

Kadar je podana vloga za zdravljenje v tujini na podlagi Direktive, je potrebno ugotoviti, ali je najdaljša dopustna čakalna doba za določeno storitev presežena in ali v Sloveniji ni drugega izvajalca, ki bi lahko zagotovil storitve v okviru najdaljše dopustne čakalne dobe za določeno storitev.

Kadar je najdaljša dopustna čakalna doba presežena in v Sloveniji ni drugega izvajalca, ki bi lahko opravil zdravljenje v okviru najdaljše dopustne čakalne dobe, se zavarovani osebi odobri zdravljenje v državi članici EU.

Kadar je ugotovljeno, da je v Sloveniji vsaj en izvajalec, ki lahko opravi zdravljenje **v okviru najdaljše dopustne čakalne dobe oziroma čakalna doba ni presežena**, je potrebno ugotoviti, ali je presežen razumen čas. Za to ugotovitev uradna oseba ZZZS zaprosi kliniko ali inštitut za pisno mnenje. Po pridobitvi celotne potrebne dokumentacije uradna oseba odloči o utemeljenosti predlaganega zdravljenja v skladu z Direktivo 2011/24/EU.

Po opravljenem zdravljenju v tujini, mora zavarovana oseba podati **vlogo za povračilo stroškov** bolnišničnega zdravljenja oziroma specialistično ambulantnega zdravljenja na pristojno območno enoto ZZZS. Pri tem mora zavarovana oseba predložiti:

- originalni račun in dokazilo o plačilu računa,
- ustrezno dokumentacijo o opravljenem zdravljenju,
- podatke o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže stroške.

Zavarovana oseba dobi povrnjene stroške v višini povprečne cene teh storitev v Sloveniji, vendar ne več kot znašajo dejanski stroški. ZZZS povrne te stroške v celoti oziroma v ustreznem odstotnem deležu iz prvega odstavka 23. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev pa zavarovana oseba uveljavlja pri zavarovalnici, s katero ima sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Zavarovana oseba v tem primeru ni upravičena do povračila potnih stroškov in stroškov nastanitve.

C Kdaj predhodna odobritev ni potrebna?

Brez predhodne odobritve ima zavarovana oseba pravico do povračila stroškov:

- specialistično ambulantnih zdravstvenih storitev, in sicer na podlagi predhodno izdane napotnice zdravnika v Sloveniji;
- specialistično ambulantne zdravstvene storitve, ki jih lahko uveljavlja brez napotnice v mreži javne zdravstvene službe v Sloveniji;
- zdravila oziroma medicinskega pripomočka, na podlagi predhodno predpisanega recepta ali naročilnice zdravnika v Sloveniji,
- zdraviliškega zdravljenja, medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe in pravice do zahtevnejšega medicinskega pripomočka na podlagi predhodno izdane odločbe ZZZS.

Povračilo stroškov se opravi za zdravstvene storitve, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in ki jih oseba uveljavlja v drugi državi članici EU.

Postopek uveljavljanja povračila stroškov zdravstvenih storitev nebolnišničnega, ambulantnega zdravljenja v tujini

Nebolnišnične zdravstvene storitve (zdravljenje, pregled, preiskave) so storitve, zaradi katerih prenočitev v bolnišnici ni potrebna. Po opravljenem specialistično ambulantnem zdravljenju v tujini zavarovana oseba poda vlogo za povračilo stroškov ambulantnega zdravljenja v tujini na pristojno območno enoto ZZZS. Vlogi mora zavarovana oseba priložiti:

- originalno napotnico izbranega osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika v Sloveniji, ki mora biti izdana pred uveljavitvijo storitve,
- drugo dokumentacijo, v primerih kadar zavarovana oseba specialistično ambulantne storitve lahko uveljavlja brez napotnice v javni zdravstveni mreži v Sloveniji,
- originalni račun in dokazilo o plačilu računa,
- ustrezno dokumentacijo o opravljenem zdravljenju in
- podatke o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže stroške.

