

BOSNA I HERCEGOVINA  
FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE  
**VRHOVNI SUD**  
**FEDERACIJE BOSNE I HERCEGOVINE**

Broj: 01 0 U 018331 23 Uvp  
Sarajevo, 02.11.2023. godine

Vrhovni sud Federacije Bosne i Hercegovine u Sarajevu, u vijeću za upravne sporove sastavljenom od sudija: Ajanović-Selimović Amele, kao predsjednika vijeća, Džerahović Emire i Vuković Josipa, kao članova vijeća, te Hodžić Melise, kao zapisničara, u upravnom sporu tužitelja Z.B. iz B.P., ul. ..., zastupanog po punomoćniku Mešić Alenu, advokatu iz Bihaća, protiv akta broj: 02/4-33-2-144/22 od 25.07.2022. godine, tuženog Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona, B., u upravnoj stvari refundacije troškova liječenja u inostranstvu, odlučujući o zahtjevu tužitelja, za vanredno preispitivanje sudske odluke, podnesenom protiv presude Kantonalnog suda u Bihaću, broj: 01 0 U 018331 22 U od 23.03.2023. godine, na nejavnoj sjednici održanoj dana 02.11.2023. godine, donio je slijedeću:

**P R E S U D U**

Zahtjev za vanredno preispitivanje sudske odluke se odbija.

**O b r a z l o Ź e n j e**

Presudom Kantonalnog suda u Bihaću, broj: 01 0 U 018331 22 U od 23.03.2023. godine, odbijena je kao neosnovana tužba tužitelja protiv osporenog rješenja tuženog, broj i datum navedeni u uvodu ove presude, kojim je odbijena kao neosnovana tužiteljeva žalba izjavljena protiv prvostepenog rješenja Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona, Poslovnica zdravstvenog osiguranja B.P., broj 03/3-37-315/22 od 21.06.2022. godine. Tim prvostepenim rješenjem odbijen je zahtjev tužitelja za refundaciju plaćenih troškova korištene zdravstvene zaštite u Gradskoj klinici Bad Wildungen-M., R. Njemačka.

Protiv navedene presude tužitelj je podnio zahtjev za vanredno preispitivanje sudske odluke, zbog povrede pravila upravnog postupka i pogrešne primjene materijalnog prava. Ističe da su u konkretnoj upravnoj stvari tuženi organ, a i prvostepeni sud u obrazloženju svojih odluka nepravilno cijenili priloženu medicinsku dokumentaciju tužitelja, kojom dokazuje da je njegovo liječenje u inostranstvu - Gradskoj klinici Bad Wildungen-M., R. Njemačka, za vrijeme privremenog boravka u toj državi bilo hitno, te da su svoje odluke zasnovali na neobrazloženom mišljenju nadležne ljekarske komisije tuženog, zbog čega su na konkretan slučaj pogrešno primijenjene odredbe Pravilnika o uvjetima, načinu i postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite za vrijeme privremenog boravka u inostranstvu, kao i odredbe Odluke o uvjetima i načinu korištenja zdravstvene zaštite Zavoda zdravstvenog osiguranja van područja Unsko-sanskog kantona i u inostranstvu („Službeni glasnik USK“, broj: 27/19), te da su upravni organi, a i prvostepeni sud ovu upravnu stvar riješili suprotno odredbama Sporazuma o socijalnom osiguranju sa SR Njemačkom, koji je zaključen sa završnim protokolom dana 12.10.1968.

godine u Beogradu („Službeni list SFRJ“, broj: 9/69). U konačnici ukazuje da je prvostepeni sud u obrazloženju pobijane presude propustio da obrazloži zbog čega je poklonio vjeru mišljenju ljekarskih komisija tuženog da liječenje tužitelja u Gradskoj klinici Bad Wildungen-M., R. Njemačka, nije bilo hitno, obzirom da je ordinirajući ljekar te klinike prilikom prijema tužitelja označio da je pacijent primljen hitno, te dao obrazloženje simptoma i stanja pacijenta, kao i da je prvostepeni sud propustio da dadne osvrt na prigovor u pogledu primjene navedenog Sporazuma na konkretan slučaj, tako da je takvim propuštanjem povrijedio odredbe člana 39. Zakona o upravnim sporovima Federacije BiH. Zbog svega navedenog, tužitelj predlaže da ovaj sud zahtjev za vanredno preispitivanje uvaži i pobijanu presudu prvostepenog suda ukine.

