

Prepis podcastu ÚDZS – Pokračujeme v téme cezhraničnej zdravotnej starostlivosti

00:00:18 Monika Beťková

Počúvate podcast Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, Vaše zdravie pod dohľadom. Dobrý deň, opäť sa hlásime z nášho štúdia so zaujímavými informáciami.

00:00:37 Monika Beťková

Dnes budeme pokračovať v téme, ktorej sme sa už v našom podcaste venovali. Je ňou liečba našich poistencov v inom členskom štáte Európskej únie. Najprv vám však predstavím naše dnešné hostky, pani doktorku Máriu Tuchscherovú a pani magisterku Luciu Jurčovú. Obe majú vo svojej pracovnej náplni cezhraničnú zdravotnú starostlivosť, akurát sa venujú jej odlišným aspektom. Vitajte, dámy.

00:01:02 Mária Tuchscherová

Dobrý deň.

00:01:02 Lucia Jurčová

Dobrý deň.

00:01:05 Monika Beťková

Vstupom Slovenska do Európskej únie naši občania dostali možnosť podstúpiť liečbu v inom členskom štáte únie. V predchádzajúcom podcaste sme si povedali, že treba rozlišovať, keď je zdravotná starostlivosť poskytnutá podľa európskeho nariadenia alebo podľa Európskej smernice. Nariadenie rieši plánovanú liečbu. Smernica znamená, že si liečbu pacient najprv zaplatí a žiada následne refundáciu. Myslím, že bude vhodné, keď si pripomenieme tieto dve právne prostredia trochu bližšie. Čo tieto právne normy upravujú a v čom sa od seba líšia?

00:01:43 Mária Tuchscherová

V oboch právnych aktoch existujú pri čerpaní cezhraničnej zdravotnej starostlivosti určité rozdiely. Z pohľadu poistenca, a teda pacienta, je najdôležitejším rozdielom finančná náročnosť cezhraničnej zdravotnej starostlivosti. V prípade nariadenia hradí náklady poskytnutej zdravotnej starostlivosti zdravotná poisťovňa, v ktorej je poistenec poistený, a poistenec znáša len náklady spoluúčasti, tak, ako keby bol domácim poistencom v štáte poskytnutia zdravotnej starostlivosti. V prípade smernice všetky náklady spojené s poskytnutím cezhraničnej zdravotnej starostlivosti si uhrádza poistenec, pacient, a po návrate do svojho príslušného štátu poistenia žiada o refundáciu takto vynaložených nákladov. V prípade nariadenia je možné poskytnúť cezhraničnú zdravotnú starostlivosť vždy len so súhlasom príslušnej zdravotnej poisťovne. Zákon o zdravotnom poistení upravuje vo svojich ustanoveniach dôvody, pre ktoré možno žiadať o poskytnutie cezhraničnej zdravotnej starostlivosti. Základným predpokladom, alebo teda najčastejším predpokladom, je neexistencia možného poskytnutia efektívnej zdravotnej starostlivosti na území Slovenskej republiky, a túto skutočnosť vo svojej žiadosti musí mať poistenec potvrdenú klinickým pracoviskom zo Slovenskej republiky a v každom prípade sa musí jednať o zdravotnú starostlivosť, ktorá je priznaná slovenským právnym poriadkom na území Slovenskej republiky.

00:03:18 Monika Beťková

Pani doktorka, keď hovoríme o členských štátoch Európskej únie, týka sa to aj štátov, s ktorými má Európska únia špeciálne zmluvy, teda ako Švajčiarsko, Nórsko, Island, Lichtenštajnsko?

00:03:32 Mária Tuchscherová

Áno, koordinačné nariadenia možno uplatniť vo všetkých týchto menovaných štátoch. Smernica o poskytovaní cezhraničnej zdravotnej starostlivosti nie je uplatňovaná vo Švajčiarsku.

00:03:43 Monika Beťková

Ak teda poistenec zo Slovenska využije liečbu v inom členskom štáte únie podľa nariadenia, vždy musí mať na to predchádzajúci súhlas zdravotnej poisťovne. Ak ide

podľa smernice, predchádzajúci súhlas poisťovne musí mať len na tie liečebné úkony, ktoré špecifikuje vyhláška Ministerstva zdravotníctva. Keby som sa teda ocitla v situácii, že mi môj ošetrojúci lekár odporučí nejaký špecializovaný zákrok napríklad v Českej republike, lebo sa taký u nás nevykonáva, ako viem, či mám postupovať podľa nariadenia alebo smernice?

