

Utjecaj Direktive Europske unije o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti na zdravstvo u Republici Hrvatskoj

Orešić, Sandra

Professional thesis / Završni specijalistički

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:351412>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-01**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Sandra Orešić

Utjecaj Direktive Europske unije o prekograničnoj zdravstvenoj
zaštiti na zdravstvo u Republici Hrvatskoj

Završni specijalistički rad

Zagreb, ožujak 2020. godine

Ustanova u kojoj je rad napravljen: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Voditelj rada: izv.prof.dr.sc. Aleksandar Džakula, dr. med.,
spec. javnog zdravstva

Redni broj rada: _____

Sadržaj

1. Uvod.....	4
1.1. Pravni okvir.....	8
1.1.1. Europsko zakonodavstvo.....	8
1.1.2. EU zakonodavstvo u području zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja	9
1.1.3. Koordinacija sustava socijalne sigurnosti	10
1.1.4. Najvažnije presude Europskog suda pravde u području prekogranične zdravstvene zaštite	11
1.1.5. Prenošenje Direktive u zakonodavstvo Republike Hrvatske.....	12
1.2. Uloga Direktive u odnosu na druge propise koji reguliraju pravo na prekograničnu zdravstvenu zaštitu	16
2. Cilj i svrha rada	18
3. Hipoteze	19
4. Materijali i metode	20
4.1. Vremenski okvir istraživanja	20
4.2. Praćenje promjena na EU razini.....	20
4.3. Praćenje učinka na Republiku Hrvatsku	20
4.4. Praćenje utjecaja na druge države EU	21
4.5. Praćenje učinka na prava i informiranost pacijenata.....	21
5. Rezultati	23
5.1. Broj zahtjeva za zdravstvenu zaštitu s prethodnim odobrenjem po Direktivi.....	23
5.2. Broj zahtjeva i iznos povrata troškova za zdravstvenu zaštitu za koju nije potrebno prethodno odobrenje po Direktivi	25
5.3. Usporedba s podacima o primjeni Uredbe 883/04 za slučajeve za koje je potrebno prethodno odobrenje.....	28
5.4. Usporedba s podacima o primjeni Uredbe 883/04 za neodgodivu zdravstvenu zaštitu	31
5.5. Podaci za druge države članice EU	33
5.6. Informiranost građana o pravima iz Direktive	34
5.7. Uloga i podaci o Nacionalnoj kontaktnoj točki za prekograničnu zdravstvenu zaštitu.....	36
5.8. Operacionalizacija e-Zdravstva.....	38
6. Rasprava.....	40
7. Zaključak.....	47
Literatura	49
Sažetak	50
Summary	51
Životopis	52

1. Uvod

Pitanje prava na zdravstvenu zaštitu i uloga države u organizaciji zdravstvenog sustava stalna su tema rasprava na svim razinama društva. Sve moderne države u stalnoj su potrazi za „čarobnom formulom“ uspješne zdravstvene politike, koja bi osigurala sveobuhvatno, solidarno i svima dostupno zdravstvo, zaštitila ranjive skupine društva, a pri tome sve zadržala u zadanim financijskim okvirima.

Ulaskom Republike Hrvatske u Europsku uniju (dalje: EU) ovaj problem pokazao se još složenijim, s obzirom da je na naš sustav zdravstva sada izravno počela utjecati i zdravstvena politika EU, kao zajednice država od kojih svaka ima svoj sustav zdravstva, uvažavajući sve specifičnosti svakog pojedinog sustava.

Samim temeljnim Ugovorom o Europskoj uniji (1), kao i Ugovorom o funkcioniranju Europske unije (2) od osnivanja zajednice država nadalje, kao jedno od temeljnih prava svih njenih građana zajamčena je sloboda kretanja osoba¹, pri čemu se svim građanima mora osigurati zaštita i sigurnost njihovih prava. Kao jedno od osnovnih prava smatra se i pravo na zaštitu zdravlja svih građana EU, te se zaštita tog prava provodi kroz dva bitna područja kojima se bavi EU. Jedno je područje reguliranja socijalne sigurnosti, a drugo javno zdravstvo.

Pod pojmom socijalna sigurnost u EU se podrazumijevaju grane zdravstvenog i mirovinskog osiguranja, kao i područje zapošljavanja. U ovim područjima EU dijeli nadležnost s državama članicama, u smislu da joj je spomenutim temeljnim Ugovorima određeno u kojem opsegu može zadirati u sustave pojedine države.²

Kroz povijest razvoja EU prava, u početku se područje socijalne sigurnosti reguliralo samo u dijelu nužnom za omogućavanje slobode kretanja radnika, kako bi se uspostavio sustav kojim se zaposlenim i samozaposlenim radnicima migrantima omogućio rad i boravak na području drugih država članica bez gubitka prava zbog odlaska iz matične države. Tijekom godina postepeno se područje primjene proširivalo na sve širi krug osoba, da bi danas svi građani EU koji su zdravstveno osigurani u jednoj od država članica imali jasno

¹ Ugovor o Europskoj uniji, Glava IV. Sloboda kretanja osoba, usluga i kapitala, članak 21. Ugovora o funkcioniranju Europske unije propisuje da svaki građanin Unije ima pravo slobodno se kretati i boraviti na državnom području država članica

² Članak 4. Ugovora o Europskoj uniji

definirana i regulirana prava na zdravstvenu zaštitu i ostala prava iz zdravstvenog osiguranja kada žive ili samo privremeno borave na području drugih država članica.

Člankom 168. Ugovora o funkcioniranju Europske unije (2) jasno je ostavljena autonomija država članica u pogledu uređenja zdravstvenog sustava jer sukladno ovoj odredbi zdravstvena zaštita je u nacionalnoj nadležnosti i države članice financiraju i organiziraju svoje zdravstvene sustave te upravljaju njima. Europska unija stoga ne zadire u organizaciju pojedinog sustava, točnije ne dolazi do harmonizacije³ sustava na način da bi svi sustavi država članica trebali biti ustrojeni na isti način. EU stoga utječe prvenstveno na pojedine aspekte sustava kojima se podiže kvaliteta i sigurnost pojedinih prava i usluga građana EU, a u području zdravstvenog osiguranja poduzima sve mjere kojima se omogućava nesmetano kretanje osoba na području EU uz sprečavanje gubitka prava. U cilju toga sustavi zdravstvenog osiguranja država članica se koordiniraju te se na razini EU reguliraju sve situacije u kojima se pojavljuje prekogranični element. Pod prekograničnim elementom može se smatrati niz činjenica, od turističkog boravka na području druge države, rada u jednoj državi, a življenja u drugoj do ciljanog odlaska na područje druge države zbog korištenja zdravstvene zaštite.

U kontinuiranim naporima da se građanima EU olakša i učini dostupnijim korištenje zdravstvenih usluga na području cijele Europske unije, Europska komisija otvorila je 2006. godine raspravu o daljnjem postupanju u području pružanja zdravstvenih usluga. Zdravstvene usluge isključene su iz propisa EU koji reguliraju pružanje ostalih vrsta usluga, te se pojavilo pitanje da li postoji potreba da se ovo područje posebno regulira.

Istovremeno u sve većem broju slučajeva Europski sud zauzima stajalište da građani Europske unije imaju pravo na zdravstvene usluge u drugim državama članicama i u slučajevima koji nisu izrijekom bili regulirani postojećim pravnim propisima. Odluke Suda bile su utemeljene na članku 56. Ugovora o funkcioniranju Europske unije (2), kojim se zabranjuju ograničenja slobode pružanja usluga unutar Unije i postojala je potreba omogućiti da se ta prava koriste u praksi. Presude su u tom trenutku doprinijele relativnoj pravnoj nesigurnosti zbog različitosti zdravstvenih sustava država članica, posebno u dijelu prava na povrat troškova i ostvarivanja zdravstvenih usluga. Novim pravnim propisom je također trebalo jasno odrediti odnos između pravila o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti i postojeće

³ harmonizacija prava, postupak kojim se između određenih pravnih poredaka postiže usklađenost zakonodavstava. Harmonizacija prava razlikuje se od unifikacije prava, kojom se postiže jedinstvenost rješenja

pravne regulative u području koordinacije sustava socijalne sigurnosti sukladno Uredbi (EZ) br. 883/2004 Europskog parlamenta i Vijeća od 29. travnja 2004. o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti (u daljnjem tekstu: Uredba 883/04) (3).

Iz ovih je razloga Glavna uprava za zdravlje i sigurnost hrane (DG SANTE - tada još DG SANCO) Europske komisije započela 2006. godine javne konzultacije o ovoj temi, nakon kojih je zaključeno da je potrebno donijeti općeniti zakonodavni okvir za ostvarivanja prava po stajalištu Europskog suda (4).

U trenutku odluke o potrebi donošenja novog propisa postojala je snažna politička volja da se nova Direktiva o pravima pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti donese u najkraćem roku, ali je unatoč tome postupak donošenja i konzultacija na svim predviđenim razinama potrajao godinama. Stajalište o konačnom tekstu tako Europski parlament zauzima na drugom čitanju prijedloga teksta, u siječnju 2011. godine. Tada je postavljen detaljan pravni okvir koji se fokusira na tri glavna područja: pravila vezana uz povrat troškova prekogranične zdravstvene zaštite, odgovornosti država članica vezano uz prekograničnu zdravstvenu zaštitu i suradnja između zdravstvenih sustava država članica (4)

Definirana su područja koja je trebalo regulirati, posebice pitanje prava na korištenje zdravstvene zaštite i povrat troškova na području drugih država članica, koja nisu bila regulirana Uredbom 883/04, zatim korištenje lijekova osnovom recepata izdanih od liječnika u drugoj državi članici, E-zdravstvo i druga pitanja izravno vezana uz prekogranično korištenje zdravstvene zaštite. U skladu s temeljnim ugovorima, niti ovim propisom ne zadire se u slobodu država članica da same organiziraju svoje sustave zdravstvenog osiguranja i zdravstva na način koji smatraju odgovarajućim, dok se ova Direktiva bavi reguliranjem prava osoba te daje poticaj državama da intenzivno surađuju u području prekogranične zdravstvene zaštite. Kao što Đukanović (5) navodi, Direktiva u potpunosti poštuje razlike u nacionalnim sustavima zdravstvene zaštite i odgovornosti država članica za organizaciju i pružanje zdravstvenih usluga i zdravstvene zaštite.

U postupku donošenja su na sam sadržaj dokumenta izravan utjecaj imale i države koje su u pojedinom trenutku predsjedale Europskim vijećem, tako da se pojedine odredbe mogu pojasniti stavljanjem u kontekst trenutka u kojem su predložene. Tako je npr. Kraljevina Španjolska, koja je Europskim vijećem predsjedala u prvom dijelu 2010. godine, jedna od država članica koja za osigurane osobe drugih država članica koje žive na njenom

području obračunava troškove zdravstvene zaštite u fiksnim, a ne osnovom stvarnih iznosa⁴. Sukladno predloženim definicijama nadležnosti, iz navedenog bi proizlazilo da bi Španjolska bila nadležna za troškove i osiguranih osoba drugih država članica koje prebivaju na njenom području. Stoga je Španjolska za vrijeme svojeg predsjedanja intervenirala u tekst Direktive s prijedlogom da se jasno riješi pitanje troškova osiguranih osoba država članica koje prebivaju van matične države, kao i da se predvidi posebno izvješće država koje koriste obračun u fiksnim iznosima o financijskom utjecaju Direktive na njihove sustave.

Vezano uz mobilnost pacijenata Peeters (6) zaključuje da analiziranje potencijalnog utjecaja Direktive na zdravstvene sustave, pacijente i liječnike, u fazi donošenja pokazivalo je da učinak Direktive seže puno dalje od same mobilnosti pacijenata. Direktivom su se stvarala prava pacijenata, počela obraćati pozornost na kvalitetu i sigurnost zdravstvenih usluga i stvarati nove strukture suradnje na području zdravstvene zaštite. Ovom idejom Europska unija čini se spremna koristiti svoje ekonomske mogućnosti za poboljšanje zdravstvene zaštite za sve europske pacijente.

Nakon postizanja konsenzusa svih dionika oko sadržaja direktive i završetka predviđenog postupka donosi se Direktiva 2011/24/EU Europskog parlamenta i Vijeća od 9. ožujka 2011. o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi (u daljnjem tekstu: Direktiva) (7). Direktiva je stupila na snagu 24. travnja 2011. godine, a sama primjena nakon što su je u svoja zakonodavstva prenijele države članice počela je s 25. listopada 2013. godine.

U području zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite u tom se trenutku radilo o pravnom aktu od kojeg su se očekivali znatni pomaci u olakšavanju i omogućavanju mobilnosti pacijenata, podizanju kvalitete zdravstvene zaštite i jasnom utvrđivanju uvjeta pod kojima pacijent može putovati u drugu državu EU-a radi dobivanja sigurne i kvalitetne zdravstvene zaštite i ostvariti nadoknadu troškove od nadležnog zdravstvenog osiguranja.

⁴ Annex 3. Uredbe (EZ) br. 987/2009 Europskog parlamenta i Vijeća od 16. rujna 2009. o utvrđivanju postupka provedbe Uredbe (EZ) br. 883/2004 o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti

1.1. Pravni okvir

Kako su direktive pravni propisi Europske unije, točnije jedan od pravnih izvora europskog zakonodavstva, važno je staviti ih u kontekst drugih pravnih propisa koji reguliraju područje zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja, kao i propisa Republike Hrvatske koji su u primjeni u ovom području.

1.1.1. Europsko zakonodavstvo

Prema temeljnim ugovorima o EU, zakonodavne ovlasti u Europskoj uniji podijeljene su između Europske komisije, Europskog parlamenta i Europskog vijeća. Europska unija donosi pravne propise i usmjerava države članice u područjima svoje nadležnosti kroz niz pravnih propisa različite pravne snage, o kojima konsenzus moraju postići sve tri spomenute institucije EU.

Kada se radi o pitanjima iz nadležnosti EU, koja su od iznimne važnosti i kojima je cilj da ih sve države članice provode na isti način i pod istim uvjetima, donose se uredbе. Uredbe imaju nadnacionalni karakter, opću primjenu, obvezujuće su u cijelosti i neposredno se primjenjuju u svim državama članicama. Ukoliko je pojedini nacionalni propis u suprotnosti s pojedinom uredbom EU, uvijek će se na određenu pravnu situaciju primijeniti odredbe uredbe.

U slučaju reguliranja pojedinog područja kod kojeg se državama članicama prepušta djelomično mogućnost utjecaja na samu materiju koja se regulira u smislu metode kojom će se neki cilj postići, donose se direktive. Direktive su obvezujuće u pogledu rezultata koje treba postići, ali ih svaka država članica prenosi u vlastito zakonodavstvo i kod njih nema direktne primjene.

EU još donosi i odluke, koje su u cijelosti obvezujuće, te preporuke i mišljenja, koji nemaju obvezujuću snagu, ali se smatra uobičajenom praksom da se poštuju u postupanju država članica.

Veliku ulogu u europskoj zakonodavstvu imaju i presude Europskog suda pravde (ECJ), koje su obvezujuće za sve države članice. Tako je presuda koja se odnosi na jednu državu članicu obvezujuća za sve ostale države članice u smislu presedana, kakav inače ne

poznaje hrvatski pravni sustav, te je samim time ovo jedna od najvećih posebnosti europskog zakonodavstva.