Tuženi nije dostavio odgovor na zahtjev za vanredno preispitivanje sudske odluke.

Nakon što je ispitao zakonitost pobijane presude u vezi sa navodima zahtjeva za vanredno preispitivanje sudske odluke, u skladu s odredbom iz člana 45. Zakona o upravnim sporovima, u granicama zahtjeva i povreda propisa navedenih u zahtjevu, ovaj sud je odlučio kao u izreci presude, iz sljedećih razloga:

Prema obrazloženju pobijane presude i stanju spisa predmeta, proizilazi da je tužitelj dana 18.02.2022. godine prvostepenom organu podnio zahtjev za refundaciju troškova liječenja u inostranstvu, prema priloženim (plaćenim) računima za korištenu zdravstvenu zaštitu u Gradskoj klinici Bad Wildungen – M., R Njemačka (u vremenskom periodu od 15.11.2021. do 24.11.2021. godine), koje troškove je platio vlastitim sredstvima u ukupnom iznosu od 15.034,49 EUR; da je prvostepenim rješenjem od 21.06.2022. godine predmetni zahtjev odbijen, s pozivom na odredbe člana 10., 11. i 12. Odluke o uvjetima i načinu korištenja zdravstvene zaštite Zavoda zdravstvenog osiguranja van područja Unsko-sanskog kantona i u inostranstvu („Službeni glasnik USK“, broj: 27/19), jer je prvostepeni organ na temelju mišljenja Komisije za liječenje van Unsko sanskog kantona- Ljekarska komisija Zavoda broj: 29/22 od 16.06.2022. godine (u kojem je navedeno da je uvidom u zdravstveni karton vidljivo da je pacijent već započeo liječenje u nadležnoj zdravstvenoj ustanovi), našao da tužitelj ne ispunjava propisane uvjete za priznavanje predmetnog prava, jer nije ispoštovana procedura upućivanja osiguranog lica na liječenje van Bosne i Hercegovine; da je tužitelj protiv prvostepenog rješenja podnio žalbu, koja je osporenim rješenjem od 25.07.2022. godine odbijena kao neosnovana, s pozivom na odredbe Sporazuma između Socijalističke Federativne Republike Jugoslavije i Savezne Republike Njemačke o socijalnom obezbjeđenju, te odredbe člana 4., 5. i 22. Pravilnika o uvjetima, načinu i postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite za vrijeme boravka u inostranstvu i člana 27. Odluke o uvjetima i načinu korištenja zdravstvene zaštite Zavoda zdravstvenog osiguranja van područja Unsko-sanskog kantona i u inostranstvu („Službeni glasnik USK“, broj: 27/19), cijeneći pravilnim utvrđenje prvostepenog organa da u konkretnoj upravnoj stvari nisu ispoštovane procedure upućivanja osiguranog lica na liječenje van Bosne i Hercegovine, te da je Drugostepena ljekarska komisija Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona dala konačno mišljenje (od 21.07.2022. godine), da se u konkretnom slučaju nije radilo o hitnom slučaju, odnosno da se s obzirom na nespornu Dg. bolesti tužitelja (B - ćelijski limfon, GCB - podtip) nije radilo o otklanjanju neposredne opasnosti po život. Protiv osporenog rješenja tužitelj je podnio tužbu u upravnom sporu, koju je prvostepeni sud pobijanom presudom odbio, kao neosnovanu, cijeneći osporeno rješenje tuženog pravilnim i zakonitim, te da u postupku donošenja osporenog rješenja nisu povrijeđene odredbe Sporazuma između Socijalističke Federativne Republike Jugoslavije i Savezne

Republike Njemačke o socijalnom obezbjeđenju (na koje se tužitelj poziva i u zahtjevu za vanredno preispitivanje).