00:04:21 Mária Tuchscherová

Platí zásada, že koordinačné nariadenia sú vždy prioritným nástrojom pre poskytovanie cezhraničnej zdravotnej starostlivosti. Ako som už spomínala, zákon presne stanovuje kritériá, za ktorých možno poskytnúť cezhraničnú zdravotnú starostlivosť podľa nariadení. Vždy sa tam vyžaduje súhlas príslušnej zdravotnej poisťovne a po jeho získaní má pacient právo vycestovať za poskytnutím zdravotnej starostlivosti do štátu, v ktorom mu bola zdravotná starostlivosť schválená. V prípade, ak nie sú splnené podmienky pre použitie koordinačného nariadenia ako nástroja na schvaľovanie cezhraničnej zdravotnej starostlivosti, vstupuje do úvahy smernica.

00:05:01 Monika Beťková

Z toho, čo hovoríte, sú dôležitým článkom ošetrojúci lekári, ktorí majú nielen prehľad o zdravotnom stave svojich pacientov, ale poznajú, alebo by mali poznať, aj širšie súvislosti ohľadom ich liečby. Dá sa vo všeobecnosti na medicínske znalosti našich zdravotníkov a ich rozhľad o možnostiach liečby v Európskej únii spoľahnúť, alebo je vhodné vždy sa obrátiť na svoju zdravotnú poisťovňu, či už ide o postup podľa nariadenia alebo smernice?

00:05:32 Mária Tuchscherová

Pri záujme čerpať cezhraničnú zdravotnú starostlivosť, a to je jedno, či podľa nariadenia alebo podľa smernice, vždy odporúčam poistencom obrátiť sa na svoju príslušnú zdravotnú poisťovňu, ktorá je orgánom, ktorý im poskytne všetky potrebné informácie tak, aby mohli byť naplnené ich nároky na poskytnutie cezhraničnej zdravotnej starostlivosti.

00:05:54 Monika Betřková

V minulom podcaste, v ktorom sme sa venovali cezhraničnej zdravotnej starostlivosti, sme hovorili o tom, že ak sa občan Slovenska rozhodne v zmysle smernice vyhľadať zdravotnú starostlivosť v Európskej únii, musí rátať s tým, že mu zdravotná poisťovňa na Slovensku zaplatí za liečbu len toľko, koľko by tá istá liečba stála u nás na Slovensku. To je dôležité upozornenie, ale aj varovanie pred nepremysleným využívaním smernice, lebo ľudia môžu byť možno nemilo prekvapení, keď zistia, že im ich zdravotná poisťovňa preplatila len časť nákladov, ktoré zaplatili za liečbu, teda mimo Slovenska. Má Úrad nejaký prehľad o cenových reláciách, napríklad o liečení v Českej republike, ktorá z hľadiska cezhraničnej zdravotnej starostlivosti bude, predpokladám, našimi poistencami najpreferovanejšia? Lapidárne povedané, sú ceny za liečbu v Česku vyššie ako na Slovensku?

00:06:51 Mária Tuchscherová

O podobných zoznamoch nemáme informácie. Treba si však uvedomiť, že v prípade poskytovania cezhraničnej zdravotnej starostlivosti podľa smernice sú pacienti považovaní za privátnych pacientov a sú im účtované za poskytnutú zdravotnú starostlivosť aj tomu zodpovedajúce ceny pre privátnych pacientov. Potom po návrate na územie Slovenskej republiky a podaní si žiadosti o refundáciu takto vynaložených nákladov je im však možné zo strany príslušnej slovenskej zdravotnej poisťovne preplatiť len ceny, ktoré má dohodnuté so svojimi zmluvnými poskytovateľmi na území Slovenskej republiky.

00:07:31 Monika Betřková

Počúvate podcast Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, Vaše zdravie pod dohľadom. Aké náležitosti musí poistenec splniť, alebo čo všetko musí obsahovať takáto žiadosť o preplatenie zdravotnej starostlivosti v zahraničí, pani Jurčová?

00:07:47 Lucia Jurčová

V prípade žiadostí v zmysle nariadenia, okrem náležitostí, ktorými sú osobné údaje, je to rozsah a odôvodnenie potreby plánovanej zdravotnej starostlivosti poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike. Ďalej je to

potvrdenie zdravotnej indikácie a odôvodnenie potreby poskytnutia navrhovanej liečby v cudzine klinickým pracoviskom príslušného špecializačného odboru. To znamená, že ak idem na kardiologický výkon, musí potvrdiť a odôvodniť túto zdravotnú indikáciu kardiológ klinického pracoviska, a ak idem napríklad na gynekologický výkon, tak gynekológ klinického pracoviska musí potvrdiť tú moju žiadosť. Ďalej je to výpočet predpokladaných nákladov plánovanej zdravotnej starostlivosti v cudzine, vypracovaný poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v cudzine, kde sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, a potvrdenie o možnom prijatí poistenca poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v cudzine. V prípade žiadostí v zmysle smernice, okrem náležitostí, ktorými sú osobné údaje tak, ako pri žiadosti v zmysle nariadenia, je to viac-menej len zdravotná dokumentácia o poskytnutej zdravotnej starostlivosti, ktorú už poistenec absolvoval. Potom je to originál dokladu s rozpisom poskytnutých zdravotných výkonov. To môže byť napríklad faktúra alebo vyúčtovanie výkonov, ktoré mu boli poskytnuté, a originál dokladu o zaplatení.

