli opravljen tečaj za prve posredovalce) ter že organizirana skupina prvih posredovalcev Jelšane. Zaenkrat protokoli ne omogočajo posredovanja čez mejo nobenemu od navedenih slovenskih organov. Vprašanje je, **koliko bi lahko izboljšali oskrbo ogrožene osebe s sodelovanjem služb iz obeh strani meje.**

Prav tako se postavlja vprašanje, kam bi slovenski pacient nadaljeval pot oziroma kje bi prejel nadaljnjo zdravstveno oskrbo, v bližnji Rijeki, kjer je na voljo tudi **katetrski laboratorij** ali v bistveno bolj oddaljeni Ljubljani? Ali bi lahko slovensko reševalno vozilo prepeljalo poškodovanca na Rijeko? Ali bi lahko nadaljevalo pot po hrvaškem ozemlju do mejnega prehoda Starod, če bi želel poškodovanca peljati v SB Izola, ker je ta pot krajša, ali bi moral takoj čez mejni prehod? Kako je s preverjanjem identitete reševalcev? Navadno nimamo osebnih dokumentov pri sebi, ko gremo na intervencijo.

Vključimo lahko tudi prevoz s HNMP, katero ekipo klicati, kako dalje?

**SKLEP:** Potrebno je pripraviti pravno podlago za izvedbo vaje, obvestiti in vprašati za soglasje za sodelovanje vse udeležence ter tudi odgovorne oblasti. Vajo je potrebno prijaviti pri ustreznih organih, da zagotovimo zavarovanje za vse udeležence vaje. **Pozanimati se je potrebno, ali lahko v okviru priprave na vajo izvedemo tudi 10-urni tečaj za prve posredovalce za policiste mejne policije Jelšane.**

**PREDLOG:** Pripraviti protokol v primeru akutnega koronarnega sindroma na čezmejnem območju, ki vključuje algoritem oskrbe in sicer: prepoznavna AKS, kontakt ekipe NMP Ilirska Bistrica s katetrskih laboratorijem UKC Rijeka, dogovor prevoza pacienta preko meje do UKC Rijeka.

### 6.3. 3. prekogranični model/procedura / 3. čezmejni model/procedura: Oskrba poškodovanega v prometni nesreči na čezmejnem območju

**KRAJ:** vas Šapjane, tik za mejnim prehodom, Republika Hrvaška

**ČAS:** pomlad 2019

**SODELUJOČI:** ekipa NMP ZDIB (zdravnik in dva reševalca), obmejni policisti slovenske in hrvaške policije, ekipa NMP Opatija, gasilci Šapjane, novinarji slovenskih in hrvaških medijev, predstavniki lokalnih oblasti iz obeh strani meje

**DOGODEK:** prometna nesreča slovenskega motorista na hrvaškem ozemlju

**OPIS:** Slovenski motorist je kmalu zatem, ko je prečkal mejo doživel prometno nesrečo. Zaletel se je v osebni avtomobil v katerem so bili hrvaški državljani. Motorist je utrpel hudo poškodbo glave, prav tako obstaja sum na poškodbo hrbtenice. V avtomobilu sta dva udeležena, eden je utrpel hujše poškodbe in sicer topi udarec v prsni koš ter zlom stegenice, druga pa lažje poškodbe (nekaj prask).

Na kraj nesreče lahko pride več služb za zaščito in reševanje:

- Policisti mejne policije iz slovenske in hrvaške strani meje
- Prometna policija Starod
- Gasilci Šapjane
- Ekipa NMP Opatija
- Ekipa NMP ZDIB

Vsi hrvaški udeleženci bi se tudi sedaj odzvali klicu na pomoč. Slovenski kolegi pa so lokacijsko bližje ponesrečencu, torej imajo krajši dostopni čas. Zaenkrat protokoli ne omogočajo posredovanja čez mejo nobenemu od navedenih slovenskih organov. Vprašanje je, koliko bi lahko izboljšali oskrbo vpletenih v prometno nesrečo s sodelovanjem služb iz obeh strani meje.