Donošenjem pobijane presude prvostepeni sud nije povrijedio federalni zakon niti pravila federalnog zakona o postupku koja su mogla biti od uticaja na rješenje stvari, zbog čega je, po ocjeni ovog suda, podneseni zahtjev za vanredno preispitivanje sudske odluke neosnovan.

Naime, Odredbama člana 14. stav 1. tačka b) Sporazuma između Socijalističke Federativne Republike Jugoslavije i Savezne Republike Njemačke o socijalnom obezbjeđenju („Službeni list SFRJ“, - Međunarodni ugovori, broj: 9/69, kojeg primjenjuje i država Bosna i Hercegovina po osnovu akta o sukcesiji), propisano je da član 4. stav 1. važi za lice kod koga je osigurani slučaj nastao za vrijeme privremenog boravka na području druge države ugovornice, samo ako mu je zbog njegovog stanja potrebno hitno pružanje davanja. Odredbama člana 22. stav 2. istog Sporazuma propisano je da pružanje naturalnih davanja važe pravni propisi, koji su mjerodavni za nosioca mjesta prebivanja.

Odredbama člana 41. Zakona o zdravstvenom osiguranju (“Službene novine Federacije BiH”, broj: 30/97, 7/02, 70/08 i 48/11, 100/2014 – odluka US, 36/2018 i 61/2022) propisano je da osigurano lice ima pravo na liječenje u inozemstvu pod uvjetima i na način utvrđen posebnim propisima ako je u pitanju oboljenje koje se ne može liječiti u Federaciji Bosne i Hercegovine, a u zemlji u koju se osigurano lice uplaćuje postoji mogućnost za uspješno liječenje tog oboljenja. Osigurano lice ima pravo da koristi zdravstvenu zaštitu u inozemstvu za vrijeme rada odnosno boravka u inozemstvu pod uvjetima i na način utvrđen posebnim propisima. Propise iz ovog člana donosi Ministar zdravstva.

Odredbama člana 4. Pravilnika o uvjetima, načinu i postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite za vrijeme privremenog boravka u inostranstvu ("Sl. novine F BiH", broj: 31/02) regulisano je da osigurana lica iz člana 2. ovog Pravilnika (koja borave u inostranstvu) mogu koristiti pravo na zdravstvenu zaštitu u zemljama sa kojima postoje zaključene konvencije o socijalnom osiguranju, na teret sredstava kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja, samo ukoliko im je prije odlaska u inostranstvo izdat odgovarajući dvojezični obrazac utvrđen u skladu sa odredbama konvencije, pod uvjetom da konvencijom o socijalnom osiguranju nije drugačije regulisano. Odredbama člana 6. istog Pravilnika propisano je da osiguranim licima iz člana 2. alineja 2., 4. i 5. ovog Pravilnika nadležni kantonalni zavod zdravstvenog osiguranja izdaje potvrdu o pravima korištenja zdravstvene zaštite u inostranstvu odnosno odgovarajući dvojezični obrazac, dok je odredbama člana 9. navedenog Pravilnika predviđeno da potvrdu o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inostranstvu, odnosno dvojezični obrazac, može se izdati samo osiguranom licu za koje je, prije odlaska u inostranstvo, utvrđeno da ne boluje od akutnih oboljenja ili da ne boluje od hroničnog oboljenja koje zahtjeva duže liječenje i stalan nadzor doktora medicine. Odredbama člana 22. istog Pravilnika propisano je da za osigurana lica iz člana 2. ovog pravilnika koja su koristila zdravstvenu zaštitu u inostranstvu, a kojima prije odlaska u inostranstvo nije izdata potvrda o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inostranstvu, odnosno dvojezični obrazac, troškove korištene zdravstvene zaštite snosi osigurano lice lično.