00:09:14 Monika Beťková

Predpokladám, že poistenci sa môžu ľahko dostať ku vzorom žiadostí napríklad cez zdravotné poisťovne?

00:09:20 Lucia Jurčová

Áno, každá zdravotná poisťovňa má na svojom webovom sídle tieto žiadosti, ktoré stačí len vyplniť a zaslať, pričom tieto žiadosti ich navedú, čo všetko musia poistenci priložiť a čo všetko musia vyplniť.

00:09:33 Monika Beťková

Existuje alebo je určená nejaká lehota, do ktorej musí poistenec požiadať svoju poisťovňu o preplatenie týchto nákladov?

00:09:41 Lucia Jurčová

Áno, lehoty tam sú a sú teda dve. Aj v zmysle smernice, aj v zmysle nariadenia je tá lehota iná. V prípade preplatenia nákladov za plánovanú zdravotnú starostlivosť má poistenec nárok na refundáciu, len ak písomne požiada svoju zdravotnú poisťovňu

do jedného roka od skončenia poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte a v prípade cezhraničnej zdravotnej starostlivosti je táto lehota trochu menšia, a teda je to do šiestich mesiacov od poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

00:10:14 Monika Betková

Zákon o zdravotnom poistení hovorí, že Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou je odvolacím orgánom, keď zdravotné poisťovne odmietli udeliť súhlas na liečenie svojich poistencov v Európskej únii. Mohli by ste mi tento proces vysvetliť?

00:10:31 Lucia Jurčová

V prvom rade by som teda povedala, že zdravotná poisťovňa môže v týchto veciach rozhodovať dvoma spôsobmi: buď vydá takzvané procesné rozhodnutie, alebo teda rozhodnutie vo veci samej. Čo sa týka procesných rozhodnutí, ide najmä o situácie, keď zdravotná poisťovňa konanie zastaví, pretože žiadosť poistenca nie je úplná. To znamená, že jej chýbajú nejaké podstatné náležitosti, ktoré som už teda spomínala vyššie. Ten druhý typ rozhodnutia je už rozhodnutie vo veci samej. To znamená, že žiadosť poistenca je úplná, má všetky zákonom stanovené náležitosti a zdravotná poisťovňa sa pozrie na túto žiadosť a rozhodne, či udelí, alebo neudelí súhlas na liečbu v inom členskom štáte, čiže súhlas na liečbu v zahraničí.

00:11:20 Monika Betková

Čo ak poisťovňa súhlas neudelí?

00:11:22 Lucia Jurčová

Ak poisťovňa súhlas neudelí žiadosti poistenca – jednoducho povedané, nevyhovie – a v tomto rozhodnutí musí zdravotná poisťovňa okrem toho, že odôvodní, z akého dôvodu tento súhlas neudelila, musí poistenca poučiť o tom, že má právo podať odvolanie do dvadsiatich pracovných dní odo dňa doručenia rozhodnutia. Teraz je dôležité povedať jednu vec, ktorá ľuďí často mýli. O tomto odvolaní rozhoduje síce Úrad ako druhostupňový správny orgán, ale adresátom je zdravotná poisťovňa – teda poistenec odvolanie neposiela priamo k nám na Úrad, ale na zdravotnú poisťovňu. Zdravotná poisťovňa sa potom k odvolaniu vyjadrí a tuto je dôležité

povedať, že má ešte jednu možnosť prehodnotiť svoje rozhodnutie a môže poistencovi na základe podaného odvolania v plnom rozsahu vyhovieť. To znamená, že si svoje pôvodné rozhodnutie sama opraví a súhlas nakoniec poistencovi udelí – tomuto sa odborne hovorí autoremedúra. Ak však zdravotná poisťovňa naďalej trvá na svojom pôvodnom rozhodnutí, tak vtedy už odvolanie spolu s celým spisovým materiálom postúpi Úradu, ktorý o veci rozhodne ako odvolací orgán.

00:12:37 Monika Beťková

Koľko môže trvať tento proces, odkedy si poistenec podá žiadosť o preplatenie zdravotnej starostlivosti v zahraničí, až dokým mu je táto žiadosť nejakým spôsobom posúdená a následne mu je vydaný súhlas?

00:12:51 Lucia Jurčová

Zákon naozaj kladie v týchto konaniach dôraz na rýchlosť konania. Zdravotná poisťovňa musí zo zákona rozhodnúť do pätnástich pracovných dní odo dňa prijatia žiadosti. Následne má teda poistenec dvadsať pracovných dní na podanie odvolania a Úrad má rovnako ako zdravotná poisťovňa pätnásť pracovných dní na vydanie rozhodnutia. Keď si to celé spočítame aj teda s priestorom na podanie odvolania, tak zákonodarca jasne smeruje k tomu, aby celé konanie netrvalo neprimerane dlho – čiže ideálne by sa malo zmestiť do dvoch až troch mesiacov, ak rátame aj, teda, s podaním odvolania.

