



Jautājumi un atbildes par pārrobežu veselības aprūpes izmaksu atlīdzināšanu Eiropas Savienībā

Izmaksu atlīdzināšana atbilstīgi Direktīvai 2011/24/ES
un Regulām (EK) Nr. 883/2004 un 987/2009



Mana veselība @ ES

E-veselības digitālo pakalpojumu infrastruktūra
Pakalpojums, ko sniedz Eiropas Savienība

Es plānoju veikt medicīnisku procedūru ārzemēs, Eiropā. Kā notiek izmaksu atlīdzināšana?

Vispirms sazinieties ar savu valsts veselības aprūpes sistēmas iestādi vai apdrošināšanas sabiedrību, kas sedz plānoto ārstēšanu. Pēc tam jums būs jāizlemj, kā jūs gribēsiet, lai ārstēšanas izmaksas tiktu segtas.

Ir izstrādāti divu dažādu veidu ES tiesību akti, kas attiecas uz veselības aprūpi citā ES valstī. Pirmais tiesību aktu veids ir Regulas (EK) Nr. 883/2004 un 987/2009 par sociālās nodrošināšanas sistēmu koordinēšanu ("regulas"). Otrais veids ir Direktīva 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē ("direktīva"). Ņemiet vērā, ka ietverto veselības aprūpes pakalpojumu klāsts, ārstēšanas saņemšanas nosacījumi, kā arī finansiālā atlīdzināšana abos juridiskajos instrumentos atšķiras. Vairāk informācijas var atrast Pacientu rokasgrāmatā, kas pieejama visās ES valodās¹, un tīmekļa vietnē "Tava Eiropa".

Plānota veselības aprūpe (kad ceļojat ar nepārprotamu mērķi to saņemt) ir iespējama abos gadījumos.

Saskaņā ar regulām, ja vēlaties saņemt plānotu veselības aprūpi citā ES valstī, jums vispirms jāvēlšas iestādē, kas atbildīga par jūsu veselības apdrošināšanu mītnes valstī, lai saņemtu iepriekšēju atļauju (S2 veidlapu). Ja jums ir tiesības uz attiecīgo ārstēšanu un to nevar nodrošināt medicīniski pamatojamā laikposmā, ņemot vērā jūsu tā brīža veselības stāvokli un iespējamo slimības attīstību, tad atļauja ir **jāizsniedz** (klīniskā novērtēšana katrā atsevišķā gadījumā ir jāveic saskaņā ar valsts tiesību aktiem). Visos pārējos gadījumos iestādei ir tiesības brīvi lemt par atļaujas piešķiršanu vai atteikumu.

Ja atļauju piešķir, ārstēšanas izmaksas sedz saskaņā ar ārstniecības valsts nosacījumiem un atlīdzināšanas likmēm. Parasti šīs izmaksas apdrošināšanas iestāde maksā tieši iestādei ārstniecības valstī, tāpēc jums nav jāmaksā avansā. Tomēr var gadīties, ka jums jāsedz dažas pacientu iemaksas.

Atkāpjoties no šā noteikuma, ja visas ārstēšanas izmaksas esat apmaksājis tieši jūs, varat pieprasīt izdevumu atlīdzību vai nu ārstniecības valstī, vai jūsu apdrošināšanas valstī.

Ir svarīgi norādīt, ka šīs regulas attiecas tikai uz veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kas ir daļa no valsts veselības aprūpes sistēmas vai kas ir noslēguši līgumu ar to. Privātā veselības aprūpe nekad netiek atlīdzināta saskaņā ar šīm regulām.

Saskaņā ar direktīvu iepriekšēja atļauja plānotai veselības aprūpei ir nepieciešama tikai tad, ja paredzētas nakšņošanas slimnīcā vai ja ārstēšanai vajadzīga dārga un ārkārtīgi specializēta infrastruktūra vai aprīkojums, vai ja ārstēšana rada augstu risku pacientam. Šajā gadījumā, jums ir tiesības saņemt atlīdzību, kas nepārsniedz summu, kura būtu maksāta jūsu mītnes valsts sistēmā, ja ārstēšana notiktu mājās, un pieprasīt atlīdzību valstī, kurā esat apdrošināts.