1.1.2. EU zakonodavstvo u području zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja

Europska komisija, kao izvršno tijelo EU predlaže i provodi zakonodavstvo EU te provodi politike EU u svim područjima iz njene nadležnosti. Za pojedina područja tako su provedbeno u svakodnevnom radu zadužene tzv. Glavne uprave.

U području socijalne sigurnosti nadležna je Glavna uprava za zapošljavanje, socijalna pitanja i uključivanje (DG EMPL), dok je u području pružanja zdravstvenih usluga i javnog zdravstva nadležna Glavna uprava za zdravlje i sigurnost hrane (DG SANTE).

Najvažniji pravni propis u području socijalne sigurnosti, a time i zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite je Uredba 883/2004. Ovom Uredbom reguliraju se sve situacije kada osigurane osobe jedne države članice prebivaju ili borave na području druge države članice. Precizno se određuje koja prava ostvaruju u pojedinim situacijama, na koji način i pod kojim uvjetima te se garantira osobama koje se kreću unutar EU-a da zbog odlaska iz matične države neće biti zakinute za pojedino pravo i da će prava iz područja socijalnog osiguranja, pod koji spada i zdravstveno osiguranje, moći koristiti neovisno o tome u kojoj državi članici žive, rade ili borave.

Tako je recimo za slučajeve boravka na području druge države članice propisana mogućnost korištenja neodgodive zdravstvene zaštite⁵ osnovom Europske kartice zdravstvenog osiguranja. Temeljem ove kartice osiguranici Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, koji se za vrijeme privremenog boravka na području druge države članice EU iznenada razbole, ozlijede ili dožive nesreću, imaju pravo koristiti zdravstvenu zaštitu koja se ne može odgoditi do planiranog povratka u Hrvatsku, a na teret Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Općenito, osnovno pravilo sukladno EU propisima je da se osiguranici drugih država članica pri korištenju zdravstvene zaštite izjednačuju s osiguranicima države boravka, te prava koriste na isti način i pod istim uvjetima.

⁵ Članak 19. Uredbe 883/04, pod neodgodivom zdravstvenom zaštitom smatra se pravo na davanja u naravi koja su iz medicinskih razloga nužna, uzimajući u obzir prirodu davanja i očekivanu dužinu privremenog boravišta

Za planiranu zdravstvenu zaštitu također je propisan postupak koji se mora provesti kako bi osiguranik ostvario pravo na liječenje na teret nadležnog zdravstvenog osiguranja. U svim je slučajevima potrebno zahtjev za odobrenje podnijeti nadležnom osiguranju prije odlaska na liječenje, a odobrenje se može dobiti ako se liječenje ne može u matičnoj državi ostvariti u medicinski opravdanom roku⁶.

1.1.3. Koordinacija sustava socijalne sigurnosti

Ugovorom o funkcioniranju EU (2) određeno je da Europska komisija potiče suradnju među državama članicama i olakšava koordinaciju njihova djelovanja u svim područjima socijalne politike, posebice u pitanjima koja se odnose na, između ostalog, socijalnu sigurnost, te da se pri djelovanju Europske unije poštuje odgovornost država članica za utvrđivanje njihove zdravstvene politike i organizaciju i pružanje zdravstvenih usluga i zdravstvene zaštite. Europska unija je nadležna za poduzimanje djelovanja kojima se podupiru, koordiniraju ili dopunjuju djelovanja država članica.

Navedeno jasno određuje da je svaka država članica samostalna u uređivanju i organizaciji vlastitog sustava zdravstva i zdravstvenog osiguranja, točnije sustavi država članica se ne harmoniziraju. Između država članica tolike su nepremostive socijalne, ekonomske, običajne, kao i niz drugih različitosti, da bi postavljanje zajedničkog jedinstvenog standarda zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja u svim državama članicama bio u potpunosti neprovediv projekt. Iz tog razloga EU u ovom području regulira isključivo situacije s prekograničnim elementom, a sve u cilju olakšavanja korištenja jednog od osnovnih prava i načela, a to je sloboda kretanja.

Poseban ugovor o primjeni propisa o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti s EU imaju i države Europskog gospodarskog prostora (Norveška, Island i Lihtenštajn) te Švicarska, tako da ista pravila vrijede i na području tih država. Osnovno pravilo je da svaki građanin EU može u danom trenutku biti osiguran u samo jednoj državi članici, koja je potom nadležna za troškove zdravstvene zaštite svojeg osiguranika na području svih država

⁶ Članak 20. stavak 2. Uredbe 883/04, odobrenje se daje u slučaju kada je liječenje uvršteno u davanja predviđena zakonodavstvom države članice u kojoj dotična osoba prebiva i ako ga ne može ostvariti unutar medicinski opravdanog vremenskog razdoblja, uzimajući u obzir njezino trenutno zdravstveno stanje i vjerojatan razvoj njezine bolesti

s kojima se provodi koordinacija. S obzirom da postoji niz životnih situacija u kojima pojedinac npr. živi na području jedne države članice, u radnom odnosu je na području druge, pri tome na području treće ima samostalnu djelatnost, a jedno od djece mu se školuje u četvrtoj državi članici, najvažnije je utvrditi koja se država smatra nadležnom za zdravstveno osiguranje. U tom smislu Europska komisija donijela je niz pravnih propisa koji uređuju ovo pitanje preciznim pravilima o obvezi osiguranja.

Koordinacija sustava socijalne sigurnosti, točnije nama od interesa zdravstvenog osiguranja provodi se već desetljećima, s obzirom da je prva uredba koja je regulirala ovo područje i koju su sve države članice bile obvezne primjenjivati donesena još 1971. godine (Uredba Vijeća (EEZ) br. 1408/71), dok je sada važeća donesena 2004. godine, a u primjeni je od 2009. godine. Trenutačno se na razini Europske komisije raspravlja o promjenama Uredbe 883/04, ali se radi o vrlo osjetljivom području za koje je iznimno teško postići konsenzus svih država članica te provesti cjelokupnu zakonodavnu proceduru.

Zbog specifičnosti i zahtjevnosti koordinacije sustava socijalne sigurnosti, osnovano je i posebno tijelo Europske komisije koje se bavi isključivo ovim područjem, Administrativna komisija o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti. U radu ove komisije sudjeluju sve države članice, uz obvezne kvartalne sastanke na kojima se raspravlja o svim uočenim problemima. Administrativna komisija također nadgleda rad država članica.

1.1.4. Najvažnije presude Europskog suda pravde u području prekogranične zdravstvene zaštite

Tijekom dugogodišnje primjene uredbi o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti, u praksi je uočeno nekoliko pravno neuređenih situacija koje su dovele do toga da pojedini građani EU nisu bili u mogućnosti ostvariti pravo na zdravstvenu zaštitu na području druge države članice. Tako je sigurno najpoznatiji slučaj gospođe Watts iz 2006. godine⁷, britanske umirovljenice koja je trebala operaciju kuka. Kako su u Velikoj Britaniji bile iznimno duge liste čekanja za operaciju, gđa Watts otišla je na operaciju u Francusku i potom od svojeg britanskog zdravstvenog osiguranja zatražila povrat plaćenih troškova. Zahtjev joj je odbijen i u konačnici je zaštitu svojih prava potražila pred Europskim sudom. Sud je donio jednu od

⁷ C-372/04 - Judgment of the Court (Grand Chamber) of 16 May 2006., The Queen, on the application of Yvonne Watts v Bedford Primary Care Trust and Secretary of State for Health

značajnih presuda vezanih uz prekograničnu zdravstvenu zaštitu, zauzevši stav da države članice imaju pravo propisati obvezu prethodne suglasnosti za odlazak na liječenje na područje druge države, ali da takvu suglasnost ne mogu odbiti dati ako osoba ne može pravo na zdravstvenu zaštitu u matičnoj državi ostvariti u medicinski opravdanom roku. Pojam medicinski opravdanog roka uvodi se potom i u zakonodavstvo kao kriterij za odobravanje planirane zdravstvene zaštite na području druge države. Također, vrlo su važne i presude Europskog suda pravde u slučajevima Decker⁸ i Kohll⁹, u kojima su osiguranici jedne države članice koristili zdravstvene usluge na području druge, bez prethodnog odobrenja njihovog zdravstvenog osiguranja, iz kojeg im je razloga uskraćen povrat plaćenih troškova. U spomenutim slučajevima radilo se o kupljenim naočalama i ortodontskom aparatiću u drugoj državi članici, osnovom uputnica izdanih u matičnoj državi. Sud je u ovim slučajevima zauzeo stajalište da se onemogućavanje ostvarivanja prava na spomenute zdravstvene usluge na području druge države članice smatra suprotnim slobodama zajamčenim temeljnim Ugovorom, posebice kretanja osoba, ali i kretanja roba i pružanja usluga.

1.1.5. Prenošenje Direktive u zakonodavstvo Republike Hrvatske

Zakonodavstvo Europske unije čine Ugovori o osnivanju Europske unije i njezinom funkcioniranju te uredbe, direktive i odluke koje imaju izravan i neizravan učinak na države članice.

Direktive se za razliku od uredbi na primjenjuju izravno, već su sve države članice dužne njihov sadržaj prenijeti u vlastito zakonodavstvo u zadanom roku. Tako je samom Direktivom, koja je stupila na snagu 24. travnja 2011. godine, jasno propisano da države članice donose zakone i druge propise potrebne za usklađivanje s Direktivom do 25. listopada 2013. godine.

Radi se o razdoblju u kojem su trajale intenzivne pripreme za pridruživanje Republike Hrvatske Europskoj uniji, tijekom koji je s aquis-om trebalo uskladiti niz nacionalnih propisa, tako da je prenošenje Direktive bilo samo jedno od područja u kojima je europske propise trebalo uklopiti u naše zakonodavstvo.

⁸ C-120/95 - Judgment of the Court of 28 April 1998., Nicolas Decker v Caisse de maladie des employés privés

⁹ C-158/96 - Judgment of the Court of 28 April 1998. Raymond Kohll v Union des caisses de maladie.

Predlagatelj zakonodavnih promjena i nositelj zadatka prenošenja Direktive bilo je Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske (tada Ministarstvo zdravlja), koje je 21. svibnja 2012. godine osnovalo Povjerenstvo za primjenu Direktive 2011/24/EU Europskog parlamenta i Vijeća o primjeni prava pacijenata u prekograničnom zdravstvenom osiguranju (8). Povjerenstvo je bilo sastavljeno od predstavnika nadležnog Ministarstva, predstavnika Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo te Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

U svojem je radu Povjerenstvo detaljno raspravilo sve odredbe Direktive, posebno one od izravnog utjecaja na prava građana na prekograničnu zdravstvenu zaštitu, te utvrdilo koje je promjene potrebno unijeti u Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju te druge propise na koje je ova Direktiva bila od utjecaja.

Kao prioritet je tada postavljena izmjena Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (u daljnjem tekstu: ZOZO), koja je bila neophodna kako bi se omogućilo korištenje prava na povrat plaćenih troškova u drugoj državi članici odmah po početku primjene Direktive.

Također je dogovoreno da Nacionalna kontaktna točka za prekograničnu zdravstvenu zaštitu, koju mora imati svaka država članica, bude Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Sve promjene vezane uz ZOZO tako su stavljene u zakonodavnu proceduru i Hrvatski sabor je novi ZOZO donio na sjednici 21. lipnja 2013. godine (9). ZOZO je stupio na snagu danom pristupanja Republike Hrvatske Europskoj uniji, a odredbe o pravima prenijetim iz Direktive danom početka primjene određenim od Europske komisije, 25. listopada 2013. godine.

Kako je ZOZO-om određeno da je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje Nacionalna kontaktna točka za prekograničnu zdravstvenu zaštitu, i u tom su smislu izvršene određene prilagodbe provedbenih propisa, a posebno Statuta Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje kojim su jasno propisane nadležnosti i uloga Nacionalne kontaktne točke za prekograničnu zdravstvenu zaštitu.

Europska komisija detaljno je pratila postupak prenošenja Direktive u državama članicama te je od svih država zatražila dostavu usklađenih zakonskih propisa. Nakon detaljne provjere, od Republike Hrvatske zatraženi su i dodatni podaci u područjima primjene Direktive za koje je Europska komisija smatrala da nisu u cijelosti preneseni u hrvatsko zakonodavstvo. Tako je tijekom 2014. godine iznimno detaljno provjerena

usklađenost hrvatskog zakonodavstva s Direktivom, nakon čega je službeno potvrđeno da su ispunjeni svi uvjeti i kriteriji u cilju omogućavanja hrvatskim građanima-osiguranim osobama Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje korištenje novih prava iz područja zdravstvene zaštite.

Direktiva je davala slobodu državama članicama da uvjetuju pokriće troškova zdravstvene zaštite u drugoj državi prethodnim odobrenjem. U planiranu zdravstvenu zaštitu uz prethodno odobrenje spada bolničko liječenje, odnosno ono liječenje u kojem je potreban boravak pacijenta u bolnici i preko noći pri čemu je načelan dogovor da to znači da pacijent u ponoć mora biti u bolnici (10). Nadalje, to je ona zdravstvena zaštita koja zahtijeva uporabu visokospecijalizirane i skupe medicinske infrastrukture ili medicinske opreme, te konačno – on postupci liječenja koji predstavljaju poseban rizik za osiguranu osobu ili stanovništvo.

U postupku prenošenja Direktive u ZOZO definirano je da je uvijek potrebno zatražiti prethodnu suglasnost za liječenje ako to liječenje uključuje dan ležanja u bolnici ili ako se u korištenim zdravstvenim uslugama koristi posebno skupa oprema.

Ostale zdravstvene usluge mogu se ostvarivati bez prethodnog odobrenja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje te je zato bilo potrebno precizno propisati slučajeve za koje je potrebno odobrenje. Pri tome se pojavio problem definiranja visokospecijalizirane i skupe medicinske infrastrukture i postupaka liječenja koji predstavljaju poseban rizik za osiguranu osobu ili stanovništvo. Također je u postupku donošenja provedbenih propisa Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje postavljeno pitanje što se smatra skupom opremom, jer ovisno o platežnoj moći pojedine države članice i pojam „skupo“ se relativizira.

Važan propis koji je potrebno spomenuti je i Pravilnik o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti (11), koji do detalja propisuje postupke vezane uz korištenje prava iz Direktive, a također je donesena i Odluka o popisu postupaka liječenja koji se provode u okviru planirane prekogranične zdravstvene zaštite (12) kojom se točno definiraju postupci za koje je potrebna prethodna suglasnost. Na popisu se nalaze sljedeći postupci: PET-CT, MR i MR 3T, CT i MSCT, SPECT mozga, Radioizotopna dijagnostika, 3D i 4D ultrazvuk, Endoskopije (svih vrsta), Ergometrija, IVF, HBOT, Denzitometrija, Kemoterapija, radioterapija, Angiografije/koronarografije, Gamma knife i Endoskopske operacije.

Prenošenje Direktive u nacionalna zakonodavstva država članica nije prošlo u cijelosti bez problema. Naime, iz Tematskog izvješća Revizorskog suda EU (13) vidljivo je

da je Europska Komisija nakon datuma početka primjene Direktive pokrenula 26 postupaka zbog povrede zbog kasnog ili nepotpunog obavješćivanja o mjerama prenošenja kao i 21 postupak zbog povrede zbog kasnog ili nepotpunog prenošenja Provedbene direktive o priznavanju medicinskih recepata izdanih u drugoj državi članici. Nakon što su sve države članice, uključujući i Hrvatsku dostavile potpune obavijesti o provedenom postupku prenošenja, postupci su zaključeni do kraja 2018. godine.