00:13:31 Monika Beťková

Platí to aj v realite?

00:13:32 Lucia Jurčová

To je problém. Realita je často trochu iná, ako má možno zákonodarca ten úmysel, aby to bolo naozaj to konanie rýchle.

00:13:42 Lucia Jurčová

Najčastejším problémom býva to, že žiadosti nie sú úplné, chýbajú im častokrát zákonné náležitosti a zdravotná poisťovňa musí konanie prerušovať, dávať poistencovi lehotu na doplnenie. To naozaj častokrát trvá dosť dlho, kým aj poistenec

niečo doplní. To, čo v poisťovni chýbalo – buď chýbajú nejaké podklady, alebo môžu chýbať naozaj aj tie zákonné náležitosti – a toto prirodzene celý ten proces predlžuje. Takže niektoré konania trvajú aj rok, ale ja osobne som sa teda stretla aj s konaniami, ktoré trvali skoro dva roky.

00:14:17 Monika Beťková

Tak to je naozaj rozdiel oproti spomínaným dvom-trom mesiacom.

00:14:21 Lucia Jurčová

Určite.

00:14:22 Monika Beťková

Čo má takéto odvolanie obsahovať a kam ho má občan smerovať?

00:14:26 Lucia Jurčová

V prvom rade, čo sa týka formy, odvolanie sa podáva písomne. Podáva sa teda buď v klasickej papierovej forme – pošle sa poštou alebo teda sa doručí osobne na zdravotnú poisťovňu, alebo sa podáva elektronicky prostredníctvom portálu verejnej správy. Treba si však dať pozor na jednu dôležitú vec, že v elektronickej forme musí byť odvolanie podpísané zaručeným elektronickým podpisom, ktorý teda nie každý má.

00:14:51 Monika Beťková

Podme teraz k tomu, čo má samotné odvolanie obsahovať.

00:14:54 Lucia Jurčová

V prvom rade musí byť jasné, kto ho podáva, teda označenie poistenca alebo odvolateľa, čiže meno, priezvisko, adresa trvalého pobytu, dátum narodenia. Napríklad, ak rodič podáva odvolanie za svoje dieťa, tak tiež treba označiť konkrétneho poistenca, čiže aj svoje dieťa, ale, samozrejme, treba označiť aj osobné údaje toho rodiča. Ďalej je potrebné označiť, ktoré rozhodnutie sa napáda, nakoľko jeden poistenec môže mať aj viacero konaní. Úplne postačuje uviesť číslo rozhodnutia a dátum jeho vydania, aby bolo zrejmé, teda, ku ktorému spisu sa

odvolanie viaže. No úplne kľúčovou časťou je odôvodnenie odvolania – teda prečo poistenec s rozhodnutím nesúhlasí? Môže ísť napríklad o to, že poistenec má pocit, že zdravotná poisťovňa jeho žiadosť nesprávne posúdila, alebo že nezohľadnila niektoré dôkazy – napríklad odborné lekárske správy alebo iné podklady, ktoré poistenec v konaní predložil. Odvolanie by malo obsahovať aj to, čo sa ním navrhuje, teda či sa poistenec domáha zrušenia rozhodnutia zdravotnej poisťovne a jeho vrátenia na nové prerokovanie, alebo napríklad toho, aby bolo rozhodnutie zmenené a súhlas na liečbu v zahraničí bol udelený. Úplne na záver netreba zabudnúť teda na podpis a dátum, ako som už spomínala úplne na začiatku, a teda v papierovej forme ide o vlastnoručný podpis, v elektronickej forme ide o zaručený elektronický podpis.

00:16:26 Monika Betková

Aby som to teda zhrnula – a prosím, opravte ma, ak sa mýlim – z odvolania musí byť jasné: kto ho podáva, proti čomu smeruje, prečo s rozhodnutím poistenec nesúhlasí a čoho sa domáha?

00:16:39 Lucia Jurčová

Áno, presne tak. Presne toto musí odvolanie všetko spĺňať.

00:16:47 Monika Betková

Počúvate podcast Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, Vaše zdravie pod dohľadom. Úrad je teda odvolacím orgánom a ak tomu správne rozumiem, občania sú už z tohto procesu vynechaní, lebo zdravotná poisťovňa má povinnosť predložiť odvolanie spolu so spisovým materiálom Úradu. Tak sa teraz pozrime, čo všetko v tejto veci robí Úrad. Úrad určite preverí postup zdravotnej poisťovne, čiže či bol dodržaný zákonný proces, ale zaujímali by ma aj konkrétne detaily, ako to teda funguje v praxi.

00:17:23 Lucia Jurčová

Úplne by som to asi nenazvala tak, že poistenec je z procesu úplne vynechaný.