Odredbama člana 10., 11. i 12. Odluke o uvjetima i načinu korištenja zdravstvene zaštite Zavoda zdravstvenog osiguranja van područja Unsko-sanskog kantona i u inostranstvu („Službeni glasnik USK“, broj: 27/19) propisano su uvjeti i način korištenja zdravstvene zaštite Zavoda van područja Unsko-sanskog kantona i u inostranstvu, a odredbama člana 27. iste Odluke propisano je da osigurano lice koje je koristilo zdravstvenu zaštitu u inostranstvu i lično

platilo troškove zdravstvene zaštite može podnijeti zahtjev Ljekarskoj komisiji zavoda za naknadu tih troškova u slijedećim slučajevima: da je osigurano lice koristilo zdravstvenu zaštitu u inostranstvu kao hitan slučaj; da je osiguranom licu prije odlaska u inostranstvo izdata potvrda o pravu korištenja zdravstvene zaštite u inostranstvu, te da je osiguranom licu odobreno naknadno izdavanje potvrde o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inostranstvu.

Cijeneći konkretnu situaciju prema citiranim propisima, ovaj sud je našao da su tuženi organ, a i prvostepeni sud, u obrazloženju svojih odluka pravilno cijenili da tužitelj, s obzirom na priloženu dokumentaciju o liječenju u inostranstvu – R Njemačkoj (sa kojom je zaključena citirana Konvencija o socijalnom osiguranju) i nespornu činjenicu da prije odlaska u inostranstvo istom od strane tuženog organa nije izdat dvojezični obrazac (B-6) da ne boluje od akutnih oboljenja ili da ne boluje od hroničnog oboljenja koje zahtjeva duže liječenje i stalan nadzor doktora medicine u skladu sa citiranim odredbama Zakona o zdravstvenom osiguranju i odredbama Pravilnika o uvjetima, načinu i postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite za vrijeme privremenog boravka u inostranstvu, ne ispunjava propisane uvjete za priznavanje predmetnog prava (refundacije troškova liječenja u navedenoj Gradskoj klinici u Njemačkoj u ukupnom iznosu od 15.034,49 Eura). Pri tome su i tuženi organ, a i prvostepeni sud u obrazloženju svojih odluka pravilno cijenili da tužiteljevo liječenje u navedenoj klinici u Njemačkoj nije hitnog karaktera, budući da su nadležne ljekarske komisije tuženog uvidom u svu raspoloživu medicinsku dokumentaciju o liječenju njegove bolesti (B-čelijski limfon, GCB-podtip), kao i uvidom u zdravstveni karton tužitelja, dale saglasno mišljenje da se ne radi o hitnom slučaju, odnosno o vrsti liječenja u inostranstvu kojom se, u smislu citiranih odredbi Sporazuma o socijalnom osiguranju i Odluke o uvjetima i načinu korištenja zdravstvene zaštite osiguranih lica Zavoda van područja Unsko-sanskog kantona i u inostranstvu (od 26.09.2019. godine), otklanja neposredna opasnost po život tužitelja.

Imajući u vidu navedeno, proizilazi da je prvostepeni sud, suprotno prigovaranju tužitelja, u obrazloženju pobijane presude, pravilno cijenio da osporenim rješenjem tuženog organa ni na koji način nisu povrijeđene citirane odredbe Sporazuma o socijalnom osiguranju (kojeg primjenjuje i država Bosna i Hercegovina po osnovu akta o sukcesiji), kao ni citirane odredbe materijalnih propisa na štetu tužitelja, te da je prvostepeni sud u obrazloženju pobijane presude za takvu svoju odluku dao valjane razloge, koje prihvata i ovaj sud.

Iz naprijed navedenih razloga ovaj sud je i ostale navode zahtjeva za vanredno preispitivanje cijenio neosnovanim pa je, primjenom odredbe iz člana 46. stav 1. Zakona o upravnim sporovima, odlučio kao u izreci ove presude.

Zapisničar  
Hodžić Melisa, s.r.

Predsjednik vijeća  
Ajanović-Selimović Amela, s.r.