1.2. Uloga Direktive u odnosu na druge propise koji reguliraju pravo na prekograničnu zdravstvenu zaštitu

Kako bi se nakon nekoliko godina primjene Direktive moglo utvrditi da li je svrha koja se htjela postići doista i ostvarena, potrebno ju je promatrati u odnosu na sve druge pravne instrumente koji reguliraju ovo područje. Ulaskom Republike Hrvatske u EU dolazi do primjene više paralelnih sustava osnovom kojih se ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu u inozemstvu. Zbog lakšeg snaženja u Tablici 1. nalazi se usporedni prikaz prava po Direktivi, Uredbi 883/04 i ZOZO-u. U Tablici su spomenuti i ugovori o socijalnom osiguranju koje je Republika Hrvatska sklopila s drugim državama, koji se ne primjenjuju na iste slučajeve kao EU propisi zbog teritorijalnog područja primjene ali ih je važno spomenuti radi prikaza kompleksnosti regulative u području korištenja prekogranične zdravstvene zaštite.

Tablica 1. Usporedni prikaz prava na prekograničnu zdravstvenu zaštitu

	Direktiva	Uredba 883/04	Ugovori o socijalnom osiguranju	ZOZO
sektor	javni i privatni	samo javni	samo javni	javni i privatni u inozemstvu
liječenja za koje se pokrivaju troškovi	liječenja koja su pacijentima dostupna u okviru zdravstvenog osiguranja njihove matične države	liječenja koja su pacijentima dostupna u okviru nacionalnog zdravstvenog osiguranja druge države EU, EEA i Švicarske	liječenja koja su pacijentima dostupna u okviru nacionalnog zdravstvenog osiguranja države ugovornice	liječenje koje se ne provodi u ugovornim zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj, a može se uspješno provesti u inozemstvu, hitno liječenje za vrijeme privremenog boravka u trećim državama ¹⁰

¹⁰ Treće države su sve države van EU, EEA i Švicarske, s kojima Republika Hrvatska nema ugovor o socijalnom osiguranju

	Direktiva	Uredba 883/04	Ugovori o socijalnom osiguranju	ZOZO
prethodno odobrenje	potrebno pod određenim okolnostima	uvijek potrebno za planiranu zdravstvenu zaštitu	uvijek potrebno za planiranu zdravstvenu zaštitu	uvijek potrebno za planiranu zdravstvenu zaštitu
		nije potrebno u hitnim slučajevima	nije potrebno u hitnim slučajevima	za hitnu zdravstvenu zaštitu potrebno prethodno osiguranje
visina nadoknade troškova	nadoknada sukladno ugovornim cijenama HZZO-a za istovrsnu uslugu	nadoknada po cijenama države liječenja (osim troškova participacije)	nadoknada po cijenama države liječenja (osim troškova participacije)	nadoknada po cijenama države liječenje pod određenim uvjetima
način plaćanja	pacijenti plaćaju unaprijed, a troškovi im se nadoknađuju kasnije	obračun troškova između država, od pacijenata se ne traži da plaćaju unaprijed	obračun troškova između država za hitnu zdravstvenu zaštitu, za planiranu samo s državama s kojima je to predviđeno ¹¹	s državama EU, EEA i Švicarskom, kao i ugovornim državama obračun troškova između država, u trećim državama izravno plaćanje pružatelju usluge
države na koje se primjenjuje	sve države članice EU-a i EEA-e	sve države članice EU-a i EEA-e + Švicarska	države s kojima Republika Hrvatska ima ugovore o socijalnom osiguranju (BiH, Srbija, Crna Gora, Makedonija, Turska)	sve države članice EU-a i EEA-e + Švicarska, ugovorne države i treće države

¹¹ Predviđeno ugovorima o socijalnom osiguranju s Crnom Gorom, Makedonijom i Turskom

2. Cilj i svrha rada

Osnovni je cilj rada razjasniti na koji je način primjena EU propisa utjecala na sustav obveznog zdravstvenog osiguranja Republike Hrvatske s pravnog i ekonomskog aspekta, posebice u smislu primjene Direktive koja donosi promjene u području prava na korištenje prekogranične zdravstvene zaštite u EU. Također, kako se radi o analizi zdravstvene politike Europske unije u području prekogranične zdravstvene zaštite, rad će utvrditi da li su zadani ciljevi Direktive ostvareni u Republici Hrvatskoj, točnije da li je Direktiva omogućila povećanu mobilnost pacijenata u korištenju zdravstvene zaštite van Hrvatske.

Specifični ciljevi rada su:

1. Utvrditi koji je bio izravni utjecaj prenošenja Direktive na propise koji reguliraju područje zdravstvenog osiguranja,
2. Usporediti Odnos Direktive i ostalih EU propisa u području prekogranične zdravstvene zaštite koji su izravno primjenjivi u Republici Hrvatskoj
3. Utvrditi utjecaj na poslovanje Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje,
4. Utvrditi u kojem je opsegu došlo do promjene u samom načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite
5. Utvrditi na koji je način Direktiva utjecala na prava pacijenata
6. Usporediti promjene u RH s učinkom i primjenom Direktive u drugim državama članicama.

3. Hipoteze

Direktiva nije postigla očekivane ciljeve koji su proizlazili iz zdravstvene politike Europske komisije, te se ovaj pravni instrument koji je trebao povećati i olakšati korištenje prekogranične zdravstvene zaštite na području EU nije do sada pokazao učinkovitim.

Nije došlo do značajnijeg utjecaja na poslovanje Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, kao ni na prava pacijenata u Republici Hrvatskoj.

Prekogranična zdravstvena zaštita i nakon početka primjene Direktive koristi se dominantno osnovom postojećih drugih pravnih instrumenata, posebice uredbi EU u području koordinacije sustava socijalne sigurnosti.

4. Materijali i metode

4.1. Vremenski okvir istraživanja

Rad obrađuje razdoblje od pripreme za donošenje Direktive 2011/24/EU Europskog parlamenta i Vijeća od 9. ožujka 2011. o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi do danas. Ovaj period uključuje proces pripreme Direktive prije njenog stupanja na snagu 2011. godine, zatim procese preuzimanja obveze svih država članica EU da je transponiraju u vlastito zakonodavstvo te promjene i učinke tijekom tri godine primjene u Republici Hrvatskoj (2015. do 2017. godina).

4.2. Praćenje promjena na EU razini

Usporedbom dostupnih statističkih izvješća Europske komisije od početka primjene Direktive, točnije za 2014. godinu i nadalje, utvrđuje se trend korištenja prekogranične zdravstvene zaštite od strane hrvatskih osiguranika, odnosno da li se primjećuje porast ili smanjenje korištenja prava osnovom Direktive, te u konačnici da li je Direktiva postignula svrhu koja je predviđena kroz zdravstvenu politiku Europske unije u prekograničnog zdravstvenoj zaštiti. Također, utvrđuje se da li je način praćenja podataka od strane Europske komisije odgovarajući za dobivanje cjelokupne slike o mobilnosti pacijenata osnovom Direktive, s obzirom na paralelne sustave pravnih mogućnosti korištenja zdravstvene zaštite na području drugih država članica, Uredbi koji uređuju ovo područje kao i hrvatskim propisa o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti.

Kako bi se objasnilo kako je došlo do donošenja ove Direktive, koja se smatra najznačajnijim pomakom u području prekogranične zdravstvene zaštite u EU u posljednje vrijeme, koriste se dostupni podaci Europske komisije i svih njenih tijela uključenih u donošenje i provedbu ove Direktive (DG SANTE i DG EMPL).

4.3. Praćenje učinka na Republiku Hrvatsku

Za prikaz utjecaja na hrvatski sustav zdravstvenog osiguranja koriste se podaci Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i Ministarstva zdravstva, kao i službena izvješća Europske komisije o primjeni Direktive.

Kako bi se pokazao način prenošenja EU propisa koje je svaka država članica EU dužna prenijeti u svoje zakonodavstvo opisuje se i sam postupak donošenja relevantnih zakonskih promjena pri nadležnim institucijama s detaljnim opisom prava iz zdravstvenog osiguranja kod kojih je došlo do promjene.

Kako se u ovom području od ulaska Republike Hrvatske u EU primjenjuje niz nadnacionalnih pravnih propisa (Uredbe o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti), donošenjem Direktive dolazi do paralelne primjene ovih instrumenata, utvrđuje se da li je i kako ova interakcija utjecala na primjenu same Direktive.

Analizom službenih izvješća Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, posebice godišnjeg financijskog izvješća, i usporedbom izvješća za promatrano razdoblje prije početka primjene Direktive utvrđuje se izravan financijski učinak na hrvatski sustav zdravstvenog osiguranja, točnije da li je došlo do značajnog povećanja/smanjenja troškova prekogranične zdravstvene zaštite.

4.4. Praćenje utjecaja na druge države EU

Analizom službenih izvješća EU institucija i dostupnih podataka iz drugih država članica utvrđuje se postoji li povezanost ekonomske stabilnosti i snage pojedine države s korištenjem prava na zdravstvenu zaštitu predviđenu odredbama Direktive, te državljani kojih država članica najviše koriste mogućnosti predviđene Direktivom.

4.5. Praćenje učinka na prava i informiranost pacijenata

Iz podataka Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, kao i dostupnih izvješća EUROBAROMETER-a utvrđuje se i na koji je način Direktiva utjecala na same pacijente, točnije njihovu mogućnost i pravo da zdravstvenu zaštitu koriste na području drugih država članica EU.

Kako je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje i Nacionalna kontaktna točka propisana Direktivom, obrađuje se i aspekt pružanja usluga navedene kontaktne točke krajnjim korisnicima, te utjecaj na kvalitetu dostupnih informacija u području prekogranične zdravstvene zaštite.

5. Rezultati

U području prekogranične zdravstvene zaštite na području Europske unije dostupan je niz podataka o broju slučajeva, razlozima korištenja prava, financijskim i pravnim aspektima korištenja prava. Radi se uglavnom o godišnjim izvješćima koja izrađuju nadležne Glavne uprave Europske komisije (10, 14) i koja objedinjavaju podatke iz svojeg područja nadležnosti. Republika Hrvatska od pristupanja Europskoj uniji također je u obvezi dostavljati podatke za ova izvješća te nadležne institucije prate podatke i iskazuju ih i u okviru svojih redovnih izvješća.

Podaci Europske komisije za pojedinu godinu prikupljaju se u pravilu tijekom sljedeće godine, tako da su godišnja izvješća raspoloživa krajem godine koja slijedi godini za koju se izvješće izrađuje. Pojedina izvješća prolaze i postupak potvrđivanja pri nadležnim tijelima Europske komisije, kao npr. godišnje izvješće o podacima vezanim uz koordinaciju sustava socijalne sigurnosti.

5.1. Broj zahtjeva za zdravstvenu zaštitu s prethodnim odobrenjem po Direktivi

U promatranom razdoblju od stupanja na snagu Direktive uočeno je da se relevantnim podacima mogu smatrati tek podaci za 2015. godinu pa nadalje. Kako su države različitim tempom prenosile Direktivu u svoje zakonodavstvo, a potom je u 2014. godini trajao i postupak kontrole od strane Europske Komisije da li su odredbe ispravo prenesene u nacionalna zakonodavstva, puna primjena započela je tek u 2014. godini, tako da je relevantne podatke moguće pratiti tek od izvješća za 2015. godinu. Tako je recimo HZZO u 2014. godini imao samo jedan zahtjev za odobrenje planirane zdravstvene zaštite, ali koji u konačnici nije odobren jer se nije radilo o zdravstvenoj zaštiti koja se u Hrvatskoj nije mogla ostvariti u medicinski opravdanom roku (15).

Broj zahtjeva za planirano liječenje nije se znatno povećao niti tijekom sljedećih godina (10, 15), već je veći broj zahtjeva za povrat troškova postavljen u slučajevima u kojima nije predviđeno prethodno odobrenje.

Tako je u 2015. godini postavljeno 14 zahtjeva, od kojih je odobreno 4, a odbijeno 10, pri čemu su zdravstvene usluge korištene u Austriji, Francuskoj, Njemačkoj i Italiji, a ukupan iznos prava na povrat iznosio je 2.140,00 kn.

U 2016. godini postavljeno je 8 zahtjeva, od kojih je 1 odobren, 1 odbačen a 6 nije odobreno. Zdravstvena zaštita u odobrenom slučaju korištena je u Francuskoj, te je osoba ostvarila pravo na povrat u iznosu od cca 3.000,00 kn.

Tijekom 2017. godine zaprimljeno je 6 zahtjeva, od kojih su 2 odobrena a 4 nije odobreno. Odobrena zdravstvena zaštita korištena je u Francuskoj i Njemačkoj, a osigurane osobe ostvarile su povrat u iznosu od 121.696,68 kn.

Kod svih iznosa koji se navode u kontekstu Direktive važno je napomenuti da se radi o iznosima koliko bi korištena zdravstvena usluga koštala sukladno ugovornom cjeniku Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje te nema podataka u kojem su iznosu osigurane osobe stvarno podmirile trošak zdravstvene zaštite korištene u drugoj državi članici. Prema Direktivi, osigurana osoba sama plaća zdravstvenu zaštitu u cijelosti te traži povrat troškova u matičnoj državi, pri čemu joj se vraća iznos koji za takvu uslugu plaća obvezno zdravstveno osiguranje ugovornim zdravstvenim ustanovama, ako je taj iznos manji od iznosa koji je osigurana osoba platila. Ako je osigurana osoba platila manje nego što zdravstvena usluga košta u Republici Hrvatskoj, onda se iznos vraća u cijelosti. Kako se radi o zdravstvenog zaštiti korištenoj u Francuskoj i Njemačkoj, realno je za pretpostaviti da je u iznos povrata bio manji od stvarnog troška.

5.2. Broj zahtjeva i iznos povrata troškova za zdravstvenu zaštitu za koju nije potrebno prethodno odobrenje po Direktivi

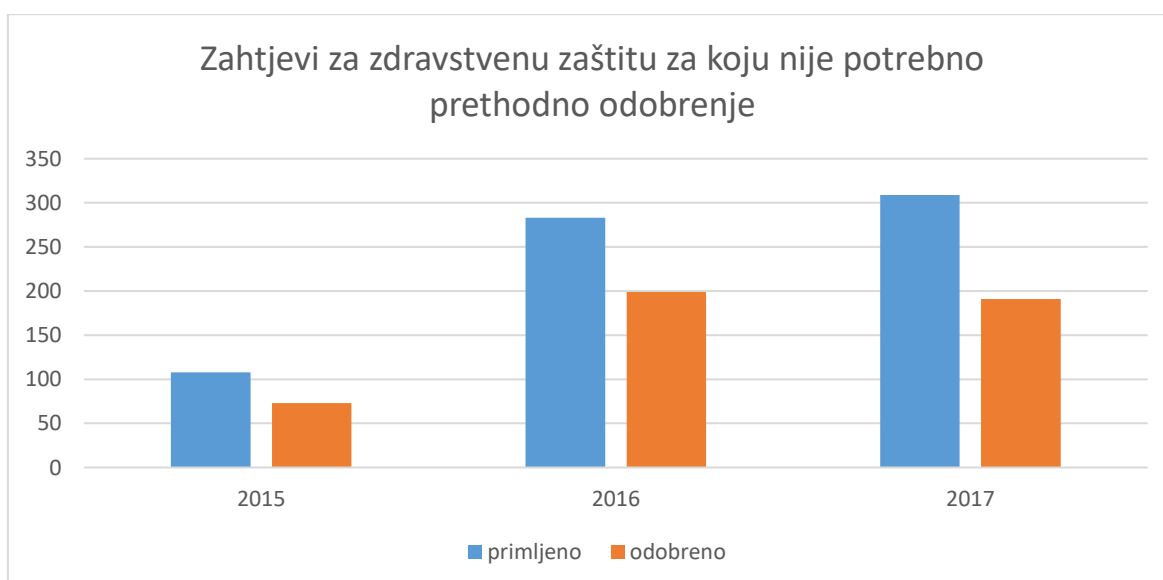
Nešto veći broj zahtjeva odnosi se na zdravstvenu zaštitu za koju nije potrebno prethodno odobrenje, u najvećem broju slučajeva za neodgodivu zdravstvenu zaštitu (10, 15).