00:17:28 Lucia Jurčová

Je pravda, že zdravotná poisťovňa má povinnosť predložiť odvolanie spolu so spisovým materiálom Úradu a poistenec už nemusí robiť žiadne ďalšie formálne kroky, ale teda neznamená to úplne to, že by z konania takzvané vypadol. Úrad má teda zo zákona pätnásť pracovných dní na to, aby rozhodol. V mnohých prípadoch nám na rozhodnutie postačuje aj samotný spisový materiál, ktorý nám zdravotná poisťovňa predloží, a teda vieme rozhodnúť aj bez nejakého ďalšieho dokazovania. V praxi sa občas stane, že niečo v spise chýba. Napríklad z vlastnej skúsenosti môžem povedať, že som mala prípad, kde v spisovom materiáli chýbala prepúšťacia správa od zahraničného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. A práve v takýchto situáciách dochádza k určitej forme spolupráce medzi Úradom a poistencom.

00:18:20 Monika Beťková

Predpokladám teda, že Úrad si môže vyžiadať doplnenie dokazovania.

00:18:26 Lucia Jurčová

Určite áno, môže si vyžiadať dôkazy priamo od pacienta, od poistenca, ktorý má k dispozícii celú zdravotnú dokumentáciu, ktorú si napríklad zdravotná poisťovňa od neho nevyžiadala, ale Úrad považuje jej dodanie za potrebné. Z tohto pohľadu by som teda nepovedala, že poistenec je z procesu vynechaný, presne preto, že naozaj môžeme sa ho dopytovať na niektoré pre nás dôležité veci. Skôr by som teda povedala, že ten poistenec už nemusí nejak aktívne iniciovať ďalšie kroky, čiže nemusí Úrad kontaktovať sám od seba, pretože stále je účastníkom konania a ako účastníkovi konania mu následne príde aj rozhodnutie Úradu. Čiže naozaj nemusí nám poistenec písať buď email, alebo nemusí nám zasielať nejaké listy, že teda či vieme to konanie, alebo ako sa v tej veci rozhodlo. Tým, že je účastníkom konania, tak naozaj, príde mu to rozhodnutie, čiže nemusia sa poistenci báť, že by im toto rozhodnutie nebolo doručené.

00:19:29 Monika Beťková

Aké typy rozhodnutí teda môže Úrad vydať?

00:19:32 Lucia Jurčová

Úrad môže vydať rozhodnutie, ktorým potvrdí rozhodnutie zdravotnej poisťovne, alebo môže vydať rozhodnutie, ktorým zruší rozhodnutie zdravotnej poisťovne a vec jej vráti na nové prejednanie, ak teda zistí nejaké pochybenie v jej postupe alebo ak zistí nejaké pochybenie v tom, že nesprávne napríklad posúdila poisťovňa celú žiadosť.

00:19:55 Monika Betková

Mohli by ste to zhrnúť, ak sa to teda vôbec dá, čím najčastejšie argumentujú pacienti, keď sa odvolávajú proti rozhodnutiu zdravotnej poisťovne, ktorá im teda odmietla vydať predbežný súhlas na liečbu v Európskej únii?

00:20:09 Lucia Jurčová

Treba povedať, že pri týchto konaniach ide veľmi často o komplexné a medicínsky, ako aj právne náročné prípady. Na Úrad ako druhostupňový správny orgán sa spravidla dostávajú tie najzložitejšie situácie, kde už nie je úplne jednoznačné, či je možné zdravotnú starostlivosť poskytnúť na Slovensku, alebo je opodstatnená liečba v zahraničí. S takými tými bežnými prípadmi, s ktorými sa možno ľudia často stretávajú – ako keď ich známe ženy chodia rodiť do zahraničia a žiadajú si uhradiť náklady spojené s pôrodom – tie na Úrade až tak často nemáme a nestretávame sa s nimi, pretože veľká časť týchto vecí sa naozaj rieši poisťovňami na tej svojej úrovni a nedostáva sa to k nám. U nás riešime skôr prípady, keď nie je úplne jasné, napríklad medicínske stanovisko, alebo kde existujú rôzne odborné názory na to, či je liečba v zahraničí nevyhnutná. Ak by som mala zhrnúť najčastejšie argumenty pacientov, tak veľmi často pacienti argumentujú tým, že majú potvrdenie klinického pracoviska, ktoré ich žiadosť potvrdilo. Ako som už spomínala, súčasťou žiadosti je aj stanovisko klinického pracoviska, kde sú uvedené dôvody, pre ktoré sa liečba v zahraničí odporúča, a pacienti sa v odvolaniach často odvolávajú práve na toto potvrdenie – že majú tú takzvanú pečiatku od lekára, od toho klinického pracoviska, že s liečbou v zahraničí súhlasí.

00:21:41 Monika Betková

Predpokladám, že je tu ale nejaký problém s tým súvisiaci.