ZZZS v postopku ugotovi, ali je zavarovana oseba uveljavljala v drugi državi članici nebolnišnično (ambulantno) storitev, in če ugotovi, da je šlo za takšno storitev, dobi zavarovana oseba povrnjene stroške v višini povprečne cene te storitve v Sloveniji, vendar ne več kot znašajo dejanski stroški. ZZZS povrne te stroške v celoti oziroma v ustreznem odstotnem deležu iz prvega odstavka 23. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev pa zavarovana oseba uveljavlja pri zavarovalnici, s katero ima sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Zavarovana oseba v tem primeru ni upravičena do povračila potnih stroškov in stroškov nastanitve.

4. Informacije o razlikah med postopki uveljavljanja pravic v skladu z Uredbo(ES) 883/2004 in Direktivo 2011/24/EU

Uredba omogoča uresničevanje pravic le pri izvajalcih, ki so del mreže javne zdravstvene službe in imajo sklenjeno pogodbo z javno zavarovalnico, **Direktiva** pa vključuje tudi zasebne izvajalce zdravstvenih storitev, ki nimajo sklenjene pogodbe z javno zavarovalnico.

Uredba zagotavlja zavarovani osebi tudi pravico do povračila potnih stroškov in stroškov nastanitve, pri zdravljenju v skladu z **Direktivo** pa mora pacient najprej sam plačati stroške zdravljenja, nato pa uveljavljati povračilo stroškov v višini kot stane storitev v državi zavarovanja, nima pa pravice do potnih stroškov in stroškov nastanitve.

Povračilo stroškov uveljavljenih zdravstvenih storitev v skladu z **Uredbo** je v višini, kot bi storitev stala v javnem zdravstvenem sistemu v drugi državi članici, kjer je bila storitev uveljavljena. Povračilo stroškov v skladu z **Direktivo** pa v višini povprečne cene teh storitev, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški.

5. Nacionalna kontaktna točka

Direktiva 2011/24/EU predvideva ustanovitev nacionalne kontaktne točke za čezmejno zdravstveno varstvo v vsaki državi članici EU. Slovenska nacionalna kontaktna točka deluje v okviru ZZZS. Njen namen je zagotavljati informacije o čezmejnem zdravstvenem varstvu tako slovenskim zavarovanim osebam, ki bi želele na zdravljenje v tujino kot tudi tujim pacientom, ki bi želeli na zdravljenje v Slovenijo.

Nacionalna kontaktna točka zagotavlja informacije na svoji spletni strani www.nkt-z.si, preko elektronske pošte kontakt@nkt-z.si in preko klicnega centra (tel. št. 01/30-77-222) v času uradnih ur.

Dodatne informacije:

- Nacionalna kontaktna točka za čezmejno zdravstveno varstvo, tel.št. **01/30-77-222**, e-pošta: kontakt@nkt-z.si
- spletna stran <http://www.nkt-z.si> in <http://www.zzzs.si>,
- avtomatski telefonski odzivnik ZZZS na tel. št. **01/30-77-300**,
- pooblaščenice uradne osebe na izpostavah, območnih enotah in Direkciji ZZZS,
- ZZZS območna enota Celje, tel. št. 03/42 02 000,
- ZZZS območna enota Koper, tel. št. 05/66 87 200,
- ZZZS območna enota Krško, tel. št. 07/49 02 490,
- ZZZS območna enota Kranj, tel. št. 04/23 70 100,
- ZZZS območna enota Ljubljana, tel. št. 01/30 77 200,
- ZZZS območna enota Maribor, tel. št. 02/29 09 300,
- ZZZS območna enota Murska Sobota, tel. št. 02/53 61 550,
- ZZZS območna enota Nova Gorica, tel. št. 05/33 81 000,
- ZZZS območna enota Novo mesto, tel. št. 07/39 33 500,
- ZZZS območna enota Ravne na Koroškem, tel. št. 02/82 10 100.