Prav tako se postavlja vprašanje, kam bi slovenski ponesrečenec nadaljeval pot oziroma kje bi prejel nadaljnjo zdravstveno oskrbo, v bližnji Rijeki, kjer je na voljo tudi nevrokirurg ali v bistveno bolj oddaljeni Ljubljani. Kaj pa hrvaška udeleženca, bi lahko bila upravičena do oskrbe na slovenski strani, če bi reševalno vozilo prepeljalo motorista v Rijeko? Ali bi lahko slovensko reševalno vozilo prepeljalo poškodovanca na Rijeko? Ali bi lahko nadaljevalo pot po hrvaškem ozemlju do mejnega prehoda Starod, če bi želel poškodovanca peljati v SB Izola, ker je ta pot krajša, ali bi moral takoj čez mejni prehod? Kako je s preverjanjem identitete reševalcev? Navadno nimamo osebnih dokumentov pri sebi, ko gremo na intervencijo.

Vključim lahko tudi prevoz s HNMP, katero ekipo klicati, kako dalje?

**SKLEP:** Potrebno je pripraviti pravno podlago za izvedbo vaje, obvestiti in vprašati za soglasje za sodelovanje vse udeležence ter tudi odgovorne oblasti. Vajo je potrebno prijaviti pri ustreznih organih, da zagotovimo zavarovanje za vse udeležence vaje.

#### 6.4. 4. prekogranični model/procedura / 4. čezmejni model/procedura: Zdravstvena oskrba tujega državljana na urgentnem centru Splošne bolnice Novo mesto

**KRAJ:** Urgentni center Novo mesto, Splošna bolnišnica Novo mesto – Šmihelska cesta 1, 8000, Novo mesto

**ČAS:** 24 ur, 7 dni v tednu

**SODELUJOČI:** administratorka, medicinska sestra (ZT,DMS), zdravnik,, osebje iz NMP (reševalci-DMS, ZT, zdravnik), rentgenološki ing., laboratorijsko osebje

**DOGODEK:** V urgentnem centru se srečujejo z najrazličnejšimi vzroki in simptomi, zaradi katerih pridejo pacienti v obravnavo. Če pride poškodovan pacient ga sprejme administrator za vpis v informativni program in evidenco dokumentov. Nato ga sprejme triažna medicinska sestra, ki ga glede na triažni algoritem in kategorijo napoti v enoto za poškodbe. V enoti za poškodbe, po naročilu zdravnika izvedejo potrebne laboratorijske preiskave in rentgensko slikanje. Zdravnik se na podlagi kliničnega pregleda, preiskav, slikanj, odloči za postopke zdravljenja ali sprejem v bolnišnico.

**OPIS:** Administratorka sprejme pacienta, katerega zaprosi za predložitev evropske kartice, ki se uporablja v državah članicah EU in EGP ter Švici, Avstraliji, Bosni in Hercegovini, Črni Gori, Makedoniji in Srbiji. Poleg tega so potrebni osebni dokumenti tujega državljana, ki se skopirajo in vnesejo v računalnik. V kolikor obravnavni pacient oziroma tuji državljan nima evropske kartice, se kopirajo samo osebni dokumenti in se ga označi kot samoplačnika ter na koncu obravnave naredi obračun in poračunajo storitve. Po administrativnem vpisu je pacient poklican v triažno ambulanto, kjer ga medicinska sestra triažira oziroma

razvrsti pacienta po stopnji nujnosti, ter mu razloži postopek nadaljnje obravnave. Pacienta pospremi v čakalnico, kjer počaka na nadaljnja navodila in preglede.

Medicinska sestra na izbranem delovišču:

- EZHP - enota za hitre preglede,
- EZB - enota za bolezni,
- EZP - enota za poškodbe,
- Opazovalnica

pacienta pokliče v ambulanto, kjer opravi predvidene meritve, naredi odvzem krvi, ter pripravi napotitve na nadaljnje preiskave, na katere pacienta tudi pospremi ali pa mu zagotovi spremstvo transportne delavke.

Po končani obravnavi v urgentnem centru pacienta se pospremi na izbrani oddelek ali pa pacientu izroči izvide obravnave in se mu podajo navodila, ki so v pristojnosti medicinske sestre. Zaradi morebitnih poravnjav računov se pacienta napoti nazaj v administracijo.