00:21:44 Lucia Jurčová

Áno, presne k tomu smerujem. Problém niekedy spočíva v tom, že hoci potvrdenie reálne existuje – potvrdenie tohto lekára klinického pracoviska – bohužiaľ, častokrát nie je dostatočne odôvodnené alebo z neho nevyplýva splnenie zákonných podmienok. A práve na toto sa pacienti v odvolaniach snažia reagovať a vysvetľovať, prečo si myslia, že tieto podmienky naozaj splnené sú a má byť ten súhlas zdravotnej poisťovne udelený.

00:22:11 Monika Betřková

Pozrime sa teraz aj na druhú stranu, čím pri zamietnutí argumentujú zdravotné poisťovne. Čo je teda najčastejší dôvod, keď zamietnu odvolanie?

00:22:21 Lucia Jurčová

No v zásade poisťovne argumentujú presným opakom. Najčastejšie uvádzajú, že žiadosť nespĺňa zákonné náležitosti, alebo že síce táto žiadosť bola potvrdená klinickým pracoviskom, ale nebola dostatočne odborne odôvodnená. Ďalším dôvodom zamietnutia je situácia, keď je žiadosť podaná s tvrdením, že určitý zákrok sa na Slovensku nevykonáva, ale teda v skutočnosti sa tento zákrok vykonáva, len napríklad nie úplne v blízkosti bydliska pacienta. Typickým príkladom je, že pacient býva napríklad v Bratislave, kde sa daný výkon nevykonáva, ale vykonáva sa napríklad v Košiciach. Pacient potom argumentuje tým, že je preňho praktickejšie ísť do zahraničia, napríklad do Brna, lebo je to bližšie. Z pohľadu zákona však v takomto prípade nie sú splnené podmienky na úhradu liečby v zahraničí, pretože zdravotnú starostlivosť je možné poskytnúť na území Slovenskej republiky. Ďalším príkladom je, že poistenec napríklad nevedel, že sa takéto zákroky vykonávajú aj u nás, lebo je zo Žiliny, a v Žiline sa takýto zákrok nevykonáva vôbec. Ale pacient si nezistil, že ho robia napríklad v Banskej Bystrici, kam môže v zásade vycestovať a kde mu tento výkon môžu urobiť. Preto by som asi nepovedala, že existuje jeden nejaký najčastejší dôvod zamietnutia, pretože každý prípad je naozaj individuálny a zdravotné poisťovne spravidla argumentujú tým, že neboli splnené zákonné podmienky, ktoré teda zákon na poskytnutie zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte vyžaduje.

00:24:02 Monika Bet'ková

Možno by sa tu teraz hodilo spomenúť nejaký zaujímavý príklad z rozhodovacej praxe Úradu?

00:24:07 Lucia Jurčová

Ja by som možno ani tak nešla do jedného konkrétneho prípadu, ale skôr do príkladu, ktorý by mohol reálne pomôcť viacerým poistencom, alebo teda našim poslucháčom, ktorí zvažujú podstúpiť zdravotnú starostlivosť v zahraničí.

00:24:23 Lucia Jurčová

Pretože veľmi často sa stretávame so žiadosťami, kde je síce potvrdenie klinického pracoviska – čiže je tam tá pečiatka a ten podpis toho lekára – , ale chýba tam to najpodstatnejšie, a to je odôvodnenie, prečo má ten pacient, ten poistenec, ísť do zahraničia, kde sa má poskytnúť tá zdravotná starostlivosť?

00:24:43 Monika Bet'ková

Predpokladám, že klinické pracoviská sú vyťažené, a preto možno opomínajú túto časť.

00:24:49 Lucia Jurčová

Áno, my aj rozumieme tomu, že teda klinické pracoviská sú extrémne vyťažené, že majú veľa pacientov, ale teda naozaj by som chcela apelovať na to, aby si poistenci dali na toto veľký pozor. Nestačí, že je na žiadosti napísané napríklad „príloha“, alebo vyplýva zo zdravotnej dokumentácie, a je tam tristo strán zdravotnej dokumentácie. V tej žiadosti musí byť jasné a konkrétne tam musí byť uvedené, prečo práve tento konkrétny pacient potrebuje poskytnutie zdravotnej starostlivosti v zahraničí. Toto je úplne kľúčové, pretože ak tam toto odôvodnenie chýba, je to potom naozaj veľmi ťažké, spätne sa nejakým spôsobom vracáť za klinickým pracoviskom, dožiadať si doplnenie, alebo aby mu klinické pracovisko potvrdilo novú žiadosť. A práve na tomto sa množstvo prípadov láme.

00:25:43 Monika Beťková

Možno asi častým problémom je aj to, čo ste spomínali, že si pacienti neoveria, či sa daný výkon poskytuje na Slovensku.