Pretstatā regulām, ja jūs vēlaties ārstēties ārvalstīs saskaņā ar direktīvu, jums jāsedz visas medicīniskās izmaksas avansā un jāpieprasa atlīdzība, kas nepārsniedz summu, kādu ārstēšana būtu izmaksājusi mājās pie jūsu veselības aprūpes vai apdrošināšanas pakalpojumu sniedzēja.

Atšķirībā no regulām direktīva attiecas uz visiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem (privātajiem un valsts) neatkarīgi no viņu attiecībām ar valsts veselības aprūpes sistēmu.

1. https://ec.europa.eu/health/cross_border_care/overview_lv

Kā varu zināt, kura no abām likumīgajām iespējām attiecas uz manu konkrēto gadījumu?

Parasti regulas jāpiemēro, ja ir izpildīti regulu noteikumi, izņemot gadījumus, kad persona izvēlas izmantot direktīvu (piemēram, ja konkrētajā gadījumā direktīvas izmantošana ir izdevīgāka).

Pastāv vairākas atšķirības direktīvas un regulu darbības jomā — piemēram, regulas neattiecas uz privātajiem pakalpojumu sniedzējiem, kas nav daļa no likumā noteiktās / valsts veselības aprūpes sistēmas.

Atšķirības pastāv arī piemērošanas kārtībā, jo regulas parasti — ar dažiem izņēmumiem — neattiecas

uz plānotu ārstēšanu bez iepriekšējas atļaujas saņemšanas.

Tomēr vērojama arī pārklāšanās, kad konkrētu ārstēšanu (plānotu vai neplānotu) var veikt vai nu saskaņā ar regulām, vai direktīvu. Šajos gadījumos var izmantot tikai vienu no minētajiem juridiskajiem instrumentiem (t. i., tos abus nedrīkst piemērot vienlaicīgi, jo tie ir alternatīvi risinājumi). Plašākas informācijas saņemšanai konsultējieties ar savu apdrošinātāju vai valsts kontaktpunktu².

Kas notiek, ja man, īslaicīgi uzturoties ārzemēs, jāapmeklē ārsts vai jādodas uz slimnīcu? Vai man tiks atlīdzinātas izmaksas?

Ja, īslaicīgi uzturoties ārzemēs, ir nepieciešama neplānota veselības aprūpe (piemēram, neatliekamās medicīniskās aprūpes gadījumā), pastāv divas iespējas:

- jūs parādāt savu Eiropas veselības apdrošināšanas karti (EVAK) vai pagaidu aizstājējapliecību (PA), ko parasti izsniedz jūsu mītnes valsts veselības apdrošināšanas iestāde. Ja jums bija jāmaksā par ārstēšanos, izmaksu atlīdzināšana ir atkarīga no ārstniecības valsts likmēm — jūs drīkstat pieprasīt atlīdzināt izmaksas vai nu ārstniecības valstī, vai apdrošināšanas valstī. EVAK var izmantot tikai pie

veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kas ir daļa no valsts veselības aprūpes sistēmas vai kas ir noslēguši līgumu ar to

- jūs samaksājat par ārstēšanu un pieprasāt atlīdzināt izmaksas saskaņā ar direktīvu. Izmaksu atlīdzināšana ir atkarīga no jūsu apdrošināšanas valsts likmēm. Tas attiecas gan uz valsts, gan privātajiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem.

Vai varu brīvi izlemt, pie kura — valsts vai privātā — veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja iet?

Regulas attiecas tikai uz veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kas ir daļa no valsts veselības aprūpes sistēmas vai kas ir noslēguši līgumu ar to, savukārt direktīva attiecas uz visiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem neatkarīgi no

viņu attiecībām ar valsts veselības aprūpes sistēmu. Ņemiet vērā, ka jums ir tiesības tikai uz to ārstēšanu, kas ietverta slimības pabalstu klāstā, kuri pieejami jūsu apdrošināšanas shēmā.

2. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/cbhc_npc_en.pdf

1. gadījums

plānota veselības aprūpe / privāts pakalpojumu sniedzējs / atļauja nav vajadzīga



Klāra ir itāliete un strādā Beļģijā, kur viņa ir apdrošināta Beļģijas veselības apdrošināšanas sabiedrībā. Plānojot atgriezties savā valstī, lai pavadītu brīvdienas, viņa vēlas pieteikties vizītē pie zobārsta, ar kuru mēdza konsultēties, kad dzīvoja Itālijā. Viņas ārsts ir privāts speciālists. Tā kā šī ir plānota ārstēšana, ko veic privāts pakalpojumu sniedzējs, Klāra var ārstēties saskaņā ar direktīvu, ja šo ārstēšanu sedz viņas valsts veselības aprūpes sistēma vai veselības apdrošināšanas pakalpojumu sniedzējs Beļģijā. Tādējādi Klāra samaksās par vizīti Itālijā un pieprasīs Beļģijas apdrošināšanas sabiedrībai atlīdzināt izmaksas, tiklīdz viņa atgriezīsies Beļģijā. Izmaksas viņai tiks atlīdzinātas saskaņā ar Beļģijas tarifiem.

2. gadījums

plānota veselības aprūpe / valsts pakalpojumu sniedzējs / atļauja ir vajadzīga



Diogu ir portugālis un strādā Portu. Viņš ir apdrošināts veselības aprūpes saņemšanai Portugālē. Nelaiemes gadījumā Diogu salauza roku, un viņam ir vajadzīga ārkārtīgi specializēta operācija. Viņš ir uzzinājis, ka Zviedrijā ir pieredzes bagāta valsts slimnīca, kur tiek veiktas šāda veida operācijas. Viņš pieprasa savai veselības apdrošināšanas sabiedrībai iepriekšējo atļauju operācijas veikšanai un saņem to. Viņam nebūs jāmaksā par operāciju, jo viņa veselības apdrošināšana sabiedrība maksās tieši Zviedrijas iestādei. Viņam tikai prasīs — tāpat kā Zviedrijas iedzīvotājiem — samaksāt nelielu daļu no nakšņošanas izmaksām.

3. gadījums

neplānota veselības aprūpe / valsts pakalpojumu sniedzējs



Karolīna ir francūziete, kas pavada brīvdienas Austrijā, kur viņa dodas slēpot. Karolīna negaidīti salauž kāju, un viņai ir vajadzīga neatliekama medicīniskā aprūpe. Karolīnai līdzi ir Eiropas veselības apdrošināšanas karte (EVAK), un viņai netiek prasīts samaksāt par ārstēšanu. Ja Karolīna veic maksājumu, viņa var pieprasīt atlīdzību vai nu Austrijā, vai Francijā. Izmaksas viņai tiks atlīdzinātas saskaņā ar Austrijas tarifiem. Ja viņa neizmanto EVAK un vēlēšies saņemt atlīdzību saskaņā ar direktīvu, viņai būs jāsamaksā par veselības aprūpi un jāpieprasa izmaksu atlīdzināšana Francijā. Izmaksas viņai tiks atlīdzinātas saskaņā ar Francijas tarifiem.

4. gadījums

e-recepte



Dāvids dzīvo Somijā. Viņš cieš no hroniskām mugursāpēm un plāno brīvdienās doties uz Horvātiju. Pirms izbraukšanas no valsts, viņš pārbauda, kā padarīt e-recepti pieejamu ārpus valsts, ja viņam, uzturoties Horvātijā, būs nepieciešamas zāles. Uzturoties Horvātijā dažas dienas, Dāvids atkal sajūt mugursāpes un viņam jāatrod aptieka, lai dabūtu zāles, kuras šāda veida situācijai ir izrakstījis viņa ārsts Somijā. Pateicoties e-receptes pakalpojumam, farmaceits var izsniegt Dāvidam izrakstītās zāles. Attiecībā uz izmaksām un izmaksu atlīdzināšanu minami divi gadījumi.



1. gadījums: Dāvidam ir Eiropas veselības apdrošināšanas karte (EVAK), un nepieciešamās ārstēšanas gadījumā (tā pati recepte un ārstēšana) viņam būs tādas pašas tiesības kā Horvātijas pacientiem, proti, viņš samaksās tieši tādu pašu cenu, kāda būtu jāmaksā Horvātijas iedzīvotājam.



2. gadījums: Dāvidam nav Eiropas veselības apdrošināšanas kartes (EVAK). Viņam būs jāsamaksā pilna aptiekā izsniegtā produkta cena un jāpieprasa atlīdzināt izmaksas, tiklīdz viņš atgriezīsies Somijā.