U 2015. godini radilo se o ukupno 108 zahtjeva od kojih je odobreno 73, u 2016. godini 283 od kojih je odobreno 199 a u 2017. godini 309 zahtjeva od kojih je odobreno 155.

Tablica 2. Brojčani prikaz zahtjeva za povrat troškova za zdravstvenu zaštitu za koju nije potrebno prethodno odobrenje za razdoblje od 2015. do 2017. godine.

	2015	2016	2017
Ukupan broj zahtjeva	215	283	309
Broj odobrenih zahtjeva	73	199	191

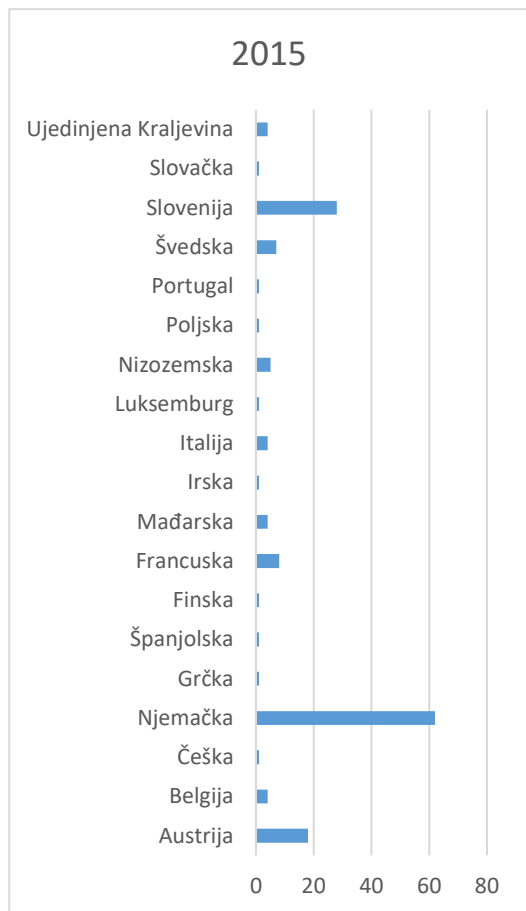
Slika 1. Prikaz zahtjeva za zdravstvenu zaštitu za koju nije potrebno prethodno odobrenje po Direktivi



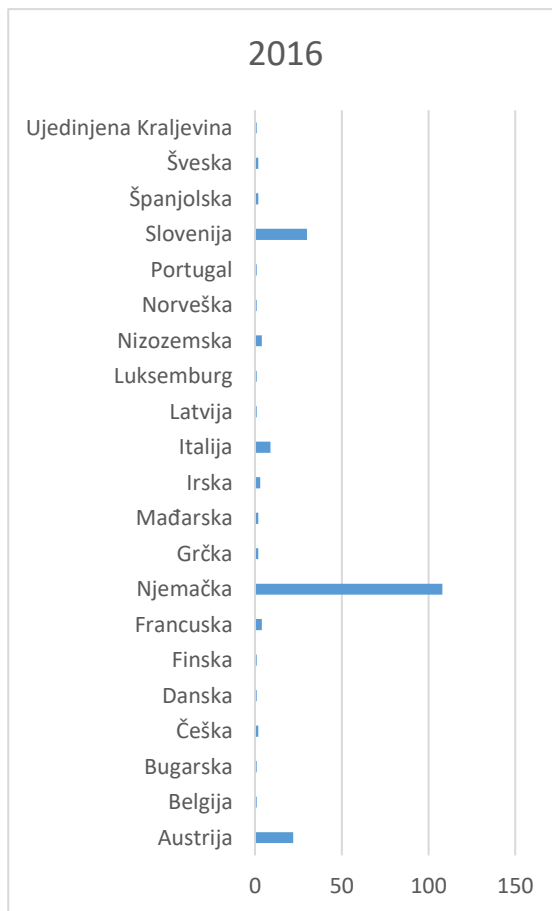
U tim slučajevima zdravstvena zaštita dominantno je korištena u Njemačkoj, Sloveniji i Austriji, ali da su slučajevi korištenja zabilježeni i drugim državama članicama (slike 2., 3. i 4.).

Slike 2., 3. i 4. Prikazi odobrenih zahtjeva za koje nije bilo potrebno prethodno odobrenje po državama i po godinama

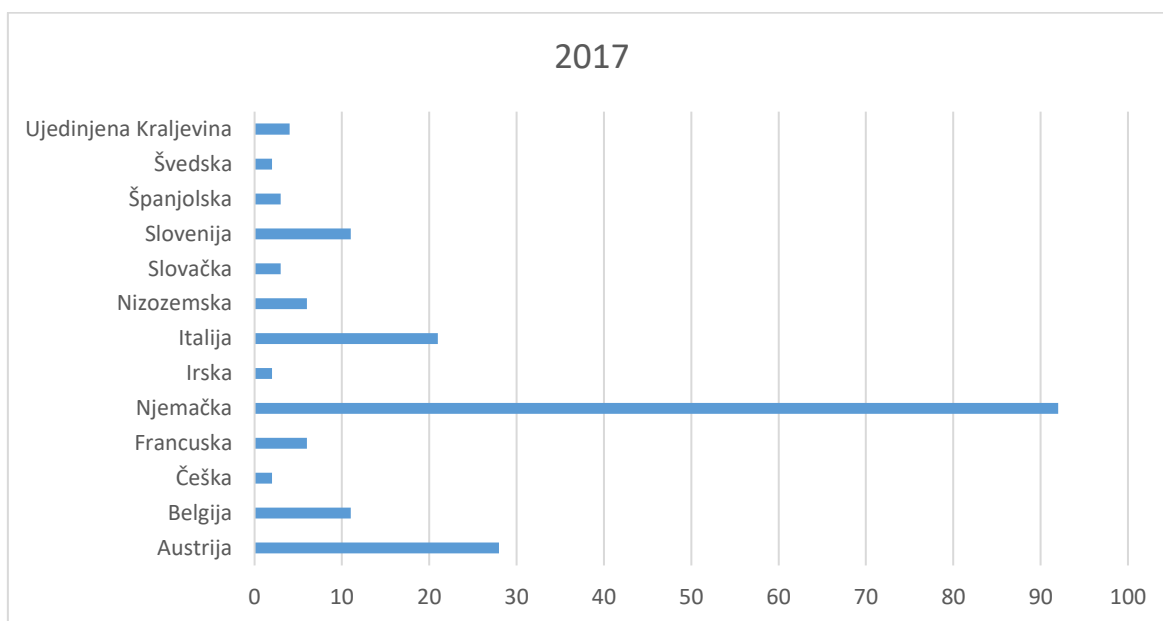
Slika 2.



Slika 3.



Slika 4.

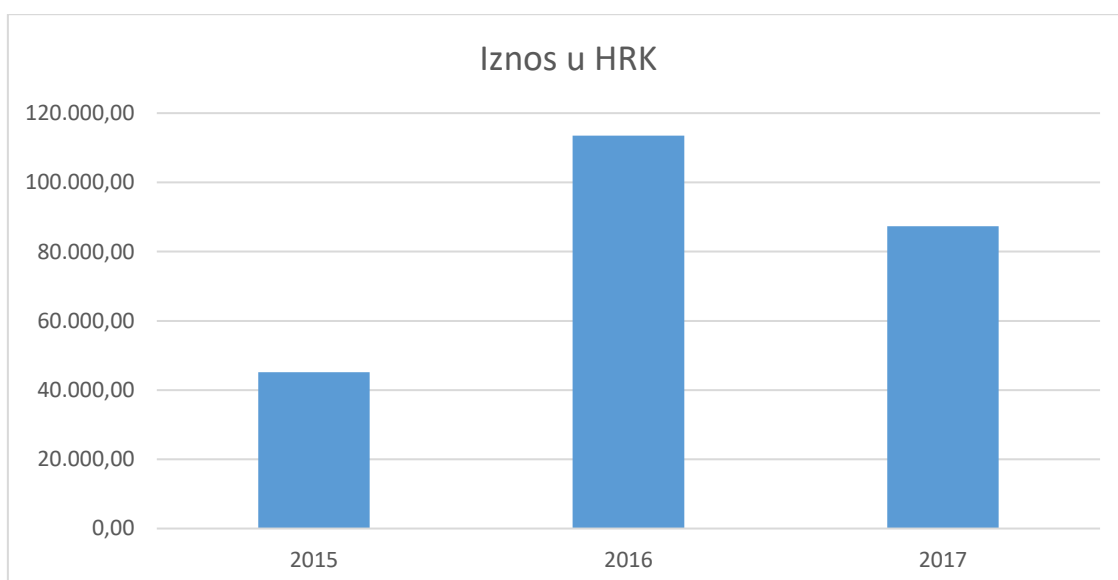


S osnove povrata troškova za plaćene usluge tako su osigurane osobe HZZO-a u 2015. godini osnovom Direktive ukupno ostvarile pravo na povrat iznos od 45.138,76 kn, u 2016. godini od 113.535,00 kn, a u 2017. godini iznos od 87.340,00 kn (Tablica 3.).

Tablica 3. Brojčani prikaz troškova zdravstvene zaštite za koju nije potrebno prethodno odobrenje po Direktivi

	2015	2016	2017
Iznos u HRK	45.138,76	113.535	87.340,00

Slika 5. Prikaz troškova zdravstvene zaštite za koju nije potrebno prethodno odobrenje



5.3. Usporedba s podacima o primjeni Uredbe 883/04 za slučajeve za koje je potrebno prethodno odobrenje

Osim što je iz navedenih podataka vidljivo da se tijekom promatranih godina ne radi o znatnom povećanju broja slučajeva korištenja zdravstvene zaštite u drugim državama osnovom Direktive, ovi podaci sami za sebe ne govore nam puno dok ih ne usporedimo s drugim pravnim instrumentom za korištenje prekogranične zdravstvene zaštite u EU, a to je Uredba 883/04.

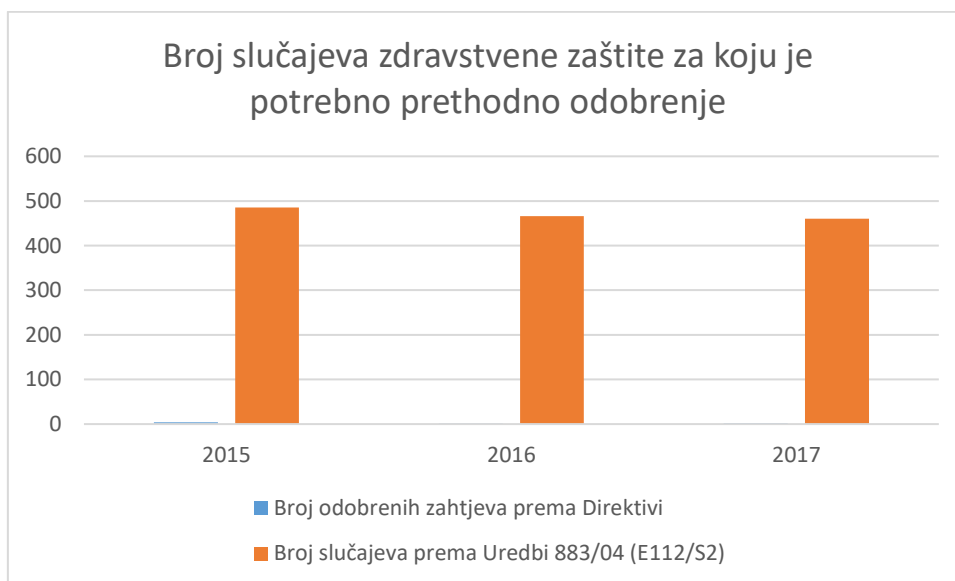
Što se tiče usporedbe broja slučajeva korištenja planirane zdravstvene zaštite za koju je potrebno prethodno odobrenje po Uredbi 883/04. (14), tijekom 2015. godine bilo je

odobreno 485 slučajeva, u 2016. godini 466 slučajeva, a u 2017. godini odobreno je 460 slučajeva.

Tablica 4. Brojčani prikaz slučajeva korištenja zdravstvene zaštite za koju je potrebno prethodno odobrenje po Direktivi i Uredbi 883/04

	2015	2016	2017
Broj odobrenih zahtjeva prema Direktivi	4	1	2
Broj slučajeva prema Uredbi 883/04 (E112/S2)	485	466	460

Slika 6. Usporedni prikaz slučajeva za koje potrebno prethodno odobrenje po Direktivi i Uredbi 883/04

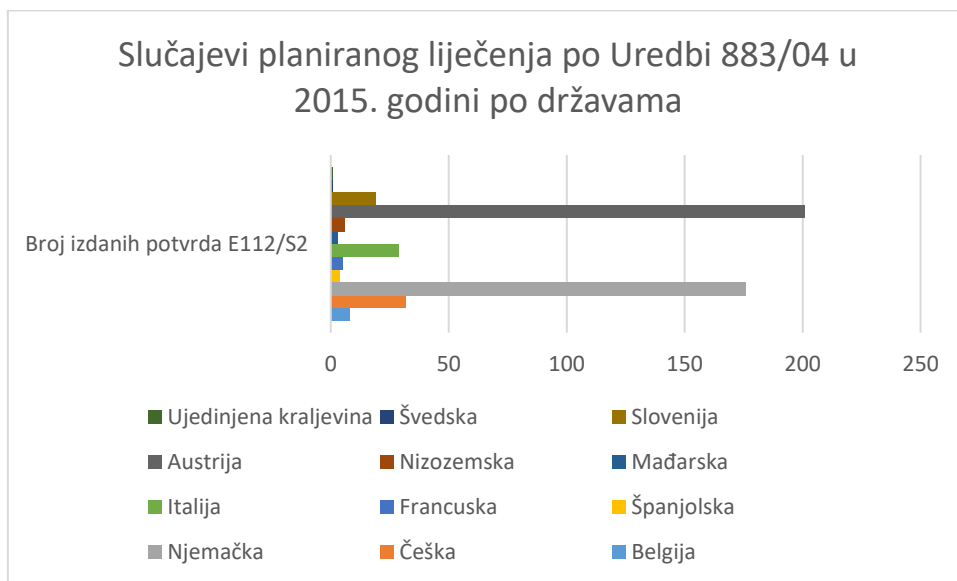


Detaljni podaci o troškovima planirane zdravstvene zaštite za koje je po odobrenju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje izdana potvrda E112/S2 sukladno Uredbi 883/04 iz izvješća Europske komisije dostupni su za 2016. i 2017. godinu (14). Trošak zdravstvene zaštite po ovoj osnovi u 2015. godini bio je 37.587.265,62 kn, u 2016. godini 49.114.351,93 kn, a u 2017. godini je iznosio 51.582.248,41. Važno je napomenuti da se

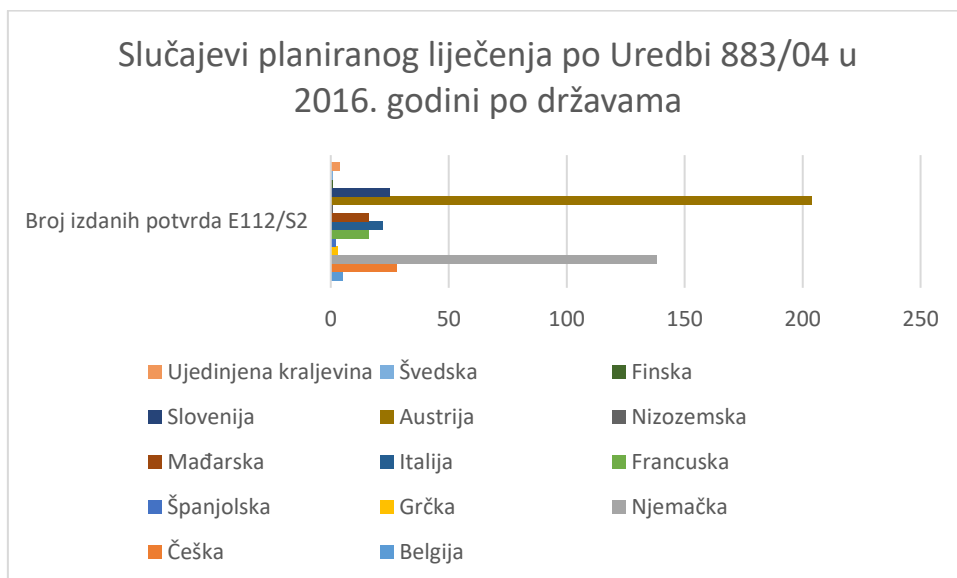
troškovi zdravstvene zaštite u tekućoj godini obračunavaju za prethodna razdoblja¹², tako da se navedeni iznosi ne odnose na konkretne spomenute slučajeve, ali se ovime pokazuje razina potrošnje po ovoj osnovi u odnosu na zanemarive troškove po Direktivi.