Pri komunikaciji s tujimi državljani si medicinska sestra pomaga z lastnim znanjem tujih jezikov, z morebitnimi svojci in člani družine, za pomoč pa lahko prosi tuje govoreče sodelavce. Pri prevodu oziroma komunikaciji si pomagajo tudi s sedmimi knjigami »Večjezični priročnik za lažje sporazumevanje v zdravstvu« in Google prevajalnikom. Trenutno se tudi zavzemajo za zagotavljanje tolmača za posamezne jezike pacientov, ki bi jim zagotovo omogočil boljšo, hitrejšo in kakovostnejšo zdravstveno oskrbo tujega državljana.

**SKLEP:** Po pregledu pridobljenih informacij na urgentnem centru, smo pridobili nekatere predloge in sklepe ki bi jim omogočili hitrejšo in kakovostnejšo zdravstveno oskrbo ter lažjo komunikacijo z tujimi državljani.

- V Slovenskem prostoru, bi bilo nujno potrebno zagotoviti telefonsko številko na kateri bi bilo mogoče simultano prevajanje za tuje govoreče.
- Prav tako se je izpostavila želja po večjem številu izobraževanj o sprejemanju tujih navad, kultur, verovanj,...
- Iz evropskih sredstev bi se lahko zagotovili več jezikovnih izobraževanj tako slovenskega, kot tujih jezikov za zaposlene, tujce in tiste prebivalce v Republiki Sloveniji, ki že dolgo časa živijo v Sloveniji.

## 7. Zaključci

Direktiva 2011/24/EU za pacijente znači jačanje njihova položaja, veći izbor zdravstvene skrbi, više informacija, te jednostavnije priznavanje recepata preko granice. Osim toga, Direktiva potiče suradnju među državama članica u području interoperabilnih alata e – zdravstva, korištenje vrednovanja zdravstvenih tehnologija i udruživanje stručnog znanja.

Iako su ciljevi Direktive jasno napisani i definirani, postoji niz čimbenika koji su utjecali na ostvarenje tih ciljeva.

Jedan od većih problema koji se javlja je neinformiranost stanovnika o postojanju Direktive koja definira uvjete i provedbu prekogranične zdravstvene zaštite. Tu mediji imaju veliku ulogu jer nisu preveliku pažnju pridodali spomenutoj Direktivi te pravnim aktima Republike Hrvatske i Republike Slovenije vezanih uz dobivanje prekograničnih zdravstvenih usluga. Iako su zdravstvena osiguranja obje države istaknula postojanje Direktive i pripadajućih pravnih akata, i dalje postoji visoka razina neinformiranosti među građanima pograničnih područja koji bi potencijalno mogli iskoristiti prednosti koje su ponuđene Direktivom.

Problem kojemu je potrebno pronaći rješenje je i pojam *prethodnog odobrenja* koji je naizgled jednostavan i jasno definiran, no s druge strane komplicira pružanje prekogranične zdravstvene zaštite jer omogućuje da svaka država članica može, kako bi zaštitila i osigurala stabilnost vlastitog zdravstvenog sustava u financijskom smislu, uvesti sustav prethodnog odobrenja u svrhu kontrole odljeva zdravstvenih usluga van svojih granica. Iako je navedeno da bi se sustav prethodnog odobrenja trebao ograničiti na ono što je nužno i razmjerno cilju koji se treba postići, te da ne bi smio predstavljati sredstvo diskriminacije ili neopravdanu prepreku slobodnom kretanju pacijenata, u praksi postoji veliki broj problema s kojima se suočavaju stanovnici pograničnog područja. Jedan od razloga zbog čega dolazi do problema je to što Republika Hrvatska nije jedina zemlja koja je sebi ostavila pravo odlučivati o tome tko se može liječiti van njenih granica pod izgovorom stabilnosti vlastitog sustava.