Pravne podlage, ki opredeljujejo pravico in postopek uveljavljanja načrtovanega zdravljenja v tujini:

- Uredba (ES) 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta o koordinaciji sistemov socialne varnosti,
- Direktiva 2011/24/EU o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu,
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS št. 72//06 - uradno prečiščeno besedilo, 114/06 - ZUTPG, 91/07, 71/08 - Skl. US, 76/08, 62/10 - ZUPJS, 87/11, 40/11 - ZUPJS-A in 40/12 - ZUJF, 21/13-ZUTD-A, 63/13-ZIUPTDSV in 91/13),
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS št. 30/03 - prečiščeno besedilo, 35/03 popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/2006 popr., 64/07, 33/08, 71/2008 Skl. US, 7/2009, 88/2009, 30/2011, 49/2012 in 106/2012),
- Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o vodenju čakalnih seznamov (Uradni list RS št. 63/2010).
- Sklep o določitvi odstotkov vrednosti storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS št. 1/2013).



Uvod

Slovenske zavarovane osebe lahko v drugih državah uveljavljajo načrtovano zdravljenje:

1. če so izčrpane možnosti zdravljenja v Sloveniji, ali
2. če so v Sloveniji presežene najdaljše dopustne čakalne dobe ali razumen čas, ali
3. če se odločijo za zdravljenje v drugi državi članici Evropske unije.

1. Pravica do načrtovanega zdravljenja v tujini v skladu s slovensko zakonodajo

Skladno s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja ima zavarovana oseba pravico do odobritve pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini in do povračila stroškov teh storitev, **če so v Sloveniji izčrpane možnosti, s pregledom, preiskavo ali zdravljenjem v tujini pa je utemeljeno pričakovati ozdravitev, izboljšanje ali preprečitev nadaljnega slabšanja zdravstvenega stanja.**

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZS) krije zavarovani osebi stroške iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. Morebitno razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev pa krije zdravstvena zavarovalnica, pri kateri ima oseba sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje oziroma jo krije zavarovana oseba sama. V utemeljenih primerih obvezno zdravstveno zavarovanje krije tudi potne stroške in stroške nastanitve.

Vlogo za napotitev na zdravljenje v tujino zaradi izčrpanih možnosti zdravljenja v Sloveniji, lahko zavarovana oseba odda na katerikoli območni enoti oziroma izpostavi ZZS ali pa pošlje po pošti na naslov: ZZS, OE Ljubljana, Miklošičeva cesta 24, 1507 Ljubljana.

2. Pravica do načrtovanega zdravljenja v državah, v katerih velja evropski pravni red, v skladu z Uredbo (ES) 883/2004

Skladno z Uredbo (ES) 883/2004 in Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja ima zavarovana oseba pravico do odobritve pregleda, preiskave ali zdravljenja v državi, v kateri velja pravni red Evropske unije, oziroma do povračila stroškov teh storitev, **če ji je bila v Sloveniji pri vpisu v čakalni seznam določena čakalna doba, ki presega najdaljše dopustno čakalno dobo**, in v Sloveniji ni drugega izvajalca, ki ne presega najdaljše dopustne čakalne dobe. Ko čakalna doba, ki je bila določena, ni presežena, se ugotavlja, ali **čakalna doba presega razumen čas**.

Najdaljše dopustne čakalne dobe so določene s Pravilnikom o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o vodenju čakalnih seznamov, ki določa tudi postopek vpisa in prednostne kriterije za uvrščanje pacientov v čakalni seznam ter način vodenja čakalnih seznamov pri izvajalcih zdravstvenih storitev v mreži javne zdravstvene službe.