Slike 7., 8. i 9. Broj izdanih potvrda po Uredbi 883/04 za odobrena planirana liječenja u državama članicama EU za razdoblje od 2015. do 2017. godine.

Slika 7.

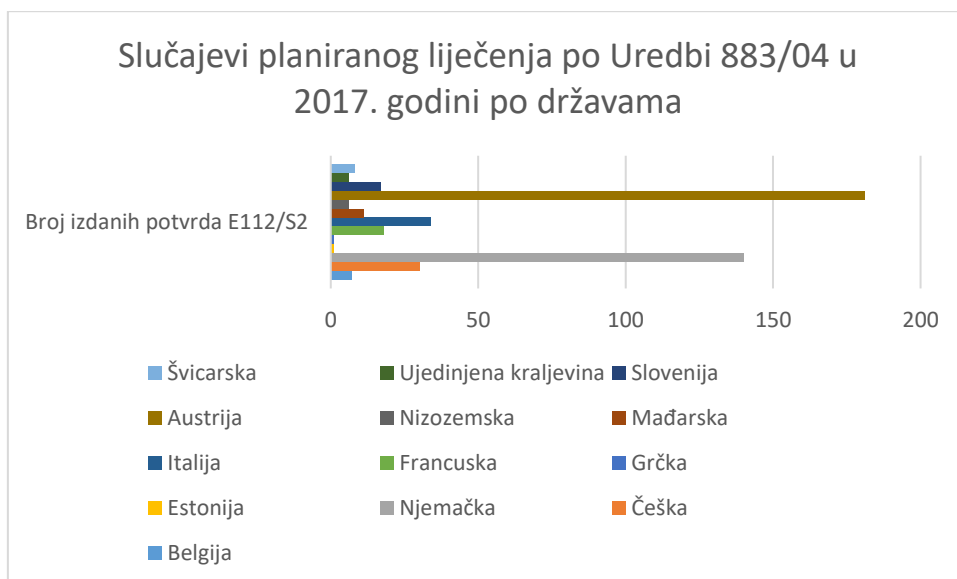


Slika 8.



¹² Članak 67. Uredbe 987/09 Europskog parlamenta i Vijeća od 16. rujna 2009. o utvrđivanju postupka provedbe Uredbe (EZ) br. 883/2004 o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti, rok za dostavu zahtjeva za podmirenje troškova je 12 mjeseci od dana kada je trošak evidentiran u knjigovodstvenim evidencijama države vjerovnika

Slika 9.



Detaljni podaci o troškovima planirane zdravstvene zaštite za koje je po odobrenju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje izdana potvrda E112/S2 sukladno Uredbi 883/04 iz izvješća Europske komisije dostupni su za 2016. i 2017. godinu (14), dok je podatak za 2015. godinu iz evidencija Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (15).

Kada ove podatke usporedimo s podacima o primjeni Direktive, već je po samom broju slučajeva jasno vidljivo da osiguranici HZZO u osjetno većem broju pravo na zdravstvenu zaštitu u EU ostvaruju osnovom Uredbe a ne Direktive.

5.4. Usporedba s podacima o primjeni Uredbe 883/04 za neodgodivu zdravstvenu zaštitu

U odnosu na korištenje zdravstvene zaštite osiguranika HZZO na području drugih država članica osnovom Direktive, uvidom u podatke o primjeni Uredbe 883/04 (14) pokazuje se znatno veći broj osoba koje su pravo ostvarile po ovoj osnovi. Tako se već usporedbom podataka za 2015. godinu vidi da je po Uredbi pravo na neodgodivu zdravstvenu zaštitu, što je podatak usporediv sa slučajevima korištenja zdravstvene zaštite bez prethodnog odobrenja po Direktivi, koristilo čak 13.815 osoba. Za njih su troškovi zdravstvene zaštite iznosili 57.358.989,58 kn, ali ovdje treba naglasiti da se troškovi

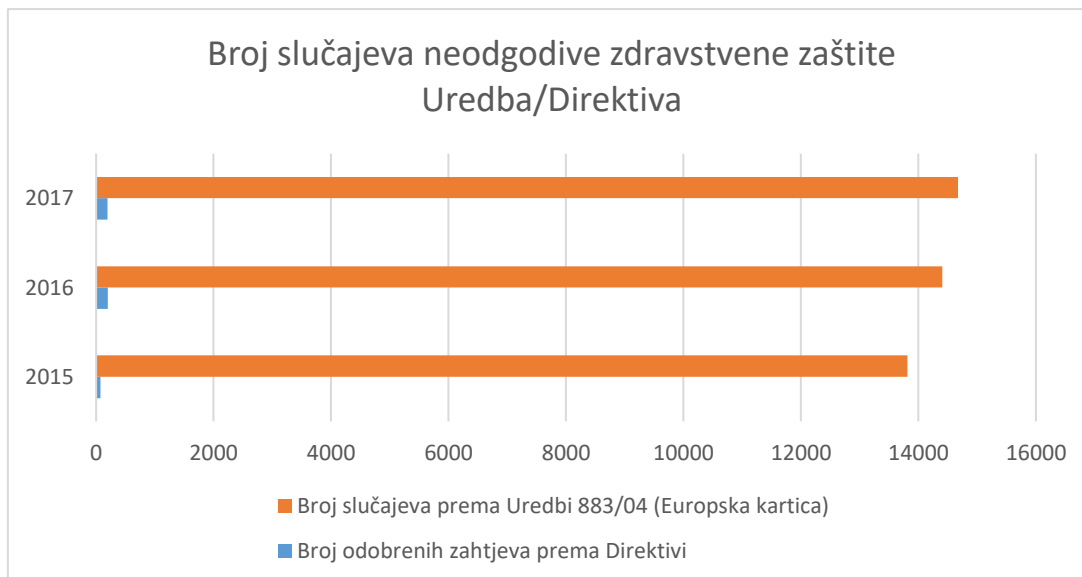
podmiruju prema stvarnim cijenama u državi boravka, ne po hrvatskim cijenama kako je predviđeno Direktivom.

Broj slučajeva po Uredbi u 2016. godini za neodgodivu zdravstvenu zaštitu bio je 14.407, troškovi po toj osnovi su iznosili 55.718.696,33 kn, a u 2017. godini zabilježeno je 14.676 slučajeva s troškovima od 60.054.630,35 kn (Tablica 5. i Tablica 6.). Radi se o laganom porastu svake godine, što govori u prilog povećanoj mobilnosti osoba na području EU.

Tablica 5. Brojčani prikaz slučajeva neodgodive zdravstvene zaštite po Direktivi i Uredbi 883/04

	2015	2016	2017
Broj odobrenih zahtjeva prema Direktivi	73	199	191
Broj slučajeva prema Uredbi 883/04 (Europska kartica)	13815	14407	14676

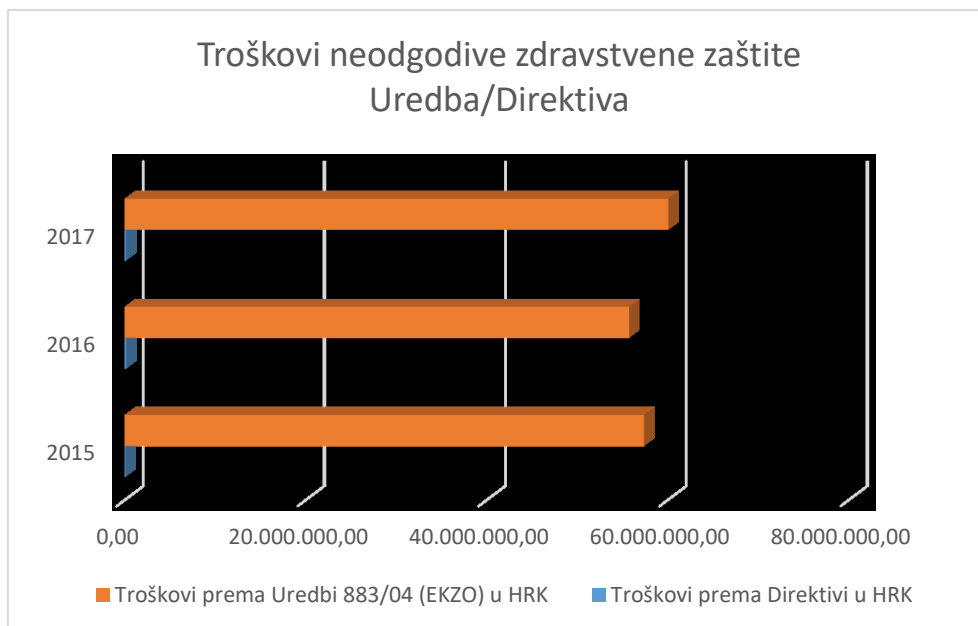
Slika 10. Usporedba slučajeva korištenja neodgodive zdravstvene zaštite po Direktivi i Uredbi 883/04



Tablica 6. Brojčani prikaz troškova na teret Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje prema Direktivi i prema Uredbi 883/04 za neodgodivu zdravstvenu zaštitu

	2015	2016	2017
Troškovi prema Direktivi u HRK	45.138,76	113.535,00	87.340,00
Troškovi prema Uredbi 883/04 (EKZO) u HRK	57.358.989,58	55.718.696,00	60.054.630,00

Slika 11. Usporedba troškova neodgodive zdravstvene zaštite prema Direktivi i Uredbi 883/04



5.5. Podaci za druge države članice EU

Što se tiče prikupljanja podataka na razini cijele EU, odmah po početku primjene uočen je problem praćenja podataka o korištenju zdravstvene zaštite po Direktivi.

Tako izvješće EK o primjeni Direktive za 2015. godinu navodi da je podatke dostavilo samo 23 države, a da odgovori na zahtjev za podacima nisu primljeni od Austrije, Finske, Francuske, Islanda, Latvije, Litve i Portugala. Dodatno, nekoliko je država članica navelo da su imali problema pri prikupljanju i dostavi podataka (16).

Iz istog izvješća vidljivo je da većina država članica zaprimila manje od 100 zahtjeva za prethodno odobrenje liječenja tijekom 2015. godine, od čega je prosječno odobreno 50,2 % (16).

Praksa država članica po pitanju prethodne suglasnosti za odlazak na liječenje u drugu državu članicu bila je različita, pojedine države uvele su sistem prethodnog odobrenja (18 država članica) dok 5 država (Češka, Estonija, Nizozemska, Norveška i Švedska) nisu uvele sustav prethodnog odobrenja.

Pojedine države članice naglasile su da ne prate odvojeno podatke za Direktivu i Uredbu i da zbog toga nisu bile u mogućnosti dostaviti podatke relevantne samo za Direktivu. Ovo su navele Njemačka, Grčka i Luksemburg. Stoga se i u samom izvješću EK za primjenu Direktive za 2015. godinu navodi da pri uvidu u podatke treba voditi računa o bliskoj vezi dva različita pravna instrumenta koji se primjenjuju na iste situacije.

Tako se na Malti utjecaj Direktive u pogledu pojačane mobilnosti pacijenta pokazao minimalnim te je Direktiva imala veću važnost u smislu promjena u domaćem zdravstvenom sustavu koje je izazvala (17).

Dosadašnji raspoloživi podaci iz drugih država članica pokazuju značajne razlike u primjeni i posljedicama primjene Direktive, osnovom koje npr. pacijenti u skandinavskim državama koriste zdravstvenu zaštitu u velikom broju, dok npr. u Austriji gotovo nije imala utjecaja na korištenje prekogranične zdravstvene zaštite, uzimajući u obzir druge EU pravne instrumente u ovom području.

5.6. Informiranost građana o pravima iz Direktive

Također, istraživanje Europske komisije kroz Eurobarometer (18), kojim se provela anketa o informiranosti građana o pravima sukladno Direktivi i volji građana za korištenjem zdravstvene zaštite u drugoj državi članici, provedeno u listopadu 2014. godine, pokazalo je podijeljena mišljenja vezana uz mogućnost korištenja zdravstvene zaštite van matične države ali i osjetnu neinformiranost o pravima. To istraživanje ukazalo je da građani EU preferiraju liječenje u vlastitoj državi, zbog razloga koji su se kretali od jednostavnosti pristupa uslugama, nepostojanju jezične barijere do straha od troškova zdravstvene zaštite u drugoj državi članici. Građani ekonomski stabilnijih država kao recimo Danske pri tome su navodili i pitanje kvalitete zdravstvenih usluga u drugoj državi, dok je recimo građanima Grčke jedan od važnih razloga protiv korištenja zdravstvenih usluga u drugoj državi bilo mišljenje da si takve usluge ne mogu priuštiti.