Pored navedenog, potrebno je spomenuti predviđeni brz i jednostavan pristup informacijama vezanih uz kvalitetu i dostupnost specifičnog tipa medicinske usluge kao i posredovanje privatnim informacijama pacijenta što također nije provedeno u dijelo. Uspostava sustava e – zdravstvo na nacionalnoj razini je hvalevrijedna inicijativa, no potrebno ju je dodatno proširiti i unaprijediti te pokrenuti inicijativu stvaranja međunarodnih baza podataka i komunikacijskih sustava. Isto vrijedi i za Nacionalne kontaktne – informativne centre (u RH jedini centar takve vrste je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje), odnosno potrebno je osigurati lakši pristup informacijama, što je i zadaća centara takve vrste, na nacionalnoj i međunarodnoj razini.

Valja napomenuti da bi obje države članice pomoću Direktive mogle lako ostvariti povećanje korištenja zdravstvenih usluga te time potaknuti priljev stranog kapitala što posljedično dovodi do povećanja profita.

/

## 7. Zaključki

Direktiva 2011/24/EU za paciente pomeni krepitev njihovega položaja, večjo izbiro zdravstvene oskrbe, več informacij in lažje čezmejno priznavanje receptov. Poleg tega direktiva spodbuja sodelovanje med državami članicami na področju interoperabilnih orodij e - zdravstva, uporabo vrednotenja zdravstvenih tehnologij in združevanje strokovnega znanja.

Čeprav so cilji Direktive jasno napisani in opredeljeni, obstajajo številni dejavniki, ki so prispevali k doseganju teh ciljev.

Eden od večjih problemov, ki se pojavi, je pomanjkanje informiranosti prebivalstva o obstoju Direktive, ki opredeljuje pogoje in izvajanje čezmejnega zdravstvenega varstva. Pri tem igrajo mediji pomembno vlogo, ker ne posvečajo preveč pozornosti omenjeni Direktivi in pravnim aktom Republike Hrvaške in Republike Slovenije v zvezi s pridobivanjem čezmejnih zdravstvenih storitev. Čeprav sta zdravstvena zavarovanja obeh držav poudarila obstoj Direktive in ustreznih pravnih instrumentov, še vedno obstaja visoka stopnja neobveščenosti med občani na obmejnih območjih, ki bi lahko potencialno izkoristili prednosti, ki jih ponuja Direktiva.

Problem, za katerega je treba najti rešitev, je tudi pojem *predhodne odobritve*, ki je na prvi pogled preprost in jasno opredeljen, po drugi strani pa otežuje zagotavljanje čezmejnega zdravstvenega varstva, saj vsaki državi članici omogoča, da zaradi zaščite in zagotovitve stabilnosti lastnega zdravstvenega sistema v finančnem smislu, uvede sistem predhodne odobritve za nadzor odliva zdravstvenih storitev zunaj svojih meja. Čeprav je bilo navedeno, da mora biti sistem predhodne odobritve omejen na tisto, kar je nujno in sorazmerno s ciljem, ki ga je treba doseči, in da ne sme predstavljati sredstva diskriminacije ali neupravičene ovire za prost pretok pacientov, v praksi obstaja veliko število težav, s katerimi se soočajo prebivalci obmejnega območja. Eden od razlogov zakaj prihaja do težav, je to, da Republika Hrvaška ni edina država, ki je sebi pustila pravico do odločanja o tem, kdo se lahko zdravi zunaj njenih meja pod pretvezo stabilnosti lastnega sistema.

Poleg tega je potrebno omeniti predvideni hiter in enostaven dostop do informacij v zvezi s kakovostjo in razpoložljivostjo specifičnega tipa medicinske storitve kot tudi posredovanje zasebnih informacij o pacientu, kar tudi ni bilo izvedeno. Vzpostavitev sistema e – zdravstvo na nacionalni ravni je hvalevredna pobuda, vendar jo je treba dodatno razširjati in izboljševati ter začeti pobudo ustvarjanja mednarodnih podatkovnih baz in komunikacijskih sistemov. Enako velja za Nacionalne kontaktne – informativne centre (na Hrvaškem je edini tovrstni center Hrvaški zavod za zdravstveno zavarovanje), kar pomeni, da je treba zagotoviti lažji dostop do informacij, kar je naloga takih centrov na nacionalni in mednarodni ravni.

Omeniti je treba, da bi lahko obe državi članici s pomočjo Direktive zlahka dosegli povečanje uporabe zdravstvenih storitev in s tem spodbudili pritek tujega kapitala, kar posledično vodi do povečanja zaslužka.