00:25:50 Lucia Jurčová

Áno, to je pravda. Na Slovensku máme moderné prístroje, máme tu už aj robotické systémy, sú tu špecializované pracoviská a napriek tomu si pacienti často myslia, že určitý výkon sa u nás nerobí, alebo napríklad že čakacie lehoty sú extrémne dlhé, lebo to niekde počuli, alebo čítali v médiách, alebo im to povedal niekto známy. Potom sa rozhodnú, že radšej pôjdu do Česka alebo do Rakúska. Lenže realita môže byť úplne iná. Možno by sa k výmene kolenného kĺbu na Slovensku dostali oveľa skôr, len by museli cestovať napríklad z Banskej Bystrice do Košíc alebo do Bratislavy. A práve preto by som v tomto smere vždy odporúčala obrátiť sa najskôr na zdravotnú poisťovňu. Zdravotné poisťovne majú informácie o čakacích lehotách aj o všetkých dostupných poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, pretože veľmi často vidíme prípady, keď pacient v takej dobrej viere vycestuje do zahraničia, zaplatí si tisíce EUR, absolvuje zákrok a až následne zistí, že mu zdravotná poisťovňa nič nepreplatí, alebo že mu preplatí iba naozaj veľmi malú časť toho, čo on zaplatil v zahraničí.

00:27:03 Monika Beťková

Počúvate podcast Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, Vaše zdravie pod dohľadom. Z toho, čo hovoríte, vyplýva, že zdravotné poisťovne majú v prípade cezhraničnej zdravotnej starostlivosti postupovať voči svojim poistencom ústretovo. Možno by som dodala, že celkovo, nielen v tomto prípade, majú ich správne usmerniť vo všetkých otázkach vrátane správne vyplnených žiadostí, a dokonca aj v takej veci, či je pre nich výhodnejšie postupovať podľa nariadenia alebo smernice? Aká je reálna prax? Robia to poisťovne?

00:27:39 Lucia Jurčová

Áno, zdravotné poisťovne majú voči svojim poistencom postupovať takpovediac proklientsky. Aj viaceré súdy už vo svojich rozhodnutiach konštatovali, že zdravotné poisťovne majú takto postupovať. To znamená, že by mali poistencov poučiť,

vysvetliť im rozdiel medzi postupom podľa nariadenia a podľa smernice a najmä ich upozorniť na to, aký rozsah úhrady môžu v jednotlivých prípadoch očakávať, lebo niekedy je výhodnejší postup podľa nariadenia – pacienti vtedy často dostanú preplatenú vyššiu sumu – inokedy je zas jednoduchšia cesta podľa smernice, je tam menej administratívy a dochádza často k rýchlejšej refundácii, hoci teda tá suma môže byť koniec koncov o niečo nižšia. A práve toto by mali poisťovne poistencom vysvetliť, aby sa teda vedeli kvalifikovane rozhodnúť, či chcú podstúpiť, alebo či chcú teda žiadosť podať v zmysle smernice alebo v zmysle nariadenia.

00:28:38 Monika Beťková

Vedeli by sme spomenúť aj konkrétny prípad z praxe?

00:28:41 Lucia Jurčová

Áno, stalo sa to teda veľmi nedávno a teda pacient zaplatil za zdravotnú starostlivosť v zahraničí približne 13 000 € a chcel postupovať podľa nariadenia, ale nepodarilo sa mu získať odôvodnenie klinického pracoviska. Mal síce pečiatku klinického pracoviska, ale presne chýbalo to odôvodnenie, ktoré som teda spomínala pred chvíľou. V takejto situácii by ho mala poisťovňa aktívne poučiť, že ak sa mu nedarí splniť podmienky podľa nariadenia, môže si zvoliť postup podľa smernice a požiadať o následnú refundáciu. Tento pacient si nakoniec zvolil presne postup podľa smernice a dostal preplatených približne dvanásťtisíc eur. Je pravda, že prišiel o časť sumy – o tých 1 000 € – ale nemusel absolvovať nejaké ďalšie kolá, nazvem to byrokracie, nemusel odpovedať na opakované výzvy poisťovne a zháňať doplňujúce stanoviská.

00:29:39 Monika Beťková

Teda očividne tomuto pacientovi to asi za tých 1 000 € stálo?

00:29:42 Lucia Jurčová

Áno, myslím si, že v tomto prípade si presne povedal, že nestojí mi za to 1 000 €, aby som teraz behal po klinických pracoviskách a dožadoval si dodatočné odôvodnenie, ale presne o tomto to je. Niektori si povia, že mu stojí za to bojovať a že mu stojí bojovať o každé jedno euro, iní si povia, že mu za to ten čas nestojí ani ten

stres a radšej si zvolí tú jednoduchšiu cestu. Ale to rozhodnutie by mal poistenec robiť na základe správnych a úplných informácií. A práve v tomto by zdravotné poisťovne mali zohrávať aktívnu a takú ústretovú úlohu voči svojim poistencom.