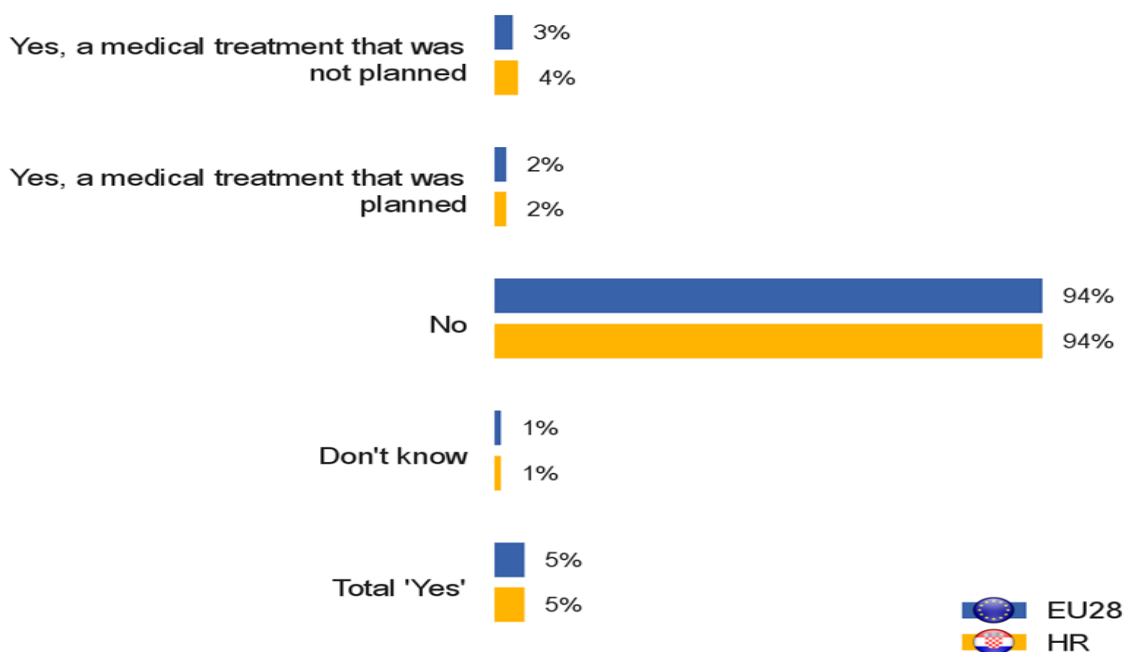
Istraživanje je provedeno po niz kriterija, ali možda najvažnija je usporedba podataka s usporedivim istraživanjem provedenim u 2007. godini. Kako se od Direktive očekivao snažan poticaj mobilnosti građana u korištenju zdravstvene zaštite, već je ovime bilo vidljivo da u tome nije došlo do značajnog pomaka. Tako je istraživanjem pokazano da je cca 5%

građana koristilo zdravstvenu zaštitu na području druge države, dok je recimo u 2007. godini to pravo ostvarilo 4% građana. Veći postotak od prosjeka bilježi recimo Luksemburg (16%), što je lako objašnjivo geografskom uvjetovanošću i potrebi za korištenjem sustava susjednih država, što je bio slučaj i prije početka primjene Direktive.

Generalno gledajući, prosječno je samo 49% građana iskazalo spremnost za odlazak u inozemstvo zbog liječenja, dok je čak 46% izjavilo da na to ne bi bili spremni. Najčešći razlog za odlazak na liječenje u drugu državu je činjenica da određena zdravstvena usluga nije dostupna u vlastitoj državi ili da bi se u drugu državu članicu išlo na liječenje da bi se dobila kvalitetnija zdravstvena usluga. Podaci za Hrvatsku (18) kretali su se uglavnom oko prosjeka, i što se tiče stvarnog korištenja zdravstvene zaštite u drugoj državi (Slika 12.), volje za odlaskom u drugu državu radi liječenja, a posebno informiranosti o pravima u području prekogranične zdravstvene zaštite.

Slika 12. Koliko je ispitanika koristilo zdravstvenu zaštitu u inozemstvu u posljednjih 12 mjeseci

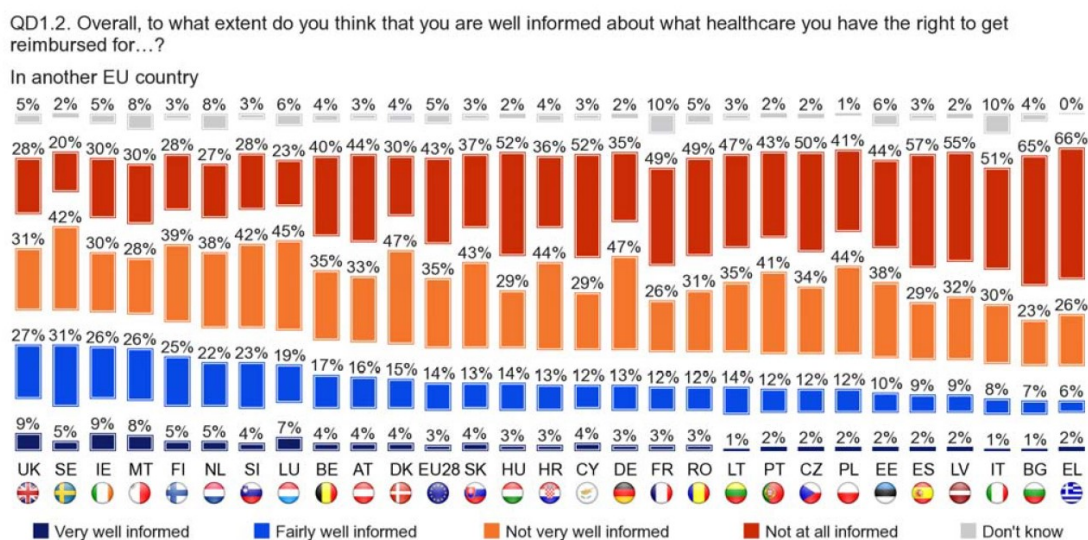
QD6. Have you received any medical treatment in another EU country in the last 12 months? (MULTIPLE ANSWERS POSSIBLE)



Izvor: Special Eurobarometer 425

Ovo izvješće Eurobarometer-a ukazalo je i na problem loše informiranosti građana o njihovim pravima te je tako samo 16% ispitanika u Hrvatskoj izjavilo da su jako dobro ili relativno dobro informirani o pravu na povrat troškova za zdravstvenu zaštitu korištenu u drugoj državi članici (slika 13.).

Slika 13. Koliko ispitanika smatra da je dobro informirano o pravu u na povrat troškova zdravstvene zaštite plaćene u drugoj državi članici



Izvor: Special Eurobarometer 425

5.7. Uloga i podaci o Nacionalnoj kontaktnoj točki za prekograničnu zdravstvenu zaštitu

Nacionalna kontaktna točka ustrojena je unutar Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje te je zadužena svim građanima Republike Hrvatske i EU pružati informacije vezane za njihova prava na zdravstvenu zaštitu u Hrvatskoj kao i drugim državama članicama, a sukladno propisima EU i Direktivi. Pri osnivanju Nacionalne kontaktne točke zamisao je bila da osigurava savjetovanje za pacijente, transparentnost rada te u konačnici jednostavniju i nesmetanu implementaciju Direktive u zdravstveni sustav RH.

Direktivom je predviđeno da se pojedina zdravstvene usluge može odobriti samo kod pružatelja koji zadovoljava određene kriterije, odnosno, ne može se odobriti kod pružatelja zdravstvene zaštite koji bi, ovisno o pojedinom slučaju, mogao dati povoda za ozbiljnu i posebnu zabrinutost u vezi s kvalitetom ili sigurnošću te zdravstvene zaštite, uz iznimku zdravstvene zaštite koja podliježe zakonodavstvu Europske unije kojim se osigurava minimalna razina sigurnosti i kvalitete na njezinu području. Ova odredba stavlja obvezu državama članicama ne samo da osiguraju kvalitetnu zdravstvenu zaštitu, kod svih pružatelja, već i da informacije o toj zdravstvenoj zaštiti, o njezinoj kvaliteti i sigurnosti, informacije o provoditelju, licenci za provođenje određenih postupaka, učine javno dostupnima svim osiguranim osobama država članica, što bi trebalo biti dostupno preko Nacionalnih kontaktnih točaka.

Nacionalna kontaktna točka dužna je osigurati podatke o pacijentovoj sigurnosti i kvaliteti zdravstvene zaštite, pružateljima zdravstvene zaštite, pravima pacijenata, procedurama (postupcima), podatke o dostupnosti zdravstvene zaštite korisnicima s invaliditetom, informacije o cijenama te detaljima kontakata Nacionalnih kontaktnih točaka drugih država članica. Osim navedenog dužna je osigurati interakciju s korisnicima na način da se sve potrebne informacije učine dostupnim u najkraćem roku. Iz uvida u dostupne podatke hrvatske Nacionalne kontaktne točke, čiji se podaci nalaze na web stranici Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (15) uočava se da Republici Hrvatskoj postoji problem oko osiguranja svih potrebnih podataka, zato jer oni nisu u potpunosti dostupni Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje, a čak niti ne postoji obveza prikupljanja podataka bilo koje druge institucije. Primjerice to su podaci o normama i smjernicama o kvaliteti i sigurnosti utvrđene od strane države članice, koji pružatelji podliježu tim normama i smjernicama, podaci o nadzoru i ocjenama pružatelja zdravstvene (prema navedenim normama i smjernicama), podaci o dostupnosti bolnica za osobe s invaliditetom. Među podacima kojima Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje ne raspolaže, a koje je u obvezi osigurati su i podaci o neugovornim provoditeljima zdravstvene zaštite.

Nacionalna kontaktna točka za prekograničnu zdravstvenu zaštitu u Republici Hrvatskoj tako bilježi relativno nizak broj upita o pravima, 2015. godine ukupno 1200 upita mailom i telefonom, u 2016. godini ukupno 968 upita, a u 2017. godini ukupno 1194 upita građana o pravima osnovom Direktive.

5.8. Operacionalizacija e-Zdravstva

Direktivom je vrlo ambiciozno zamišljena napredna suradnja država članica u području elektronske razmjene podataka, objedinjena u e-Zdravstvu. Osnovane su nacionalne kontaktne točke za e-Zdravstvo, koje su krenule s intenzivnom suradnjom u pokušaju da se omogući elektronska razmjena recepata i sažetaka o pacijentu, kako se bi se osobama koje borave na području druge države članice omogućila dostupnost lijekova i medicinskih podataka putem elektronske razmjene između države boravka i nadležne države.

Komisija u suradnji s državama članicama razvija infrastrukturu na razini EU-a za dobrovoljne digitalne usluge e-Zdravstva (eHDSI) kojom će se omogućiti prekogranična razmjena zdravstvenih podataka o pacijentima, posebice e-recepata i zdravstvenih kartona pacijenata. Projektom, u koji su uključene 22 države članice, žele se povezati njihovi sustavi e-zdravstva s infrastrukturom e-zdravstva EU-a na posebnom namjenskom „portalu” poznatom kao nacionalna kontaktna točka za e-zdravstvo. Do trenutka kada je Revizorski sud EU (13) provodio reviziju nisu ostvarene nikakve razmjene podataka među državama članicama i nisu se mogle potvrditi nikakve vidljive koristi tih razmjena za prekogranične pacijente. U izvješću se također navodi da Komisija nije utvrdila plan provedbe s rokovima za svoju novu strategiju e-zdravstva i nije procijenila broj potencijalnih korisnika prije uvođenja razmjene prekograničnih zdravstvenih podataka. Na Europsku komisiju pritisak u smislu pojačanih napora za suradnju na području e-Zdravstva radi i Europski parlament, koji u svojem izvješću o primjeni Direktive (19) poziva države članice da hitno poduzmu mjere za povezivanje svojih zdravstvenih sustava s eHDSI-jem preko posebne nacionalne kontaktne točke za e-zdravstvo, u skladu s vlastitim procjenama rizika, te traži od Komisije da olakša taj proces.

U tom je smislu i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje započeo projekt omogućavanja razmjene recepata i sažetaka o pacijentu s drugim državama, ali do sada takva suradnja nije ostvarena zbog niza tehničkih i pravnih prepreka. Veliki problem donio je i početak primjene Opće uredbe o zaštiti podataka, kojom se s jedne strane poboljšala sigurnost osobnih podataka koji se razmjenjuju, ali je druge strane stvoren niz prepreka u suradnji država članica s obzirom na potrebu detaljnog reguliranja pojedinih pitanja nametnutih spomenutom Uredbom. Tako se između ostalog postavilo pitanje odgovornosti država u slučaju dostave podataka o receptu za lijek, koja je država u takvom slučaju voditelj

obrade podataka, u konačnici i odgovorna za eventualni problem s nedopuštenim korištenjem pojedinog podatka. Kako se kroz recept šalju i osjetljivi medicinski podaci, vidljivo je da će se s punom produkcijom elektronske razmjene sigurno još morati pričekati.

Prepreku početku pune primjene elektronske razmjene recepata predstavlja i što većina država članica u svojim nacionalnim sustavima nije uvela e-recept. Tako Revizorski sud (13) navodi da je deset država članica prijavilo 2017. godine nacionalnu pokrivenost e-receptima iznad 90 % (Hrvatska, Češka, Danska, Estonija, Finska, Grčka, Italija, Portugal, Španjolska i Švedska). Te države spremnije su i za razmjenu e-recepata s drugim državama članicama ali opet se radi o dugotrajnom pravno i informatički zahtjevnom postupku za koji je vrlo upitno u kojoj će se mjeri koristiti u praksi. Zamišljeno je da se osoba prije odlaska u drugu državu članicu, koja naravno mora biti spremna za elektronsku razmjenu, obrati svojem liječniku primarne zdravstvene zaštite kako bi pribavila recept za potrebne lijekove za vrijeme boravka u inozemstvu. Taj recept elektronskim se putem dostavlja drugoj državi članici, uz suglasnost osiguranika, te je on u mogućnosti lijek podići u ljekarni u državi u koju odlazi. Naravno, po načelima Direktive, trošak lijeka mora osobno podmiriti i potom po povratku tražiti povrat od svojeg nadležnog osiguranja. Istovremeno, u većini slučajeva može potrebnu terapiju uzeti sa sobom ili ima pravo na propisivanje svih potrebnih lijekova osnovom Europske kartice zdravstvenog osiguranja. Iako se osnovom Europske kartice primarno osigurava pravo na neodgodivu zdravstvenu zaštitu, također je predviđeno i korištenje potrebnih usluga za kronične bolesti, uključujući i lijekove.

Isto tako su države članice većinu svojih resursa usmjerile na elektronsku razmjenu podataka u sustavu socijalne sigurnosti (EESSI), kojom se od 3. srpnja 2019. godine za sve postupke za provedbu Uredbe 883/04 omogućava elektronska razmjena koja će polagano u cijelosti zamijeniti razmjenu podataka na papiru. Tako je i na ovom primjeru vidljivo da je provedba Direktive u usporedbi s provedbom Uredbe 883/04 na neki način podredna.

6. Rasprava

Već u samom postupku donošenja Direktive pojavio se niz nedoumica vezan uz uvođenje novog pravnog instrumenta uz već postojeću pravnu regulativu u području korištenja prava na zdravstvenu zaštitu na području druge države članice. Dugogodišnja primjena važećih propisa, kao i sudska praksa ukazali su na pravnu prazninu u pojedinim životnim situacijama koje do sada nisu bile regulirane i kojima se evidentno sprečavala mobilnost građana Europske unije. Opravdano se postavlja pitanje da li je u tom trenutku trebalo pristupiti izmjenama i dopunama postojećih propisa ili ipak donijeti sasvim novi propis kojim bi se to područje uredilo. Odluka o donošenju novog propisa sigurno je bila opravdana, ali se radilo o propisu čija se primjena preklapala s već postojećom regulativom i to na način da su za iste situacije moguća različita pravna rješenja, ovisno o tome koji se propis primjenjuje.