Postopek uveljavljanja pravice

Zavarovana oseba poda na ZZS OE Ljubljana, Miklošičeva cesta 24, 1507 Ljubljana, vlogo za napotitev na zdravljenje v tujino zaradi predlogih čakalnih dob v skladu z Uredbo (ES) 883/2004. Vloga mora med drugim vsebovati:

- nedvoumno navedbo, da zavarovana oseba uveljavlja zdravljenje, pregled ali preiskavo v državi v kateri velja pravni red EU v skladu z evropsko zakonodajo,
- medicinsko dokumentacijo o dosedanjem zdravljenju v Sloveniji,
- dokumentacijo, iz katere je razvidno, da je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam,
- dokumentacijo iz katere je razviden določen datum zdravljenja v Sloveniji in pri katerem izvajalcu,
- na zahtevo ZZS drugo dokumentacijo, ki jo ZZS potrebuje za odločanje o odobritvi zdravljenja, pregleda ali preiskave v državi, v kateri velja pravni red EU,
- podatke o zavarovalnici in številki police, pri kateri ima zavarovana oseba sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Kadar je podana vloga za zdravljenje v tujini zaradi dolgih čakalnih dob v Sloveniji, je potrebno ugotoviti, ali je najdaljša dopustna čakalna doba za določeno storitev presežena in ali v Sloveniji ni drugega izvajalca, kjer le-ta ne bi bila presežena.

Kadar je najdaljša dopustna čakalna doba presežena in v Sloveniji ni drugega izvajalca, ki bi lahko opravil zdravljenje v okviru najdaljše dopustne čakalne dobe (najdaljša dopustna čakalna doba je presežena pri vseh izvajalcih v Sloveniji), se zavarovani osebi odobri zdravljenje v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora ali Švici. Pred odobritvijo zdravljenja ZZS zaprosi kliniko ali inštitut za mnenje o predvidenem trajanju zdravljenja, pregleda ali preiskave, potrebi po spremstvu, potrebi po vrsti prevoza in o najbližjem ustreznem izvajalcu, ki bi lahko zagotovil predlagano zdravljenje, pregled ali preiskavo v drugi državi, v kateri velja pravni red EU. Po pridobitvi mnenja pristojne klinike ali inštituta je celotna dokumentacija posredovana uradni osebi ZZS, ki izda odločbo.

Kadar je ugotovljeno, da je v Sloveniji vsaj en izvajalec, ki lahko opravi zdravljenje **v okviru najdaljše dopustne čakalne dobe oziroma čakalna doba ni presežena**, ZZS na podlagi ustrezne dokumentacije zaprosi pristojno kliniko ali inštitut za mnenje, in sicer, ali glede na uvrstitev zavarovane osebe na čakalni seznam, čakalna doba presega razumen čas. V primeru pozitivnega mnenja, konzilij klinike poda mnenje tudi o predvidenem trajanju zdravljenja, pregleda ali preiskave, potrebi po spremstvu, potrebi o vrsti prevoza in o najbližjem ustreznem izvajalcu, ki bi lahko zagotovil predlagano zdravljenje, pregled ali preiskavo v drugi državi, v kateri velja pravni red EU. Po pridobitvi mnenja pristojne klinike oziroma inštituta se posreduje celotna dokumentacija uradni osebi ZZS, ki izda odločbo.

V primeru odobritve zdravljenja v tujini zaradi dolgih čakalnih dob ima zavarovana oseba v skladu z evropsko zakonodajo tudi pravico do potnih stroškov.

Če zavarovana oseba zdravljenje že opravi in nato uveljavlja **povračilo stroškov zdravljenja** v tujini zaradi dolgih čakalnih dob, je postopek enak.

V primeru, ko zavarovana oseba storitve plača sama, je upravičena do povračila stroškov v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot znašajo stroški storitve v mreži javne zdravstvene službe v državi, v kateri je bila storitev opravljena. ZZS povrne zavarovani osebi stroške iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. Morebitno razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev pa krije zdravstvena zavarovalnica, pri kateri ima oseba sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje oziroma jo krije zavarovana oseba sama.

Zavarovana oseba v primeru uveljavljanja pravice do načrtovanega zdravljenja v drugi državi, kjer velja pravni red EU, prejme obrazec E112, s katerim uveljavlja zdravstvene storitve pri izvajalcu v javnem zdravstvenem sistemu oziroma pri zasebnemu izvajalcu, ki ima sklenjeno pogodbo z javno zavarovalnico.

3. Pravica do načrtovanega zdravljenja v drugi državi članici Evropske unije v skladu z Direktivo 2011/24/EU

Skladno z Direktivo 2011/24/EU ima zavarovana oseba pravico, da se sama odloči, v kateri državi članici EU in pri katerem izvajalcu zdravstvenih storitev bo uveljavljala zdravstveno varstvo ob izpolnjenem pogoju, da gre za zdravstvene storitve, ki so pravica iz obveznega zavarovanja v Sloveniji. V skladu z Direktivo lahko zavarovana oseba na podlagi napotnice ali recepta, izdanega v Sloveniji, poišče zdravstveno storitev v drugi državi članici EU tako pri izvajalcih zdravstvenih storitev iz mreže javne zdravstvene službe kot tudi pri zasebnikih. Za bolnišnične zdravstvene storitve, ki vključujejo prenočitev zavarovane osebe ter zdravstvene storitve, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme, je potrebna predhodna odobritev ZZS.

V skladu z Direktivo zavarovana oseba stroške čezmejnega zdravljenja plača sama, nato pa v Sloveniji zahteva povračilo. Stroški se povrnejo v višini povprečne cene teh storitev v Sloveniji, vendar ne več kot znašajo dejanski stroški. Zavarovanim osebam, ki bodo na podlagi Direktive uveljavile zdravstvene storitve v drugi državi članici, se potni stroški in stroški nastanitve ne bodo povrnili.

A Kdaj zavarovana oseba ni upravičena do povračila stroškov zdravstvenih storitev v tujini?

Zavarovana oseba ni upravičena do povračila stroškov zdravstvenih storitev v tujini, ko gre za:

- zdravstvene storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti (storitve izbrane osebne zdravnika, izbranega osebne zobozdravnika, izbranega osebne ginekologa...),
- zdravstvene storitve na področju dolgotrajne oskrbe, vključno z neakutno bolnišnično obravnavo ter zdravljenjem in nego v socialno-varstvenih zavodih,
- zdravstvene storitve na področju pridobivanja in presaditve delov človeškega telesa,

- zdravstvene storitve na področju presejalnih programov,
- sobivanje enega od staršev v zdravstvenem zavodu z bolnim otrokom do starosti otroka vključno 5 let,
- medicinske pripomočke, ki so predmet izposoje zaradi potreb pri zdravljenju, negi in rehabilitaciji na domu,
- šolanega psa vodiča, do katerega je upravičena slepa oseba
- potne stroške in spremstvo.

B Kdaj je potrebna predhodna odobritev ZZS?

Predhodna odobritev ZZS kot pogoj za uveljavitev pravice do povračila stroškov zdravljenja v tujini, se zahteva v primerih, ko gre za:

- bolnišnične zdravstvene storitve, ki vključujejo prenočitev zavarovane osebe,
- zdravstvene storitve, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme (seznam storitev določi minister za zdravje).

Predhodna odobritev se zavrne, v primerih, ko:

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

Postopek pridobitve predhodne odobritve ZZS in povračila stroškov

Zavarovana oseba poda na ZZS, OE Ljubljana, Miklošičeva cesta 24, 1507 Ljubljana vlogo za odobritev zdravljenja v skladu z Direktivo 2011/24/EU.

Vloga mora med drugim vsebovati:

- navedbo zdravljenja, ki ga želi zavarovana oseba opraviti v drugi državi članici EU,
- medicinsko dokumentacijo o dosedanjem zdravljenju v Sloveniji,
- dokumentacijo, iz katere je razvidno, da je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam,
- dokumentacijo iz katere je razviden določen datum zdravljenja v Sloveniji in pri katerem izvajalcu,
- na zahtevo ZZS drugo dokumentacijo, ki jo ZZS potrebuje za odločitev o predhodni odobritvi bolnišničnih zdravstvenih storitev in zdravstvenih storitev, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme v drugi državi članici Evropske unije.