00:30:22 Monika Beťková

Na čo by si poistenci v prípade záujmu čerpať zdravotnú starostlivosť v únii mali dávať možno obzvlášť pozor? A čo je rozumné urobiť, aby sa vyhli neskorším problémom s refundáciou nákladov zo strany zdravotnej poisťovne, alebo ešte inak – aké sú najväčšie riziká, keď pacient ide do krajín Európskej únie podľa smernice bez konzultácie s poisťovňou?

00:30:47 Lucia Jurčová

Ak by som to mala zhrnúť, na čo teda by si mali poistenci dať obzvlášť pozor, tak v prvom rade overiť si všetky veci vopred, zistiť si, či sa výkon poskytuje na Slovensku, aké sú čakacie lehoty a či výkon nie je uvedený vo vyhláške Ministerstva zdravotníctva – je to vyhláška Ministerstva zdravotníctva číslo 341 z roku 2013, ktorou sa ustanovuje cezhraničná zdravotná starostlivosť, ktorá podlieha takzvanému predchádzajúcemu súhlasu ako výkonu, ktorý vyžaduje predchádzajúci súhlas zdravotnej poisťovne. Práve tieto výkony bývajú finančne najnáročnejšie a riziko, že poistenec nedostane preplatené nič, je tam naozaj väčšie. Treba si uvedomiť aj rozdiel medzi nariadením a smernicou – pri nariadení zdravotná poisťovňa vydá formulár S2 a náklady si medzi sebou vyrovnajú jednotlivé inštitúcie. Pri smernici musí pacient všetko zaplatiť vopred a až následne si žiada zdravotnú poisťovňu o refundáciu. A práve preto je podľa mňa vždy rozumné najskôr písomne kontaktovať zdravotnú poisťovňu, vysvetliť svoju situáciu a nechať si poradiť, aký postup je pre mňa ako pre pacienta a pre poistenca najvhodnejší.

00:32:09 Monika Beťková

Môže Úrad ako odvolací orgán takpovediac prebiť stanovisko poisťovne, a pacient na základe rozhodnutia Úradu môže následne vycestovať za zdravotnou starostlivosťou do únie s tým, že mu náklady teda budú preplatené?

00:32:24 Lucia Jurčová

Áno, môže, Úrad má takúto kompetenciu, pretože môže rozhodnúť tak, že zruší rozhodnutie zdravotnej poisťovne a uloží jej povinnosť vydať súhlas – napríklad aj vydaním formulára S2 – alebo jej uloží povinnosť refundovať náklady podľa smernice. Tieto prípady síce nie sú extrémne časté, ale teda táto možnosť existuje a aj v praxi sa teda využíva.

00:32:50 Monika Betková

Vieme, prosím, zosumarizovať, koľko odvolaní Úrad riešil v minulom, možno v tomto roku, a s akým výsledkom? Máte také dáta? A o čom podľa vás vypovedajú, ak áno?

00:33:03 Lucia Jurčová

Keď sa pozriem z toho takého štatistického pohľadu, poistenci sú čoraz viac informovaní, viac si uvedomujú svoje práva a sú aj ochotní sa viac brániť. V minulom roku Úrad riešil trinásť odvolaní, v roku predtým až sedemnášť a v tomto roku už máme – teda je február a už máme od začiatku roka štyri nové prípady. Tieto údaje, ako aj nejaké podrobnejšie štatistiky o tom, koľkokrát Úrad rozhodnutie zdravotnej poisťovne potvrdil alebo zrušil, sú dostupné aj v správe o činnosti Úradu na našej webovej stránke. Ak teda niekoho táto téma zaujíma viac do hĺbky, určite odporúčam pozrieť si aj tieto verejne dostupné informácie, kde sú aj informácie o tom, ako a koľkokrát Úrad rozhodol aj voči ktorým poisťovniam.

00:33:52 Monika Betková

To boli záverečné informácie dnešného podcastu. Ja to už len pre našich poslucháčov stručne zhrniem: vždy kontaktujte zdravotnú poisťovňu vopred, overte si, podľa čoho máte postupovať, teda či podľa smernice alebo podľa nariadenia.

00:34:08 Monika Betková

Zisťujte si informácie týkajúce sa možnosti absolvovať zákroky aj mimo vášho bydliska a pýtajte sa svojich lekárov na odporúčania. Za návštevu nášho štúdia ďakujem našim hostkám – pani doktorke Márii Tuchscherovej...

00:34:22 Mária Tuchscherová

Ďakujem za pozvanie.

00:34:24 Monika Beťková

...a pani magisterke Lucii Jurčovej.

00:34:26 Lucia Jurčová

Ďakujem za pozvanie aj ja.

00:34:28 Monika Beťková

Moje meno je Monika Beťková. Ďakujem vám za pozornosť, dopočutia.

00:34:40 Monika Beťková

Viac sa o práci Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou dozviete na našom webe udzs-sk.sk.