Primjena je odmah pokazala da je itekako bilo prostora za nejasnoće, posebno u dijelu Direktive koji predviđa prethodnu suglasnost za pojedine zdravstvene usluge. Tako Greer (20) navodi da se Direktivom proširuje područje na kojem se može ostvariti pravo, ali se ne stvaraju nova prava na liječenje. Tako litavski građanin može koristiti zdravstvenu zaštitu gdje na području Europske unije, ali samo onu koju može dobiti i u Litvi, sukladno litavskim tarifama. Britanski državljanin može dobiti liječenje u drugoj državi članici, ali samo ako mu liječnik opće prakse izda odgovarajuću uputnicu za taj tretman. Takvi podaci nisu na ispravan način komunicirani javnosti, te su pojedine osobe smatrali da imaju pravo na svaku vrstu liječenje bez bilo kakvih prethodnih postupaka, i očekivali su da moraju ostvariti pravo na povrat plaćenih troškova .

U Republici Hrvatskoj do znatnih zabuna dolazi iz dodatnog razloga što smo praktički samo nekoliko mjeseci ranije pristupili Europskoj uniji i počeli s primjenom opsežnih i detaljnih propisa u području zdravstvenog osiguranja te su informacije o Direktivi izazvale potpunu zbunjenost građana na što u stvari imaju pravo vezano uz zdravstvene usluge u drugim državama članicama. Mediji su imali izrazito aktivnu ulogu u tome jer su se pojedine odredbe EU propisa, kao i same Direktive, u početku tumačile na način da se građanima predstavljalo da sada ostvaruju znatno veća i šira prava nego što je to doista bilo predviđeno. Činjenica jest da su ulaskom Republike Hrvatske u EU doista nastupile znatne pozitivne promjene za građane u dijelu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite, ali i nadalje pod strogo propisanim pravilima i određenim uvjetima. Tako je odjednom u javnosti

stvoren dojam da osigurane osobe Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje mogu bez bilo kakve prethodne procedure otići na liječenje u drugu državu članicu, a na teret Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Ubrzo se pokazao i problem praćenja podataka o korištenju zdravstvene zaštite po Direktivi. U izvješćima EK vidi se da sve države nisu u mogućnosti dostaviti zatražene podatke, a također se pokazuje problem odvojenog praćenja podataka za Direktivu i Uredbu. Podaci o pacijentima koji iz drugih država dolaze na liječenje po Direktivi su teško dostupni jer se pacijent javlja izravno pružatelju zdravstvene usluge, koji ne mora imati saznanje o tome na koji će način i dali osoba ostvariti pravo na povrat plaćenih troškova.

Revizorski sud u svojem izvješću o primjeni Direktive navodi (13) da je većina država članica kasnila s donošenjem nacionalnih mjera za prenošenje i time se oduljilo njihovo dostavljanje podataka Europskoj Komisiji 2015. godine. 26 država članica dostavilo je svoje podatke 2017., ali u slučaju njih šest podatci nisu bili potpuni. Osim toga, podatci država članica nisu bili uzajamno usporedivi jer su neke članice prijavile sve nadoknade, a da pritom nisu navele jesu li one bile odobrene na temelju Direktive ili Uredbe o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti. Komisija je uvidjela da je točnost podataka navedenih u izvješćima bila ograničena.

Bitno je pojasniti i iz kojeg razloga dolazi do ovog problema. Ako usporedimo prava pacijenata na prekograničnu zdravstvenu zaštitu na temelju Direktive s njihovim pravima na temelju Uredbe možemo vidjeti da se recimo osnovom Direktive pokrivaju troškovi nastali u javnom i privatnom sektoru dok se Uredba odnosi na troškove nastale samo u javnom sektoru druge države članice. Zatim pravo na naknadu troškova po Direktivi ostvaruje se samo za prihvatljiva liječenja koja su pacijentima dostupna u okviru zdravstvenog osiguranja njihove matične zemlje, a po Uredbi liječenja koja su pacijentima dostupna u okviru nacionalnog zdravstvenog osiguranja druge zemlje. Što se prethodnog postupka tiče, po Direktivi je prethodno odobrenje potrebno pod određenim okolnostima, a po Uredbi je uvijek potrebno za planiranu zdravstvenu zaštitu ali nije potrebno u hitnim slučajevima.

Što se tiče visine naknade troškova, po Direktivi se podmireni troškovi nadoknađuju do iznosa koji bi se morao podmiriti da je liječenje obavljeno u matičnoj zemlji pacijenta, a po Uredbi nadležna država preuzima obvezu potpuna nadoknada (osim u slučaju troškova participacije). Najznačajnija razlika između ova dva pravna instrumenta je način plaćanja

troškova pružatelju usluge, a to je da po Direktivi troškove zdravstvenih usluga sami pacijenti plaćaju unaprijed, a troškovi im se nadoknađuju kasnije (sustav nadoknade), a kod Uredbe se primjenjuje postupak obračuna među državama članicama, od pacijenata se ne traži da plaćaju unaprijed (sustav financiranja). Direktivu primjenjuju sve države članice EU-a i EEA-e, dok Uredbu uz ove države primjenjuje i Švicarska.

Znači oba instrumenta reguliraju pitanje korištenja prekogranične zdravstvene zaštite, ali s različitim pristupom pravima i načinu plaćanja troškova zdravstvene zaštite. I iako Direktiva nudi mogućnost čak i šireg opsega prava jer se zdravstvena zaštita može koristiti i u privatnom sektoru, u mnogim slučajevima čak i bez prethodne suglasnosti nadležnog osiguranja, ipak se i nadalje prekogranična zdravstvena zaštita koristi dominantno osnovom Uredbe. Najveći razlog za to nalazi se u načinu podmirenja troškova korištenje zdravstvene zaštite. Velika je razlika kada osoba sama mora podmiriti troškove kod liječnika ili u bolnici, ponekad i s neizvjesnošću koliko će od plaćenog dobiti vraćeno od svojeg osiguravatelja ili situacija u kojoj se liječniku ili u bolnici predoči predviđena potvrda ili isprava i troškove riješe međusobno zdravstvena osiguranja, a sama osoba plati samo trošak participacije ako je uopće predviđena.

Tako je recimo za slučaj privremenog boravka u drugoj državi Uredbom predviđeno korištenje neodgodive zdravstvene zaštite osnovom Europske kartice zdravstvenog osiguranja. Znači ako se dogodi potreba za odlaskom liječniku u drugoj državi, osoba predoči Europsku karticu zdravstvenog osiguranja koju joj je izdalo njeno nadležno osiguranje i nema obvezu podmiriti trošak zdravstvene zaštite već samo participacije ako je predviđena. Potom liječnik ili bolnica koji su pružili uslugu račun dostavljaju svojem nadležnom zdravstvenom osiguranju i od njega dobivaju naknadu za pruženu uslugu. To zdravstveno osiguranje u konačnici nastali trošak refundira nadležnom osiguranju osobe, a osnovom Europske kartice. Ono što je najbitnije, sama osoba nema znatne troškove, a zdravstvena zaštita joj je dostupna u javnom sustavu zdravstvenog osiguranja svake države. Po Direktivi, usluga se može koristiti i kod privatnog pružatelja, ali se u svakom slučaju račun mora podmiriti izravno liječniku ili zdravstvenoj ustanovi koja je uslugu pružila. Naravno, u tom slučaju zdravstvena usluga plaća se po cijenama koje vrijede u toj državi članici. Direktiva predviđa da ne smije biti diskriminacije državljana drugih država članica u odnosu na vlastite, ali je jasno da će recimo cijene kod privatnih pružatelja u svim državama biti više nego u javnom sustavu. Tako će recimo hrvatski osiguranik potrebnu uslugu morati izravno platiti npr. austrijskoj bolnici i potom se javlja Hrvatskom zavodu za

zdravstveno osiguranje radi povrata troškova. Povrat se ostvaruje po ugovornim cijenama Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, i to samo u slučaju ako se korištena usluga mogla koristiti i u Republici Hrvatskoj. U konačnici to znači da se za uslugu specijalističkog pregleda u Austriji plaćenu recimo 500 EUR može ostvariti povrat u iznosu od 300 kn.

U ovom financijskom aspektu nalazi se najveći problem koji onemogućava veći broj slučajeva korištenja zdravstvene zaštite putem Direktive. To se posebno odnosi na države sa zdravstvenim sustavom poput našeg, koji se ne temelje na refundaciji troškova koje osobno podmiruje osiguranik već na sistemu podmirenja troškova izravno pružatelju usluge od strane nadležnog zdravstvenog osiguranja. Tako da hrvatski osiguranici nisu navikli sami plaćati zdravstvene usluge, već je tradicionalno uvriježeno da većinom nisu niti svjesni kolika je cijena pojedine zdravstvene usluge te nije rijetkost čuti da se liječniku ide „besplatno“. Iako je važećim propisima u području zdravstvene zaštite predviđeno da svaki osiguranik pri recimo završetku bolničkog liječenja treba dobiti informativni račun za pružene usluge ali u praksi to često nije slučaj. Stoga kada se nađu u situaciji da sami moraju platiti cijeli trošak zdravstvene usluge, za koji ponekad ako se unaprijed nisu informirali niti ne znaju koliko će ostvariti pravo na povrat, često dovodi do traženja alternativnog rješenja.

Samom Direktivom određeno je da u slučajevima kada pacijent ima pravo na prekograničnu zdravstvenu zaštitu na temelju Direktive i ispunjava uvjete za pokriće troškova i po Uredbi 883/04, a primjena te Uredbe je povoljnija za pacijenta, država članica čijem sustavu pripada trebala bi pacijentu skrenuti pozornost na to. U praksi je to dovelo do toga da se Direktiva u konačnici koristi najčešće u slučajevima kada ne bi postojalo pravo na povrat troškova po Uredbi 883/04. To su slučajevi kada je recimo zdravstvena zaštita u drugoj državi članici korištena kod privatnog pružatelja zdravstvene usluge ili je pacijent bez prethodnog odobrenja po Uredbi 883/04 otišao na planiran specijalistički pregled u drugu državu članicu, ako za takav pregled nije potrebno prethodno odobrenje po Direktivi.

Direktivom se nastoji omogućiti pristup sigurnoj i kvalitetnoj prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti na temelju slobodnog i informiranog odabira pacijenata jer je u nekim situacijama najpristupačnija ili najprikladnija zaštita pacijentima dostupna jedino u državi članici koja nije njihova matična zemlja. Međutim, Direktivom se pacijente ne potiče na odlazak na liječenje u inozemstvo (13). Iako se deklaratorno ovim propisom ne potiče na odlazak na liječenje u drugu državu zanimljivo je da se od strane nadležne uprave DG

SANTE postavlja pitanje državama članicama iz kojeg razloga tako mali broj osiguranika ostvaruje pravo na liječenje u drugoj državi osnovom Direktive.

Broj građana koji podnesu zahtjev za nadoknadu troškova medicinske zaštite koja im se na temelju Direktive pruži u inozemstvu malen je (svake se godine podnese otprilike 200 000 zahtjeva – manje od 0,05 % građana EU-a) u usporedbi s onima koji se koriste mogućnostima u okviru Uredbe o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti (svake se godine podnese otprilike 2 milijuna zahtjeva za neplanirana liječenja u inozemstvu). Iznos rashoda u području prekogranične zdravstvene zaštite nastalih na temelju Direktive procjenjuju se na 0,004 % godišnjeg proračuna za zdravstvenu zaštitu na razini EU-a.

Prema istraživanju Eurobarometra iz 2015. godine manje od 20 % građana upoznato je sa svojim pravima u pogledu prekogranične zdravstvene zaštite. Revizorski sud u svojem izvješću o primjeni Direktive tako navodi da je u posljednjih nekoliko godina najveći broj pacijenata koji su tražili usluge liječenja u inozemstvu dolazio iz Francuske, a najveći broj pacijenata koji dolaze iz inozemstva zabilježen je u Španjolskoj. Mobilnost pacijenata najveća je među susjednim državama članicama (13). Tako se i od strane Revizorskog suda EU upozorava na znatnu razliku u broju slučajeva korištenja prava ostvarenih osnovom Direktive i osnovom Uredbe 883/04. Isto tako, sva službena izvješća o broju slučajeva primjene Direktive sadrže napomenu da pojedine države članice nisu u mogućnosti razlikovati troškove podmirene osnovom ova dva pravna instrumenta. Kada se navodi da Francuska ima najveći broj slučajeva, treba naglasiti da baš Francuska dostavlja zajedničke podatke za Direktivu i Uredbu i iz tog razloga praktički potpuno neosnovano „podiže“ statistiku Direktive znatnim brojem slučajeva koji uopće ne zadovoljavaju uvjete da se nađu u tom prikazu. Isto tako za Španjolsku, kao tradicionalno jaku turističku destinaciju lako je objašnjivo zbog čega dolazi do određenog broja slučajeva.

Što se tiče prava pacijenata, Direktiva još nije ispunila izvorni cilj, a to je da razjasni prava pacijenata. Europski forum pacijenata navodi (21) da udruge pacijenata ukazuju na nekoliko prepreka: dojam da pojedini NCP-ovi ne rade u interesu pacijenata, dojam da su pojedine vlade nevoljne informirati pacijente, trajne poteškoće za pacijente da dođu do konkretnih informacija posebno o pravu na liječenje i povrat troškova, nedostatak informiranosti medicinskih radnika o mogućnostima prekograničnog liječenja i nedostatak informiranosti mnogih udruga pacijenata

Ovaj podatak pokazuje i relativno nisku zainteresiranost za detaljne informacije koje se mogu dobiti izravno od nositelja osiguranja koji je u konačnici i odgovoran za povrat plaćenih troškova.

Tako je Revizorski sud EU (13) smatra da se mjerama EU-a u području prekogranične zdravstvene zaštite poboljšala suradnja među državama članicama, ali u vrijeme revizije učinak na pacijente bio je ograničen. Te su mjere ambiciozne te je njima potrebno bolje upravljati.

Uvidom u dostupne podatke za druge države članice jasno je da se Direktiva generalno ne primjenjuje u znatnom opsegu niti u jednoj od njih. Veći broj slučajeva bilježi se u susjednim državama slične ekonomske snage, često onima koje i u vlastitom sustavu imaju princip povrata troškova osiguraniku kao glavni način plaćanja troškova zdravstvene zaštite. Tako recimo Belgija i Francuska bilježe relativno velik broj slučajeva, ali ovdje opet treba podatke promatrati s rezervom činjenice da ne postoji sigurnost da se odnose samo na primjenu Direktive. Ali je u svakom slučaju jednostavno objasniti da je osiguraniku Belgije uobičajeno da mora osobno podmiriti trošak zdravstvene usluge koju koristi u drugoj državi i članici i potom se svojem osiguranju obratiti za povrat jer na taj način i u vlastitoj državi mora sam platiti troškove kod liječnika. Također je bitan element i to što su cijene zdravstvenih usluga u susjednim državama usporedive, tako da osoba u konačnici nije na financijskom gubitku ako odluči pojedinu uslugu koristiti u drugoj državi.

Ono što je Direktiva izazvala u pojedinim državama članicama je i rasprava o uključenosti privatnih pružatelja zdravstvene zaštite u sustav zdravstvenog osiguranja svake države.

Naime, europski propisi o korištenju zdravstvene zaštite primjenjuju se samo u situacijama u kojima postoji prekogranični element. Konkretno to znači da se u slučaju korištenja zdravstvene zaštite kod privatnog pružatelja zdravstvene zaštite u drugoj državi članici može ostvariti pravo na povrat u matičnoj državi. U državama u kojima u cijelosti privatni pružatelji nisu dio javnog sustava zdravstvenog osiguranja to je dovelo do apsurdne situacije da osiguranik može ostvariti povrat za troškove plaćene u drugoj državi članici ali ne i u vlastitoj državi.

U Sloveniji je osiguranik tužio Zavod za zdravstveno zavarovanje (22) jer mu je odbijen zahtjev za povrat troškova koje je podmirio kod pružatelja koji nema ugovor sa slovenskim Zavodom, pozivajući se na Direktivu. Sud u nižoj instanci mu je dao za pravo,

tumačeći Direktivu na način da se princip europskog propisa mora primjenjivati u svim slučajevima, neovisno o tome gdje je zdravstvena zaštita korištena. Ali viši sud je odlučio da se Direktiva primjenjuje samo u slučajevima kada postoji prekogranična situacija i nije dao za pravo osiguraniku već Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Tako dolazimo do tumačenja da u slučaju kada osiguranik odluči sam potražiti zdravstvenu uslugu van javnog sustava, u kojem je slučaju pravilo da sam plaća uslugu, ne postoji mogućnost povrata troškova od strane državnog osiguravatelja.

U Hrvatskoj zasada također nema naznaka da će doći do promjena u sustavu zdravstvenog osiguranja na način da se omogući povrat troškova kod privatnih pružatelja, ali se zasigurno radi o pitanju koji bi trebalo detaljno razmotriti u svjetlu dostupnosti zdravstvene zaštite, rasterećenja javnog sustava i možda i kao pozitivan pomak u pokušaju rješavanja listi čekanja. Čak i kada bi mnogobrojni osiguranici iskoristili takvu mogućnost ne bismo mogli govoriti o financijskom udaru na zdravstveno osiguranje jer je trošak isti kao da se zdravstvena zaštita koristi u javnom sustavu, ali naravno bez detaljnijih analiza i projekcija teško je prognozirati.

7. Zaključak

Podaci su pokazali da se prekogranična zdravstvena zaštita osnovom Direktive koristi samo u neznatnom broju slučajeva. Time se potvrdilo da Direktiva nije postigla očekivani cilj u smislu povećanja mobilnosti pacijenata unutar EU. U većini drugih država članica Direktiva se primjenjuje u relativno malom opsegu, posebice u usporedbi s drugim instrumentima osnovom kojih se koristi prekogranična zdravstvena zaštita. Veći broj slučajeva bilježi se u ekonomski stabilnijim državama koje i u vlastitom sustavu koriste princip povrata troškova osiguraniku, kao što su recimo Francuska ili Belgija. Zbog relativno nepouzdanih podataka koje treba uzimati s rezervom, teško je sa sigurnošću utvrditi koliko se stvarno koriste prava osnovom Direktive a koliko osnovom drugih instrumenata, posebice Uredbe 883/04.

Kako se zbog ulaska Republike Hrvatske u Europsku uniju u području zdravstvenog osiguranja mijenjao cijeli niz propisa radi usklađivanja s pravnom stečevinom EU, prilagodbe koje je trebalo provesti zbog Direktive nisu se pokazale prezahtjevnim i preopširnim. Najveće promjene u smislu reguliranja prava osiguranih osoba doživio je ZOZO te provedbeni propisi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Dotadašnjim važećim propisima u području zdravstvenog osiguranja bilo je regulirano pravo na povrat troškova plaćenih u inozemstvu, tako da koncept prava na podmirenje troškova prekogranične zdravstvene zaštite u nacionalnom sustavu nije bio nepoznat, što je uvelike olakšalo početak primjene EU propisa u ovom području, kao i prenošenje Direktive u domaće zakonodavstvo. Veliku promjenu u načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite donio je ulazak Republike Hrvatske u Europsku uniju i početak primjene EU propisa o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti. Sama Direktiva nije donijela promjene u samom načinu korištenja zdravstvene zaštite, samo je otvorila mogućnost ostvarenja prava na povrat troškova u neznatnom broju slučajeva. S obzirom na neznatne troškove za koje je ostvareno pravo na povrat osnovom Direktive, u odnosu na troškove zdravstvene zaštite nadoknađene osnovom Uredbe 883/04, a posebno u odnosu na cjelokupan financijski plan HZZO-a, utjecaj Direktive na poslovanje u financijskom smislu bio je u potpunosti zanemariv. Također, mali broj slučajeva nije bio od utjecaja na rad organizacijskih jedinica HZZO-a, koje u redovnom radu obrađuju velik broj zahtjeva osiguranih osoba, kao i drugih pravnih subjekata. Time je potvrđeno da početkom primjene Direktive nije došlo do značajnijeg

utjecaja na poslovanje Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje niti na korištenje prava osiguranika u inozemstvu.

Obveze Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje kao Nacionalna kontaktna točka za prekograničnu zdravstvenu zaštitu i Nacionalne kontaktne točke za e-Health, koja tek počinje s radom vezano uz projekt razmjene elektronskih recepata i sažetaka o pacijentu, također u ukupnom poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje nemaju znatan utjecaj.

Zakon o pravima pacijenata također je jedan o propisa koji je usklađen s Direktivom. Najveći doprinos Direktive je obaveza država članica da niz informacija o pružateljima zdravstvene zaštite učine dostupnijim pacijentima, posebice vezano uz kvalitetu zdravstvene zaštite. Takve informacije mogu se dobiti preko nacionalne kontaktne točke svake države članice. U Hrvatskoj se do sveobuhvatnog rješenja pitanja praćenja kvalitete zdravstvenih usluga i akreditacije zdravstvenih ustanova takve informacije mogu dobiti u suženom opsegu.

Podaci nedvojbeno pokazuju da osigurane osobe HZZO-a pravo na prekograničnu zdravstvenu zaštitu ostvaruju dominantno osnovom Uredbe 883/04.

Ideja brisanja granica u korištenju svih prava građana Europske unije je u cijelosti u skladu s jednim od glavnih principa, a to je sloboda kretanja osoba, ali dok su između sustava zdravstvenog osiguranja država članica velike, ekonomske mogućnosti građana različite, naslijeđena uobičajena postupanja ustaljena, teško je očekivati da će uskoro doći do znatne promjene u smislu znatnog povećanja slučajeva u kojima hrvatski osiguranici biraju odlazak u drugu državu članicu radi liječenja ili korištenja pojedine zdravstvene usluge, posebno pod uvjetima propisanim Direktivom.

Literatura

1. Ugovor o Europskoj uniji (pročišćena verzija), Službeni list Europske unije, C 202/3
2. Ugovor o funkcioniranju Europske unije, Službeni list Europske unije, C 202/1
3. Uredba (EZ) br. 883/2004 Europskog parlamenta i Vijeća od 29. travnja 2004. o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti (Službeni list Europske unije L 166, 30.4.2004, 1–123)
4. Europska prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti, Istraživački servis Europskog parlamenta, objavljeno 15.4.2014. godine. (pristupljeno 10.2.2019.) Dostupno na <https://epthinktank.eu/2014/04/15/european-patients-rights-in-cross-border-healthcare/>
5. Prava pacijenata u prekograničnom zdravstvenom osiguranju, Ljubica Đukanović, lipanj 2013., RRIF (pristupljeno 10.2.2019.) Dostupno na <http://www.rrif.hr/dok/preuzimanje/P130607.PDF>
6. Peeters M. Free movement of patients: Directive 2011/24 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. *European Journal of Health Law*. 2012; 19 (1): 29 – 60
<http://booksandjournals.brillonline.com/content/journals/10.1163/157180912x615158/>
7. Direktiva 2011/24/EU Europskog parlamenta i Vijeća od 9. ožujka 2011. o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi (Službeni list Europske unije L 088 , 4.4.2011, 45–65)
8. Podaci Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske (pristupljeno 25.2.2017.) Dostupno na: www.miz.hr
9. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju ("Narodne novine", broj 80/13, 137/13)
10. DG SANTE (pristupljeno 25.2.2017.) Dostupno na: http://ec.europa.eu/dgs/health_food-safety/
11. Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite ("Narodne novine", broj 160/13, 11/15, 16/15)
12. Odluka o popisu postupaka liječenja koji se provode u okviru planirane prekogranične zdravstvene zaštite ("Narodne novine", broj 133/13)
13. Tematsko izvješće EU Revizorskog suda (pristupljeno 14.5.2019.) Dostupno na: https://www.eca.europa.eu/Lists/ECADocuments/SR19_07/SR_HEALTH_CARE_EN.pdf
14. DG EMPL (pristupljeno 25.2.2017.) Dostupno na: <http://ec.europa.eu/social/home.jsp>
15. Podaci Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (pristupljeno 25.2.2017.) Dostupno na: <http://www.hzzo.hr/>
16. Službena izvješća Europske komisije o primjeni Direktive objavljena od 2014. do 2017. godine (pristupljeno 25.2.2017.) Dostupno na http://ec.europa.eu/geninfo/query/index.do?QueryText=Directive+2011%2F24%2FEU&op=Search&swlang=en&form_build_id=form-prdMwGwo7GUAvtbv66FebDloGC_6-YvHSLW8BpcKvyY&form_id=nexteuropa_europa_search_search_form
17. The impact of the EU Directive on patients' rights and cross-border health care in Malta; Natasha Azzopardi-Muscata, Christoph Aluttisa, Kristine Sorensena, Roderick Pavec, Helmut Branda, *Health Policy*, Volume 119, Issue 10, October 2015, Pages 1285–1292 (pristupljeno 10.2.2017.) Dostupno na <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851015002195>
18. EK EUROBAROMETER (pristupljeno 25.2.2017.) Dostupno na: <https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/instruments/SPECIAL/surveyKy/2034>
19. IZVJEŠĆE Europskog parlamenta o provedbi Direktive o prekograničnoj zdravstvenoj skrbi http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-8-2019-0046_HR.html
20. Greer S.L. Avoiding another directive: the unstable politics of European Union cross-border health care law. *Health Economics, Policy and Law*. 2013; 8 (4): 415–421. (pristupljeno 10.2.2017.) Dostupno na: <https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/div-classtitleavoiding-another-directive-the-unstable-politics-of-european-union-cross-border-health-care-law/div/60E96D6660E2CDB712C106C540921DC8>
21. Europski Forum Pacijenata –Prekogranična zdravstvena zaštita – čeka nas još dugačak put. (pristupljeno 10.2.2017.) Dostupno na <http://www.eu-patient.eu/News/News/cross-border-healthcare-still-a-long-way-to-go/>
22. Višje in vrhovno sodišče pokopali upanje samoplačnikov v zdravstvu (pristupljeno 15.2.2019.) <https://www.finance.si/8935963?cctest&>

Sažetak

Utjecaj Direktive Europske unije o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti na zdravstvo u Republici Hrvatskoj

Sandra Orešić

Ključne riječi: Direktiva, prekogranična zdravstvena zaštita, zdravstveno osiguranje, prava pacijenata, povrat troškova

Direktiva o pravima pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi donesena je u cilju povećanja prava na korištenje prekogranične zdravstvene zaštite i povećanja mobilnosti pacijenata unutar EU.

Da bi se utvrdilo da li je Direktiva utjecala na sustav obveznog zdravstvenog osiguranja Republike Hrvatske s pravnog i ekonomskog aspekta, kao i na prava pacijenata u korištenju zdravstvene zaštite unutar EU, analizirani su dostupni podaci o slučajevima korištenja prekogranične zdravstvene zaštite sukladno EU propisima. Također su razmotreni i dostupni podaci o informiranosti građana o mogućnostima korištenja zdravstvene zaštite u drugim državama članicama EU kao i utjecaju Direktive na poslovanje Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Utvrđeno je da Direktiva nije donijela velike promjene u sustavu zdravstvenog osiguranja Republike Hrvatske te da nije bilo znatnog utjecaja na prava pacijenata kao i poslovanje Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Summary

Impact of EU Directive on the cross-border healthcare on health system of Republic of Croatia

Sandra Orešić

Key words: Directive, cross-border healthcare, health insurance, patients' rights, reimbursement of costs

Directive on the application of patients' rights in cross-border healthcare was adopted with the aim of increasing the entitlement to cross-border healthcare and increasing the mobility of patients within the EU.

In order to determine whether the Directive had an impact on the health insurance system of the Republic of Croatia from legal and economic perspective, as well as on patients' rights to use healthcare within the EU, available data on cross-border healthcare cases in accordance with EU legislation has been analysed. Information on citizens' awareness of the possibilities of using healthcare in other EU Member States as well as the impact of the Directive on the business processes of the Croatian Health Insurance Fund were also analysed.

It has been concluded that the Directive did not bring major changes to the health insurance system of the Republic of Croatia and that there was no significant impact on patients' rights as well as the business processes of the Croatian Health Insurance Fund.

Životopis

Obrazovanje

- Poslijediplomski specijalistički studij Menadžment u zdravstvu (LMHS), Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2012. –
- Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1990.-1996.
- Obrazovni centar za jezike (Klasična gimnazija), 1986.-1990.
- Osnovna škola 1978.-1986.

Radno iskustvo

- Rukovoditeljica Službe za međunarodnu suradnju, HZZO, Direkcija rujana 2014.-
- Pomoćnica ravnatelja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za pravne poslove, ožujak 2013. – rujana 2014.
- Rukovoditeljica Službe za međunarodnu suradnju, HZZO, Direkcija, 2012.- ožujak 2013.
- Rukovoditeljica Odjela za koordinaciju prava iz zdravstvenog osiguranja, HZZO, Direkcija, 2010.- 2012.
- Viši inspektor za pravne poslove, HZZO, Direkcija, 2006. – 2010.
- Koordinator za pravne poslove, HZZO, Direkcija, 2005.- 2006.
- Viši stručni suradnik za pravne poslove, HZZO, Direkcija, 2000. – 2005.
- Stručni suradnik za pravne poslove, HZZO, Direkcija, 1997.- 2000.

Popis radova i aktivnih sudjelovanja na stručnim i znanstvenim aktivnostima

Kongresi, aktivno sudjelovanje:

1. Prekogranično korištenje zdravstvene zaštite. 11. Kongres Hrvatskog društva medicinskih vještaka zdravstvenog osiguranja. Tuhelj; 2013.

Forumi, aktivno sudjelovanje:

1. Međunarodni ugovori o socijalnom osiguranju - 6. regionalni forum zdravstvenih osiguranja. Beograd; 2012.
2. Promjene u sustavu zdravstvenog osiguranja po ulasku u EU. 7. regionalni forum zdravstvenih osiguranja. Banja Luka; 2013.

Konferencije, aktivno sudjelovanje:

1. Regionalna konferencija o zdravstvenom osiguranju Vijeća Europe, Sarajevo 2011. godine

Radionice, seminari, aktivno sudjelovanje:

1. Radionica Vijeća Europe o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti, Zagreb 2006.
2. Radionica AIM, Bruxelles, rujana 2013. godine, Patients' rights in cross-border healthcare. Transposition of the Directive 2011/24/EU into Croatian law; Dubravka Pezelj-Duliba i Sandra Orešić

Motovunska ljetna škola unaprjeđenja zdravlja, aktivno sudjelovanje:

1. Pravni okvir korištenja zdravstvene zaštite u EU. 20. Motovunska ljetna škola unaprjeđenja zdravlja. Motovun; 2013.

Povjerenstvo Ministarstva zdravstva za prenošenje Direktive 2011/24/EU u hrvatsko zakonodavstvo – službeni predstavnik Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje